



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Hilfe & Unterstützung
bei ungewollter Kinderlosigkeit



Ungewollte Kinderlosigkeit 2020

Leiden – Hemmungen – Lösungen

„Ich versuche, nicht krampfhaft
zu denken, ich muss schwanger werden.“

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Zentrale Befunde	9
3	Kritische Label: Abwehrreflexe gegenüber fachlich etablierten Bezeichnungen	13
3.1	„Reproduktionsmedizin“/„Künstliche Befruchtung“	13
3.2	„Psychosoziale Beratung“	16
	Aussagen im Kontext zur „professionellen nicht ärztlichen psychosozialen Beratung“:	18
4	Altersspezifische Einstellungen und Perspektiven	20
4.1	20- bis 24-Jährige	20
4.2	25- bis 34-Jährige	25
4.3	35- bis 50-Jährige	28
5	Die Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“	33
6	Basisdaten	37
6.1	Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit	37
6.2	Sozialstruktur ungewollt Kinderloser	40
6.2.1	Alter	40
6.2.2	Geschlecht und sexuelle Orientierung	43
6.2.3	Partnersituation und Familienstand	44
6.2.4	Milieustruktur	46
7	Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit	50
7.1	Persönliche Einstellungen und Erklärungen	50
7.2	Biologische Aspekte und medizinische Erklärungen	53
7.3	Partner(schafts-)bezogenebezogene Erklärungen	57
7.4	Zuschreibungen in der Partnerschaft: An wem liegt es?	58
8	Dauer ungewollter Kinderlosigkeit	60
8.1	Erstmals der konkrete Wunsch nach einem Kind	60
8.2	Dauer des bisher unerfüllten Kinderwunsches	62
8.3	Der Gedanke, dass es auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt	68

9	Einstellungen zum Kinderwunsch	73
9.1	Hierarchie der Einstellungen und Motive	73
9.2	Vier Hauptdimensionen von Kinderwunscheinstellungen	84
9.2.1	Veränderungen im Lebenslauf	88
9.2.2	Milieudifferenzen	89
9.3	Stigmatisierung und Tabuisierung von ungewollter Kinderlosigkeit	97
10	Medizinische Unterstützungen zur Realisierung des Kinderwunsches	102
10.1	Bekanntheit	102
10.2	Frühere Behandlung	108
10.3	Aktuell in Behandlung	112
10.4	Künftige Behandlungsbereitschaft	113
10.5	Erfahrungen bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen	116
10.5.1	Erfahrungen der/des Einzelnen	116
10.5.2	Erfahrungen in Bezug auf die Partnerschaft	120
10.6	Subjektive Altersgrenzen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen	122
10.7	Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung	126
11	Nicht medizinische Lösungen und professionelle Unterstützungen	134
11.1	Bekanntheit	134
11.2	Frühere Nutzung	137
11.3	Aktuelle Nutzung	138
11.4	Künftige Nutzungsbereitschaft	139
11.5	Einstellungen zur behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung	141
12	Informationsquellen zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“	149
12.1	Informationsverhalten und Bekanntheit der Bundesinitiative	154
12.2	Zufriedenheit mit der Information der eigenen Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung	158
13	Votum ungewollt Kinderloser: Wer sollte finanziell unterstützt werden?	162
14	Wahrnehmung der Berichterstattung in den Medien	165
15	Anhang	167
15.1	Methodische Untersuchungsanlage	167
15.2	Rechtliche Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin	168
15.3	Glossar einiger Fachbegriffe	169
15.4	Soziale Milieus	171
	Kurzcharakterisierung der DELTA-Milieus®	172

1

Einleitung

Der Wunsch nach einem Kind, nach Elternschaft und Familie hat in Deutschland nach Phasen sinkender Geburtenraten wieder Konjunktur.¹ Dennoch gibt es Millionen Frauen und Männer, die von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind. Im Alter zwischen 20 und 50 Jahren ist jede beziehungsweise jeder Zehnte ungewollt kinderlos. Zugleich sind Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch aufgrund der vielfältigen Ursachen, Motive und Verhaltensstrategien keine homogene Gruppe. Es gibt ungewollte Kinderlose etwa (1) aufgrund einer gesundheitlichen Erkrankung, die ein Kind aktuell nicht möglich macht oder ratsam erscheinen lässt (Krebs beziehungsweise Krebstherapie, Autoimmunerkrankung et cetera); (2) weil die Partnerin beziehungsweise der Partner kein Kind will; (3) weil man sich mit der aktuellen Partnerin beziehungsweise dem Partner ein Kind nicht gut vorstellen kann; (4) weil man selbst oder die Partnerin/der Partner eingeschränkt fruchtbar oder unfruchtbar ist; (5) weil man zwar keine Partnerin beziehungsweise keinen Partner hat, aber sich ein Kind sehr wünscht und auch als Alleinerziehende(r) dem Kind so viel Liebe geben will;

(6) weil sehr häufig Nichtwissen besteht und Paare rätseln, warum es trotz Geschlechtsverkehr, gesunder Ernährung und Nahrungsergänzungsmitteln sowie der aufmerksamen Organisation (Timing des Eisprungs et cetera) bisher mit einem Kind auf natürlichem Wege nicht geklappt hat – auch wenn von der Ärztin oder dem Arzt bei einer Untersuchung festgestellt wurde, dass alles in Ordnung ist. Ungewollte Kinderlosigkeit ist kein marginales Thema, sondern betrifft viele und ist existenziell – sowohl für die betroffenen Frauen und Männer beziehungsweise Partnerschaften als auch gesellschaftlich für eine stabile Bevölkerungsentwicklung.

Im Jahr 2018 betrug das durchschnittliche Alter einer Mutter bei der Geburt ihres ersten Kindes 30,0 Jahre. Das hat nicht nur Konsequenzen für die Anzahl der Kinder, die eine Frau im Durchschnitt bekommt. Der aufgeschobene Kinderwunsch verändert auch die Wahrscheinlichkeiten, überhaupt ein Kind zu bekommen. Immer mehr Frauen in Deutschland bekommen ihr erstes Kind im vierten Lebensjahrzehnt. 2018 waren nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes die

¹ Nach Daten des Statistischen Bundesamtes gab es 2018 insgesamt 787.523 Lebendgeborene (9,5 pro 1.000 Einwohner); 2016 waren es 792.141 (9,6 pro 1.000 Einwohner) und im Jahr 2014 genau 714.927 (8,8 pro 1.000 Einwohner). Der Saldo von Geburten und Verstorbenen war 2018 negativ mit -167.351: Indikator einer schrumpfenden Gesellschaft. Doch zur Einschätzung lohnt der Blick über einen weiteren Zeitraum. Die Geburtenziffern haben sich in den letzten 25 Jahren, also seit 1995 signifikant (wenn auch nicht kontinuierlich) erhöht: von 1,25 (1995) auf 1,38 (2000), 1,34 (2005), 1,39 (2010), 1,41 (2014), 1,59 (2016) auf 1,57 (2018). Die Geburtenziffer ist eine Maßzahl zur Beschreibung des aktuellen Geburtenverhaltens und gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im betrachteten Jahr. Die Geburtenziffer ist allerdings ein labiler Wert, denn er hängt stark davon ab, ob Frauen ihren Kinderwunsch relativ früh realisieren, oder den Kinderwunsch aufschieben und später ein erstes Kind bekommen. Zur Geburtenziffer schreibt das Statistische Bundesamt: „In den neuen Ländern (ohne Berlin) war sie mit 1,60 Kindern je Frau höher als im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin) mit 1,58. Bemerkenswert ist die steigende Geburtenhäufigkeit der Frauen ab 40 Jahren. Mütter im Alter ab 40 Jahren brachten 2018 rund 42.800 Babys zur Welt. Zwar war ihre Geburtenhäufigkeit mit 88 Kindern je 1.000 Frauen immer noch relativ gering, hat sich aber gegenüber 23 Kindern je 1.000 Frauen in 1990 fast vervierfacht.“ (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 332 vom 3. September 2019).

Mütter von 48 Prozent der insgesamt 366.000 Erstgeborenen zwischen 30 und 39 Jahren alt, bei drei Prozent der ersten Kinder war die Mutter älter als 39 Jahre. Ein Fünftel aller Frauen eines Jahrgangs bleibt am Ende der als gebärfähige Phase geltenden Altersspanne zwischen 15 und 49 Jahren ohne leibliches Kind.

„Die sogenannte endgültige Kinderlosenquote (Anteil der kinderlosen Frauen an allen Frauen zwischen 45 und 49 Jahren) stieg zwischen 2008 und 2018 von 17 Prozent auf 21 Prozent. [...] Frauen mit akademischem Bildungsabschluss (Bachelor, Master, Diplom, Promotion) sind besonders oft kinderlos. Allerdings sank die endgültige Kinderlosenquote bei den Akademikerinnen zwischen 2008 und 2018 von etwa 28 Prozent auf 26 Prozent. Insbesondere in den Stadtstaaten war die Quote der 45- bis 49-jährigen Akademikerinnen ohne eigene Kinder im Jahr 2018 mit 33 Prozent geringer als bei den 45- bis 49-jährigen des Jahres 2008 (38 Prozent). Auch bei den Frauen in den westlichen Flächenländern sank die Quote von 30 Prozent auf 26 Prozent. Anders war die Entwicklung in den ostdeutschen Flächenländern. Die Kinderlosigkeit ist hier auch bei den Akademikerinnen deutlich geringer als im Westen Deutschlands. Die Quote nimmt aber kontinuierlich zu. Zwischen 2008 und 2018 stieg die endgültige Kinderlosenquote der ostdeutschen Akademikerinnen von etwa zwölf auf 17 Prozent.“²

Die bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte im Jahr 2013 ungewollt und gewollt Kinderlose systematisch in den Blick genommen und gezeigt, dass von allen Kinderlosen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

25 Prozent *ungewollt kinderlos* sind.³ Die hier vorgestellte 2019/20 durchgeführte Untersuchung legt den Fokus ganz auf diese Gruppe der ungewollt Kinderlosen. Dabei wird aus Gründen der Vergleichbarkeit dasselbe Altersspektrum wie 2013 untersucht: Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren. Für diese wurden auf der Basis einer Repräsentativbefragung von 3.000 Fällen die Befunde von 2013 aktualisiert und vertieft.⁴ Dazu wurden neue Fragen aufgenommen, um jüngere Entwicklungen mit zu erfassen. Das sind beispielsweise Fragen zur:

- behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung,
- Bezeichnung „Reproduktionsmedizin“ und „Psychosoziale Beratung“,
- Bekanntheit der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“⁵ und Erwartungen an ein staatliches Unterstützungsangebot,
- Vorstellung von Fertilität bei jungen Erwachsenen.

Wie im Rahmen der Untersuchung 2013 wurde auch für diese Untersuchung 2020 ein multiprofessionell zusammengesetzter Fachbeirat in die Entwicklung des Fragenkatalogs eingebunden.⁶

Ungewollt Kinderlose warten oft viele Jahre vergeblich auf ein erstes Kind, leben dauerhaft im Spagat zwischen Kinderwunsch und kinderloser Wirklichkeit. Die meisten haben bisher nicht den Gedanken gehabt, dass es auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt, eine Minderheit erwägt eine Kinderwunschbehandlung, wenige nutzen eine der Möglichkeiten. Mehrheitlich haben vor allem Männer das Selbstbild uneingeschränkter Fertilität und kaum Zweifel an der

2 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 475 vom 11. Dezember 2019

3 Wippermann, Carsten: Kinderlose Frauen und Männer: Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten, Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2014

4 Ein zentrales Moment dieser Untersuchung ist die Vergleichbarkeit zu 2013. Daher ist die Untersuchung methodisch hinsichtlich der Erhebungsinstrumente und Erhebungsform identisch angelegt. In der Repräsentativbefragung wurden viele Fragen in gleicher Form und Formulierung wie 2013 gestellt, um Veränderungen in der Grundgesamtheit sowie in den verschiedenen Teilgruppen zu messen. Nicht dieselben Personen wie 2013 wurden befragt, sondern es wurde ein neues repräsentatives Zufallssample gezogen mit einem Umfang von 3.000 Fällen und es wurden 16 qualitative Gruppenwerkstätten mit weiteren zufällig ausgewählten Personen durchgeführt.

5 Die in den letzten Jahren sukzessive erreichten Vereinbarungen zwischen dem Bund und einigen Ländern zu Fördermaßnahmen zu Kinderwunschbehandlungen haben eine Situation geschaffen, die ungewollt Kinderlosen neue Möglichkeiten und Unterstützungen für eine Behandlung bietet. Gleichwohl haben nicht alle Bundesländer mit dem Bund eine Fördervereinbarung getroffen, sodass die Rahmenbedingungen für ungewollt kinderlose Frauen und Männer in Deutschland je nach Bundesland unterschiedlich sind. Vor diesem Hintergrund geht die Studie unter anderem der Frage nach, ob es in der Bekanntheit, bisherigen Nutzung und künftigen Nutzungsabsicht von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen signifikante Unterschiede gibt zwischen den Bundesländern, zwischen nördlichen und südlichen, westlichen und östlichen Bundesländern beziehungsweise zwischen den Bundesländern, mit denen eine solche Fördervereinbarung getroffen wurde im Vergleich zu jener Gruppen von Bundesländern, mit denen das bisher nicht erfolgt ist.

6 Zum wissenschaftlichen Beirat siehe Anhang 15.1

1 Einleitung

eigenen Fruchtbarkeit. Hier gibt es eine enge Wechselwirkung mit der Dominanz des Themas Verhütung in der Phase der Jugend und bei jungen Erwachsenen: Wer von Jugend an jahrelang verhütet hat, kommt gar nicht mehr auf die Idee, unfruchtbar zu sein oder eine Kinderwunschbehandlung zu benötigen. Die begründete Einstellung ist, dass wer nicht (jedes Mal) verhütet, das Risiko einer Schwangerschaft eingeht. Vor allem im Bereich der Sexualaufklärung wird bisher der Fokus nur auf Verhütung zum Schutz vor Krankheitsübertragung und Teenagerschwangerschaften gelegt, hingegen das Thema einer möglichen Unfruchtbarkeit oder eingeschränkten Fruchtbarkeit vernachlässigt, tabuisiert und damit performativ negiert. Diese thematische Verengung erzeugt bei jungen Frauen und Männern die selbstverständliche und lange Zeit unbezweifelte Annahme der eigenen Fruchtbarkeit. Durch Unterhaltungs- und Aufklärungsmedien wird dieses Selbstbild uneingeschränkter Fruchtbarkeit bestätigt und kulturell verankert. Selbst in späterem Alter ziehen keineswegs alle ungewollt kinderlos Gebliebenen überhaupt in Erwägung, möglicherweise unfruchtbar zu sein und ohne Kinderwunschbehandlung kein Kind bekommen zu können. Ein erheblicher Teil findet eine Erklärung im „Schicksal“ oder in Gottes Fügung, einige auch in früheren Sünden:



„Als meine Jugendfreundin schwanger war, hat sie das Kind abgetrieben. Ich wollte das auch. Vielleicht ist das jetzt die Strafe dafür, dass ich heute mit meiner Partnerin kein Kind bekomme.“

Die Untersuchung 2013 hatte beschrieben, wie kinderlose Frauen und Männer mit der Situation ihrer Kinderlosigkeit individuell und als Paar umgehen, welche Erklärungen sie für ihre ungewollte Kinderlosigkeit plausibel finden, ob und wo sie Unterstützungen suchen, welche Strategien sie bei ungewollter Kinderlosigkeit verfolgen, inwieweit ihre Kinderlosigkeit in ihrem sozialen Umfeld akzeptiert ist beziehungsweise in welchem Ausmaß und in welchen Formen sie Stigmatisierung oder gar Diskriminierung erfahren. Dabei zeigte sich, dass Ursachen, Motive, Strategien, Stigmatisierungen bei Kinderlosigkeit eng verbunden sind mit (1.) dem Alter, der Lebensphase und dem Lebensverlauf; (2.) Wertorientierungen und Lebensstilen: Die Einstellungen und Erfahrungen mit Kinderlosigkeit sind in den verschiedenen sozialen Milieus sehr unterschiedlich. Zudem haben Frauen und Männer je nach Milieuzugehörigkeit je andere finanzielle, soziale und kulturelle Ressourcen für den Umgang mit diesem Thema. Muttersein beziehungsweise Vatersein stehen in den verschiedenen sozialen Milieus in einem (etwas) anderen Werte- und Sinnhorizont. Daher werden die aktuelle Situation der Kinderlosigkeit und die weiteren Perspektiven im Lebenslauf je anders aufgefasst, werden Optionen zur „Lösung“ je anders wahrgenommen, bewertet und genutzt; gibt es weltanschaulich, moralisch und stilistisch je andere Zugänge beziehungsweise Hürden zur Kinderwunschbehandlung sowie zur psychosozialen Beratung.

2

Zentrale Befunde

1. Die Befunde belegen ein sehr hohes Maß an Missfallen und Reaktanz ungewollt Kinderloser gegenüber den zentralen Termini technici **„Reproduktionsmedizin“** sowie **„Psychosoziale Beratung“**. Nicht den Angeboten gilt die Kritik, sondern den Bezeichnungen und den durch sie ausgelösten Assoziationen.
 - Die Bezeichnungen „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“ wirken auf die Mehrheit ungewollt kinderloser Frauen und Männer technisch und kalt, erzeugen Bilder von einem industriellen Prozess. Dies ist für sie nicht vereinbar mit dem, was für sie an allererster Stelle mit einem Kind verbinden: Wärme, Emotion, Liebe: Befruchtung als ein natürlicher Vorgang der Beziehung zweier Menschen.
 - Die Bezeichnung „Psychosoziale Beratung“ erzeugt größte Distanz bei Männern aus so unterschiedlichen Milieus wie „Benachteiligte“ und „Hedonisten“, „Konservative“ und „Traditionelle“, „Etablierte“ und „Performer“. Bei ihnen ist das Wort mit dem Risiko der Stigmatisierung behaftet: Wer solche in Anspruch nimmt, dokumentiert mangelnde Robustheit, leichte Verletzbarkeit, allzu große Sensibilität und auch mangelnde Härte, was einen Makel der Männlichkeit bedeutet. Dabei bestreiten diese Männer keineswegs die Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von psychosozialer Beratung – aber sie adressieren sie reflexhaft an Frauen sowie in extremen Situationen an Männer, die sich durch Burnout oder Depression selbst nicht mehr helfen können.
 - Eine reproduktionsmedizinische Maßnahme (erfolglos) in Anspruch genommen haben 17 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen im Alter bis 40 Jahren. Eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben zwei Prozent der Frauen im Alterssegment von 20 bis 40 Jahren; im Alter von 40 bis 50 Jahren insgesamt fünf Prozent. Der Anteil der Männer liegt deutlich darunter.
2. Bei der **Frage nach den Ursachen** ihres unerfüllten Kinderwunsches dominieren vor allem folgende Erklärungen, die in dieser Alltagswelt und Lebenssituation kulturell verankerte Deutungsmuster sind: (1) Ein hormonelles Nachwirken der Pille, insbesondere wenn man die Pille über viele Jahre genommen hat (einige Frauen seit dem 12. bis 16. Lebensjahr); (2) beruflicher Stress; (3) privater Stress a) durch verbissene Konzentration auf den Kinderwunsch, b) durch hohen eigenen und partnerschaftlichen Druck sowie soziale Erwartungen durch Familie, Verwandtschaft, Freundeskreis; c) der Zweifel, ob man den richtigen Partner hat, d) die Sorge vor der Gefährdung der Partnerschaft durch den unerfüllten Kinderwunsch sowie e) durch die aufwendige Organisationsarbeit des Geschlechtsverkehrs, etwa Aufmerksamkeit auf den Eisprung und andere.
3. Im Kosmos der **vielfältigen und vielschichtigen Einstellungsdimensionen und -facetten** zum Kinderwunsch zeigen sich komprimiert

vier dominante Hauptfaktoren in folgender Rangfolge der Verbreitung: (1) Das Kind an sich und in seiner Entwicklung erleben – ihm Liebe geben und Familie als Liebesgemeinschaft. Dies ist die basale Einstellung, die fast alle mit Kinderwunsch mit unterschiedlicher Betonung einzelner Aspekte teilen (95 Prozent). (2) Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern (70 Prozent). Obwohl sie noch kein Kind haben und weiterhin wollen, sehen Kinderlose mehrheitlich hohe Hürden der Alltagsorganisation junger Familie, insbesondere mit Blick auf einen Kita-Platz und die zeitliche Flexibilität der Kitas für Erfordernisse beruflicher Flexibilität und Mobilität erwerbstätiger Eltern. (3) Das Kind als substanzieller Baustein für Lebenssinn und Identität (62 Prozent). Dazu ist seit 2013 eine neue Facette hinzugekommen: Das Kind ist auch Ausweis für sozialen Status und Vergewisserung für ein vollständiges Mannsein beziehungsweise Frausein, Beleg der eigenen Fruchtbarkeit als persönliches Signal der Identität, aber auch nach außen als Signal sozialer Anerkennung. (4) Wahrnehmung der zumindest partiellen sozialen Ausgrenzung, Benachteiligung und Stigmatisierung: 28 Prozent machen die Erfahrung, dass sie bei bestimmten Themen die Botschaft erhalten, als Kinderlose nicht (kompetent) mitreden zu können, und erfahren aufgrund ihrer Kinderlosigkeit gesellschaftliche Abwertung.

4. Jenseits der eigenen Erfahrung sind 47 Prozent der ungewollt Kinderlosen der Auffassung, dass ungewollte Kinderlosigkeit heutzutage seitens der Bevölkerung stigmatisiert sei (50 Prozent der Frauen; 43 Prozent der Männer). Weiter beobachten 53 Prozent, dass ungewollte Kinderlosigkeit ein gesellschaftliches Tabuthema sei (57 Prozent der Frauen; 49 Prozent der Männer). Gleichzeitig nehmen 38 Prozent aller ungewollt Kinderlosen sowohl eigene **Stigmatisierung** wahr als auch **Tabuisierung** ihres unerfüllten Kinderwunsches.
5. Von allen ungewollt Kinderlosen haben 25 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht zur **medizinischen Abklärung**, ob die Kinderlosigkeit bei ihr beziehungsweise ihm organische Ursachen hat. Von denen, die sich ärztlich untersuchen lassen haben, sagen zwei Drittel der Frauen und Männer, dass bei ihnen keine Ursachen ihrer Kinderlosigkeit festgestellt werden können. Bei einem Drittel der Frauen und Männer wurde von der Ärztin oder dem Arzt festgestellt, dass sie beziehungsweise er eingeschränkt fruchtbar beziehungsweise unfruchtbar ist. Darüber hinaus wurden bei 28 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer (nach deren Selbstauskunft) andere organische Ursachen der Kinderlosigkeit festgestellt.
6. Mehrheitlich sagen Frauen und Männer in einer Partnerschaft, dass es vermutlich an beiden liege, dass sie keine Kinder bekommen (70 Prozent der Frauen, 76 Prozent der Männer). Frauen tendieren mit zunehmendem Alter dazu, die Ursache primär bei sich selbst zu vermuten und die Verantwortung für eine Lösung an sich selbst zu adressieren. Männer neigen mit zunehmendem Alter dazu, die Ursache primär bei der Frau zu vermuten.
7. Erstmals den konkreten Wunsch nach einem Kind, die allein oder gemeinsam getroffene Entscheidung für Elternschaft und Familie, hatten Frauen und Männer im Alter von durchschnittlich 25 Jahren – allerdings verdeckt dieser Mittelwert, dass das Spektrum breit, die Varianz sehr groß ist; die Spannweite reicht von 14 Jahren bis 48 Jahre, und ist bei Frauen und Männern nahezu identisch.
8. Auch wenn Frauen und Männer viele Jahre lang vergeblich auf ein erstes Kind hoffen, ist 44 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer noch nie (!) der Gedanke gekommen, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege, das heißt ohne eine Kinderwunschbehandlung, möglicherweise nicht klappt. Bei den anderen, die schon mal den Gedanken an eine möglicherweise eingeschränkte Fruchtbarkeit hatten, war dies bei Frauen zum ersten Mal im Alter von 29 Jahren, bei Männern im Alter von 32 Jahren.
9. Erheblich an Verbreitung gewonnen seit 2013 haben die Erfahrungen „Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel“ (Anstieg

um 19 Prozentpunkte auf aktuell 39 Prozent) und „Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung“ (Anstieg um 17 Prozentpunkte auf 31 Prozent), die ein Indikator sind für **gewachsene eigene Diskriminierungserfahrungen** von ungewollt Kinderlosen. Das bestätigt die um 16 Prozentpunkte gestiegene Zustimmung zur Aussage „Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe“.

10. Von den ungewollt kinderlosen Frauen machen 30 Prozent selbst die Erfahrung sozialer Ausgrenzung aufgrund ihrer Kinderlosigkeit; 50 Prozent stellen **jenseits ihrer eigenen Betroffenheit Stigmatisierungen von Kinderlosen in der Bevölkerung** fest. Ähnlich bei Männern: Bei den ungewollt kinderlosen Männern erfahren 26 Prozent selbst alltägliche Ausgrenzung und Stigmatisierung verschiedener Art aufgrund ihrer Kinderlosigkeit; Stigmatisierung von Kinderlosigkeit seitens der Gesellschaft nehmen aber 43 Prozent wahr.
11. Zugleich stellt etwas mehr als die Hälfte aller Kinderlosen (57 Prozent der Frauen, 49 Prozent der Männer) fest, dass – in ihrer Wahrnehmung – ungewollte Kinderlosigkeit in der Gesellschaft tabuisiert ist. Stigmatisierung und Tabuisierung schließen sich keineswegs aus, sondern hängen miteinander zusammen, bedingen und begünstigen einander. Zwischen **Stigmatisierung und Tabuisierung** besteht ein positiver, nahezu linearer Zusammenhang: Je stärker und bedrohlicher das eine, umso ausgeprägter das andere.
12. Frauen und Männer knüpfen ihre **Geschlechtsidentität zunehmend stärker an Muttersein beziehungsweise Vatersein**. „Mutterschaft gehört zum Frausein dazu“ sagen 63 Prozent der ungewollt Kinderlosen (2013: 58 Prozent); „Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu“ sagen 56 Prozent (2013: 50 Prozent). Der soziale Druck und die persönliche Sehnsucht nach einem eigenen Kind verdichten sich darin, dass mehr als die Hälfte aller ungewollt Kinderlosen ihre Identität als Frau beziehungsweise Mann an Elternschaft knüpfen. Wenn diese aber nicht gelungen ist,

stellt das eine bisher unvollendete Identität dar. Wenn sich Elternschaft auch künftig nicht realisiert, bedeutet das eine final unvollständige, nur bruchstückhafte, auch gescheiterte Identität.

Aus dem **Spektrum der medizinischen Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlungen** sind viele der Mehrheit ungewollt Kinderloser zumindest **dem Namen nach bekannt**: Von Konservieren/Einfrieren von Eizellen beziehungsweise Samenzellen aus medizinischen Gründen (zum Beispiel im Rahmen einer Krebstherapie) haben 78 Prozent schon gehört, von Samenspende eines fremden Mannes 77 Prozent, von In-vitro-Fertilisation 73 Prozent, von Verfahren der Alternativen Medizin 73 Prozent, von Insemination 65 Prozent, vom Konservieren/Einfrieren von Eizellen beziehungsweise Samenzellen aus nicht medizinischen Gründen (Social Freezing) 59 Prozent. Weniger als die Hälfte kennt namentlich die Embryonenspende (48 Prozent), Hormonkorrektur bei der Frau (47 Prozent), hormonelle Stimulation der Eierstöcke (41 Prozent) oder Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (43 Prozent). Mehr als die Hälfte der kinderlosen Frauen mit aktuellem Wunsch hat von einigen Angeboten zwar schon gehört, doch nur sehr wenige haben eine dieser Maßnahmen bisher **in Anspruch genommen**. Von den ungewollt kinderlosen Frauen im Alter unter 30 Jahren werden am häufigsten genutzt die Alternative Medizin (17 Prozent), Hormonkorrektur der Frau (16 Prozent), Hormonelle Stimulation der Eierstöcke (zwölf Prozent). Mit großem Abstand folgen die Insemination (fünf Prozent), Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) (drei Prozent), In-vitro-Fertilisation (IVF) (drei Prozent) und das Konservieren von Eizellen (zwei Prozent). Kaum höher ist die frühere Nutzung bei 30- bis 39-Jährigen: Einzig die hormonelle Stimulation der Eierstöcke wurde von 18 Prozent genutzt (eine Zunahme von sechs Prozentpunkten gegenüber jüngeren Frauen). Bei 40- bis 50-Jährigen zeigt sich eine signifikant höhere Nutzungsrate medizinischer Verfahren: Hormonelle Stimulation der Eierstöcke (34 Prozent), Hormonkorrektur (31 Prozent) und Alternative Medizin (24 Pro-

zent) sind die am häufigsten genutzten Verfahren mit dem höchsten Anteilswerten und Zuwachsraten. Hingegen sind die medial (häufig im kulturpessimistischen Gestus) diskutierte Verfahren des Konservierens von Eizellen (oder bei Männern Samenzellen) quantitativ ein Randphänomen. Die grundsätzliche **Bereitschaft zu einer künftigen Kinderwunschbehandlung** ist deutlich größer als die bisher seltene Nutzung. Für die einzelnen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sagen bis zu 65 Prozent der Frauen und bis zu 55 Prozent der Männer, dass sie sich grundsätzlich eine solche Behandlung vorstellen könnten.

13. Signifikant gestiegen seit 2013 sind Zweifel und Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung hinsichtlich der Kosten (Anstieg von 68 auf 85 Prozent), der Risiken für Frauen durch Stimulation der Eierstöcke (von 66 auf 74 Prozent), zu wenig Informationen (von 51 auf 71 Prozent), Risiko der Behinderung des Kindes (von 51 auf 64 Prozent), Bedenken der Partnerin/des Partners gegen die Behandlung (von 37 auf 44 Prozent) sowie befürchtete kritische Reaktionen im eigenen Umfeld (von 27 auf 43 Prozent). Die gestiegene Aufmerksamkeit und Sorge vor Risiken sowie das Bedürfnis nach mehr Informationen ist Folge von Unsicherheit und Entscheidungsdruck zugleich – und hat eine Steigerungslogik: je mehr Wissen, umso größer das Bewusstsein für Risiken; je mehr Risikobewusstsein, umso größer das Bedürfnis nach Informationen, die Sicherheit bieten.
14. Nur sehr wenige ungewollt kinderlose Frauen haben früher schon mal eine **behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung** in Anspruch genommen oder eine Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch gemacht. Die Anteile liegen unter fünf Prozent bei Frauen im Alter unter 40 Jahren. Erst im Alter darüber steigt die Nutzung dieser Angebote geringfügig

auf sieben Prozent (Psychotherapie) beziehungsweise fünf Prozent (behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung). Auch aktuell nehmen über 90 Prozent dieser Frauen eine solche Unterstützung nicht in Anspruch: die Mehrheit, weil sie davon keine Kenntnis hat; viele, weil sie keine Anlaufstellen/Beratungsstellen in ihrem Umfeld kennen, und weil Unsicherheiten bestehen, ob die Kosten von ihrer Krankenkasse übernommen werden. Die Bereitschaft, künftig eine dieser Möglichkeiten für sich in Erwägung zu ziehen, übersteigt die aktuelle und frühere Nutzung um ein Vielfaches.

Groß ist die Kluft zwischen der bisherigen Nutzung und der Bereitschaft zur künftigen Nutzung einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung. Die Mehrheit der ungewollt Kinderlosen signalisieren hier ein Bedürfnis, Frauen in allen Altersgruppen (zwischen 54 und 56 Prozent), aber auch fast die Hälfte der Männer im Alter über 30 Jahren (48 Prozent). In der Wahrnehmung der Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch ist die psychosoziale Beratung bisher sehr stark auf Frauen ausgerichtet. Diese Fokussierung der psychosozialen Beratung auf Frauen wird sowohl von Frauen als auch von Männern kritisiert. Groß ist die an psychosoziale Beratungsstellen adressierte Forderung, spezifische Angebote auch für Männer zu entwickeln.

15. Im Jahr 2013 haben sieben Prozent der ungewollt Kinderlosen sich über soziale Netzwerke (unter anderem Facebook, Instagram, WhatsApp) zu Möglichkeiten der Realisierung des Kinderwunsches ausgetauscht – im Jahr 2020 sind es 32 Prozent: Der Anteil dieses Mediums hat sich von 2013 bis 2020 bei Männern verdreifacht, bei Frauen verfünffacht. Dazu kommen Blogs und Foren im Internet, die für 54 Prozent eine wichtige Informationsquelle sind.

3

Kritische Label: Abwehrreflexe gegenüber fachlich etablierten Bezeichnungen

Sprache ist der Zugang zur Wirklichkeit. Nur über Sprache ist uns die Welt zugänglich, aber Sprache ist variabel, kontingent und kulturbedingt. Der Sinn sprachlicher Zeichen (Worte und Bilder in Broschüren, Foldern, Websites et cetera), seine Codierung und Dechiffrierung sind abhängig vom Absender und dessen Lebenswelt sowie vom Empfänger in dessen Lebenswelt. Konkrete sprachliche Stilmittel und die ästhetische Anmutung können Interesse wecken und Wahlen erleichtern, aber auch im Gegenteil Distanz und Ablehnung. Die Wahl der sprachlichen Form hat entscheidenden Einfluss darauf, wie eine Wirklichkeit erscheint, bewertet wird und man sich zu ihr verhält. Insofern können Bezeichnungen Neugier und Bereitschaft erzeugen, oder aber Abwehr und Widerstand, sodass ohne nähere Kenntnis von vornherein allein aufgrund des Labels ein Nein entschieden wird. Die Befunde der qualitativen Untersuchung belegen ein sehr hohes Maß an Missfallen und Reaktanz ungewollt Kinderloser gegenüber den konventionellen Bezeichnungen „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“ einerseits, „Psychosoziale Beratung“ andererseits.

3.1 „Reproduktionsmedizin“/„Künstliche Befruchtung“

Groß ist der Widerstand und vielfältig sind die negativen Assoziationen zu den Bezeichnungen „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“. Aus dem evidenzbasierten Befund der Untersuchung lässt sich der Schluss ziehen, dass es ratsam ist, über alternative Benennungen derselben Sache nachzudenken. Denn die beiden fachlich etablierten und der Allgemeinheit bekannten Begriffe wirken auf die sehr große Mehrheit ungewollt kinderloser Frauen und Männer allzu technisch und kalt, erzeugen Bilder von einem industriellen Prozess. Dies ist für sie nicht vereinbar mit dem, was sie an allererster Stelle mit einem Kind verbinden: Wärme, Emotion, Liebe: Befruchtung als ein natürlicher Vorgang der Beziehung zweier Menschen. Bei der Bezeichnung „Reproduktionsmedizin“ hingegen tritt dazwischen eine emotionslose Wissenschaftlerin oder ein emotionsloser Wissenschaftler (nicht die „Ärztin“ beziehungsweise der „Arzt“) im

sterilen Labor, entsteht das Kind – so spontane innere Bilder – in einem Reagenzglas. Das ist nichts, womit ihre Elternschaft anfangen soll. Ungewollt Kinderlose, die noch keine Behandlung in Erwägung gezogen haben, verbinden mit den beiden Begriffen primär, dass ihr so entstandenes Kind einen Makel hätte – nicht nur bei Angehörigen ihrer Familie und sozialen Nahwelt, sondern bei ihnen selbst.

Es wäre kein natürlich gezeugtes Kind, sondern hätte das Stigma eines industriellen Artefakts und Kunstprodukts.

Weniger gibt es solche Abwehrhaltungen bei Frauen und Männern mit akademischer Bildung in den Milieus der „Performer“ und „Etablierten“, für die Machbarkeitsdenken und das fortschritts-optimistische Vertrauen in medizinisch-technische Lösungen milieutypisch sind. Bei Angehörigen aller anderen Milieus, besonders stark bei „Traditionellen“ und der „Bürgerlichen Mitte“, aber auch bei jenen im gehobenen Segment mit akademischer Bildung im Milieu der „Konservativen“, „Postmateriellen“ und „Expeditiven“ gibt es Abwehrreflexe und persönliche Distanzierung zu den Bezeichnungen „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“.

Entscheidend ist: Nicht der Begriff, also das Bezeichnete stößt primär auf jene heftige Ablehnung, sondern die sprachliche *Benennung*. Dazu ist „Reproduktionsmedizin“ ein aus zwei Nomen zusammengesetzter Latinismus, der manchen mit mittlerem oder geringem Bildungsabschluss semantisch sperrig erscheint und Fremdheit signalisiert; und der sie an eine mechanisch-chemische Industrie-/Laborproduktion erinnert. Ähnlich heftige Reaktionen der Ablehnung erzeugt „Künstliche Befruchtung“, der in allen Milieus etablierte Sammelbegriff für eine Vielzahl von mehrheitlich unbekanntem und ungenanntem Einzelverfahren. Problematisch ist das Attribut „künstlich“, denn es spannt eine bipolare Vorstellung mit dem Gegenpol „natürlich“ auf. Das medizinische Verfahren erscheint als Gegensatz zur „natürlichen Befruchtung“: Damit ist in der subjektiven Assoziation die künstliche Befruch-

tung eben das *Gegenteil* von natürlicher Befruchtung. Ein artifizielles, zentral technisch hergestelltes „Kind-Produkt“ aber will keine Frau und kein Mann (es gibt seltene Ausnahmen). Insofern geht die deutliche Mehrheit der ungewollt Kinderlosen spontan auf Distanz zu den fachlichen und umgangssprachlichen Bezeichnungen einer ärztlichen Unterstützung auf dem Weg zu einem Kind. In der Kommunikation beziehungsweise Sprache fehle ihnen bei den Begriffen Reproduktionsmedizin und künstliche Befruchtung „das Liebevoll“.

Es ist im Kern der durch die sprachlichen Label erzeugte Gegensatz von *natürlich* versus *künstlich*; *zwischenmenschlich-intim* versus *klinisch-technisch*, der Zugangsbarrieren erzeugt. Es kommt den meisten nicht in den Sinn, ist keine Deutung aus diesen Bezeichnungen, dass eine ärztliche Unterstützung eine ergänzende Maßnahme ist, ein Teil einer natürlichen Befruchtung. Allein der Begriff „auf natürlichem Wege“ (ohne ärztliche Konsultation) erfordert einen ergänzenden Begriff bei einer medizinischen Maßnahme. Nur sind die Bezeichnungen „Reproduktionsmedizin“ und „künstliche Befruchtung“ hier kontraproduktiv, weil sie die Vorstellung einer „Alternative“ zur natürlichen Befruchtung erzeugen.

Der Philosoph Ludwig Wittgenstein schrieb: „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt.“⁷ Das gilt hier sehr konkret und praxisrelevant für alternative Bezeichnungen. Groß ist das Bedürfnis der Mehrheit ungewollt kinderloser Frauen und Männer nach ärztlicher, auch medizinisch-technischer Unterstützung – aber benannt mit einer warmen und emotionalen Bezeichnung, die an ihren Kinderwunsch mitsamt der Hoffnungen des persönlichen und partnerschaftlichen Leidens und des bisherigen Stresses durch unternommene Maßnahmen anschließt. Die meisten sind keine Expertinnen und Experten kreativer passender Textung, aber spontan gefielen ihnen in der Befragung folgende Bezeichnungen besser: „Kinderwunsch-Behandlung“, „ärztliche Kinderwunsch-Hilfe“, „Kinderwunschzentrum“⁸ auch „Fruchtbarkeitsunterstützung“.

7 Wittgenstein, Ludwig: Logisch-philosophische Abhandlung. Tractatus logico-philosophicus, in: Werkausgabe Band 1, Frankfurt am Main 1984, S. 67

8 Die Bezeichnung „Kinderwunschzentrum“ erzeugt Reaktanz, weil „Klinik“ an einen Großbetrieb erinnert. Der Appendix „Zentrum“ ist hingegen positiv besetzt, weil der Begriff impliziert, dass hier die regional höchste Fachkompetenz gebündelt und innerhalb der Organisation vernetzt ist (kurze Wege).

Aussagen zu „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“:

„Es hört sich industriell an und maschinell; ich denke an ‚produzieren‘.“

[Frau, 21 Jahre]

„Reproduktion ist kein Begriff, den ich mit Kinderwunsch in Beziehung setze. Das ist weit hergeholt. Man nennt es nicht Produktion, wenn man ein Kind bekommt. Es ist im Gegenteil etwas Natürliches mit der Schwangerschaft. Da will ich kein Labor oder was Künstliches.“

[Mann, 22 Jahre]

„Bei Reproduktionsmedizin denke ich an Labor, ein Wissenschaftler, der an Reagenzgläsern herumspielt, da kommt aus Versehen ein Kind heraus.“

[Mann, 23 Jahre]

„Der Name lässt sich einen schlecht fühlen, weil man drastische Maßnahmen einleiten muss. Es hört sich so hart an, wie ‚Chemotherapie‘.“

[Mann, 24 Jahre]

„Klinik – da gehen Kranke hin. Reproduktionsmediziner – das klingt nach hoher fachlicher Kompetenz, nach dem Motto: Wir setzen alle hochentwickelten medizintechnischen Maßnahmen ein, damit du ein Kind bekommst.“

[Frau, 28 Jahre]

„Es muss herzlicher, liebevoller, süßer sein, warmherziger sein. ‚Fortpflanzung‘ oder ‚Kinderwunschhilfe‘ statt Reproduktion. Das hört sich netter an.“

[Mann, 33 Jahre]

„Klon. Man denkt an Tierzucht.“

[Mann, 33 Jahre]

„Ich habe die Überweisung dahin bekommen, habe sie in den Müll geworfen. Ich dachte, wenn es auf natürlichem Wege nicht klappt, dann soll es so sein. Kolleginnen haben sich auf Toilette spritzen lassen, Partnerschaften sind dadurch kaputtgegangen, es waren so

viele Sachen, ich habe die Überweisung weggeschmissen.“

[Frau, 34 Jahre]

„Es ist nicht so ein toller Begriff. Ich möchte mich nicht reproduzieren. Ich habe mit dem Wort ein Problem.“

[Mann, 38 Jahre]

„Das Wort ‚Reproduktionsmedizin‘ ist nicht schön, sehr technisch, nicht emotional.“

[Frau, 39 Jahre]

„Es ist unangenehm. Ich habe keine Angst, aber ich denke, hoffentlich haben wir nicht damit zu tun. Es ist ein schwerer Arztgang. Man geht hin, wenn vieles vorher schiefgelaufen ist, wie ein Zahnarztbesuch. Es ist berechtigt, dass es das gibt; hoffentlich hat es nichts mit mir zu tun.“

[Mann, 41 Jahre]

„Das ist ein total technischer Begriff, etwas Mechanisches. Die menschliche Komponente muss aber immer dabei sein. Da das psychisch schon belastend ist, wenn man ein Kind haben möchte und es klappt nicht, kann man es nicht technisch nennen. Man schreckt Leute ab. Man muss vielmehr die Türen öffnen, im Sinne von: Es gibt eine Chance. Ein Begriff ‚Reproduktionsmedizin‘ oder ‚Künstliche Befruchtung‘ macht es kaputt.“

[Mann, 45 Jahre]

Auf der einen Seite gibt es jene Aversionen gegen „Reproduktionsmedizin“ und „Künstliche Befruchtung“ – und damit Sperren, zu einer solchen Einrichtung zu gehen. Auf der anderen Seite bekunden dieselben Menschen das Bedürfnis nach mehr Aufklärung darüber, was in Einrichtungen geschieht, die ihre Elternschaft ermöglichen könnten.

„Ich hätte darüber gern mehr Aufklärung! Man weiß nicht, was da gemacht wird, es hört sich gruselig an, was da wirklich passiert. Ich wüsste nicht, was sie mit mir machen. Sie nehmen Samen, geben es meiner Freundin, ich weiß nicht, was passiert.“

[Mann, 24 Jahre]

Geringe Kenntnisse über konkrete Möglichkeiten und medizinische Verfahren der Kinderwunschbehandlung lassen das Geschehen dort für Manche unheimlich und – im Kontrast zu ihrer Kindersehnsucht – nahezu wissenschaftlich-dämonisch erscheinen. Ein erheblicher Teil bleibt auf Distanz nicht nur im Kontakt zu solchen Einrichtungen, sondern auch zu Informationen. Es gibt Hemmungen, überhaupt genauer informiert zu werden oder gar aktiv zu recherchieren: Denn wenn man sich aktiv informiert, ist das ein Eingeständnis, dass es auf „natürlichem“ Wege wohl nicht mehr klappt. Insofern ist, auch bei langem und starkem Leiden unter der eigenen Kinderlosigkeit, bereits die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung für sehr viele eine hohe Hürde: Sie deuten es als *Grenzübertritt* vom „natürlichen Weg“ zum „künstlichen Weg“, damit als ein Makel und Scheitern in diesem zentralen Lebensziel und Teil ihrer Identität als Frau beziehungsweise als Mann. Bei einer „künstlichen“ Befruchtung wäre dieser Teil ihrer Identität künstlich behaftet. Daher erzeugt die beschriebene Dichotomie von *natürlich-künstlich*, die als Stufen des Abstiegs bewertet wird, jene Handlungshemmung.

Viele ungewollt Kinderlose, die sich über Möglichkeiten der Behandlung informieren, werden durch Informationsmaterialien (Folder, Websites) von Kinderwunschzentren und Arztpraxen nicht erreicht im Sinne einer konstruktiven, positiven Aufklärung. Während Frauen und Männer mit akademischer Bildung viel geübter sind in der analogen und digitalen Informationsrecherche, fällt dies einem Teil jener mit geringer Schul- und Berufsqualifikation schwerer. Wenn sie professionelles Infomaterial lesen, ist es für einen erheblichen Teil eine fremde Sprache, gespickt mit komplexen Normen, Fremdwörtern und Latinismen, die ihnen performativ suggeriert, dass bei einer solchen Behandlung etwas geschieht, was sie nicht verstehen (sollen, können). Darin liegt ein Paradoxon: Bei geringen Kenntnissen über Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung bleiben aufgrund von Vorurteilen Berührungsängste und Kontaktsperren. Je detaillierter die medizin- und biotechnischen Beschreibungen

über Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlungen sind, umso mehr wird dieser Eindruck erzeugt, es sei ein wissenschaftliches Verfahren, bei dem etwas mit ihnen gemacht werde, was sie nicht verstehen und wobei sie Objekt sind in einer weitgehend passiven Rolle: Das Ziel aber ist ein Kind, mit dem sie Wärme, Nähe und Liebevollnes verbinden; und sie selbst dabei aktives Subjekt. Allein die Vorstellung eines Reagenzglases, in dem bei der IVF die Befruchtung erfolgen soll, erzeugt bei vielen Abwehr und Schauer. Während bei schweren Erkrankungen und Operationen akzeptiert wird, dass man den Vorgang als Laie nicht versteht, sterile medizinische Geräte fraglos akzeptiert sind und es hauptsächlich auf das Ergebnis (Heilung) ankommt, ist dies mit Blick auf den Kinderwunsch offenbar anders – zumal sie nicht krank sind.

3.2 „Psychosoziale Beratung“

Die höchste positive Affinität zur psychosozialen Beratung haben Frauen aus dem Milieu „Postmaterielle“. Mit Abstand folgen Frauen aus dem Milieu „Expeditiv“, mit großem Abstand Frauen aus den Milieus „Konservative“ und „Bürgerliche Mitte“. Auch Männer aus den Milieus der „Postmateriellen“ und „Expeditiven“ sind einer psychosozialen Beratung aufgeschlossen, doch deutlich geringer als Frauen in diesen Milieus. In allen anderen Milieus – von der Oberschicht bis zur Unterschicht – gibt es eine große Abwehr bei Männern allein gegenüber dem Begriff. Die größte Distanz zeigen Männer aus so unterschiedlichen Milieus wie „Benachteiligte“ und „Hedonisten“, „Konservative“ und „Traditionelle“, „Etablierte“ und „Performer“. Bei ihnen ist das Wort mit dem Risiko der Stigmatisierung behaftet: Wer solche in Anspruch nimmt, dokumentiert mangelnde Robustheit, leichte Verletzbarkeit, allzu große Sensibilität und auch mangelnde Härte, was einen Makel der Männlichkeit bedeutet.

Bisher schon einmal oder mehrmals eine behandlungsunabhängige, nicht ärztliche psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben drei Prozent aller Frauen, im Alter unter 40 Jahren nur zwei Prozent. Der Anteil der Männer liegt noch deutlich darunter.

Dabei bestreiten diese Männer keineswegs die Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von psychosozialer Beratung – aber sie adressieren sie reflexhaft an Frauen sowie in extremen Situationen an Männer, die sich durch Burnout oder Depression selbst nicht mehr helfen können. Groß ist allerdings die Bereitschaft, die Partnerin zur psychosozialen Beratungsstelle zu begleiten und bei einigen, auch selbst an der Beratung teilzunehmen – sofern ihre Partnerin das gern möchte: Ausdruck ihrer Solidarität.

Bei Männern ist das Wort „*psycho*“ primär negativ konnotiert; signalisiert für sie mentale Angeslagenheit, Verstörtheit, Dysbalance, Instabilität, drohenden Realitätsverlust und mangelnde Selbstkontrolle. Dieses steht dem in unserer Gesellschaft mehrheitlich dominanten Normbild starker Männlichkeit entgegen. Gleichwohl zeigt sich in den Interviews und Gruppendiskussionen bei einem Teil dieser Männer subkutan eine bemerkenswert große Aufgeschlossenheit für externe Hilfen für genau das, was im Rahmen der professionellen psychosozialen Beratung erfolgt: Orientierungs- und Entscheidungshilfe. Aber das Label „*psycho*“ hat hier die abschreckende Wirkung des Gatekeepers, zumal das Attribut spontan mit ähnlichen Worten wie Psychotherapie und Psychiatrie verbunden wird – und dadurch in einem pathologischen Horizont verortet wird.

Auch einige Frauen haben diese Assoziationen und Vorbehalte, aber im Gegensatz zu Männern sind Frauen gegenüber der psychosozialen Beratung deutlich aufgeschlossener. Hier dominiert der Wunsch nach einer unabhängigen Stelle, die kompetent berät, ohne Druck in die eine oder andere Richtung zu machen. Weil sie sich aufgrund ihres bisher unerfüllten Kinderwunsches selbst Druck machen, weil sie durch eigene Maßnahmen der Ernährung, Verhaltensänderung, Berechnung des Eisprungs (ein erheblicher Teil unterstützt vor allem Apps) Phasen hohen Stresses erfahren, weil sie sich von Verwandten (insbesondere Eltern, Schwiegereltern) und vom Partner beobachtet und unter Druck fühlen, weil sie von ihrer Ärztin oder ihrem Arztprimär eine medizinische Beratung bekommen, wünschen sie sich jemanden, dem sie sich bei den vielen Fragen anvertrauen können und der ohne Eigeninteressen Wege aufzeigt.

Die meisten Frauen kennen die Vorbehalte ihres Partners gegenüber einer solchen Beratung allein aufgrund des Labels „*psycho*“. Sie würden diese Beratung gern mit ihrem Partner in Anspruch nehmen, weil die Probleme beide betreffen. Insofern wünschen sie sich eine weniger problemunterstellende, soziale oder psychische Schwächen suggerierende Bezeichnung eines solchen Angebots. Deutlich attraktivere Bezeichnungen wären aus ihrer Sicht etwa „Kinderwunsch-Beratungsstelle“, „Beratungsstelle Kinderwunsch“, „Beratung für Kinderlose“, „Coaching Kinderlosigkeit“.

Aussagen im Kontext zur „professionellen nicht ärztlichen psychosozialen Beratung“:

Männer:

„Wir schlucken schon viel, es kullert schon mal ein Tränchen. Die Frau braucht es eher als der Mann, außer der Mann ist eine Memme.“

[Mann, 23 Jahre]

„Sie kann mich auch mitnehmen, wenn es an mir liegt. Es kann sein, man funktioniert nicht. Man überlegt, was ist der Grund: Rauchen, Stress, Arbeit? Ich würde nicht unbedingt hingehen. Ich würde lieber mit dem Kumpel ein Bier trinken und darüber quatschen, eine Lösung zu finden.“

[Mann, 24 Jahre]

„Es kommt auf einen selbst an. Mit 31 brauche ich das nicht. Wie es bei meiner Freundin ist, kann ich nicht sagen. Wenn sie eine braucht, soll sie sie bekommen.“

[Mann, 31 Jahre]

„Psychosoziale Beratung ist kein abschreckendes Wort. Wenn man es braucht, braucht man es. Man geht hin, egal, ob es eine Psychotherapie ist, eine Traumatherapie ist, egal. Wenn man es braucht, soll man es machen. Es ist jedem selbst überlassen. Ich brauche das nicht.“

[Mann, 26 Jahre]

„Man kann viel auch übertherapieren. Die Entscheidung würde ich meiner Partnerin überlassen, weil es ihre Bürde ist, mehr als meine. Ich habe den Löffel abgegeben, sie muss beide Löffel halten. Was sie will, mache ich mit. Wenn sie es macht, bin ich dabei, ich würde es aber nicht forcieren. Für mich würde ich es nicht in Anspruch nehmen. Ich wäre zufrieden mit dem, was der Arzt sagt.“

[Mann, 36 Jahre]

„Es ist für beide wichtig, das wahrzunehmen. Ich denke, aufgeklärt zu werden, unterstützt zu werden, ist eine gute Sache. Ich würde es gemeinsam wahrnehmen. Für uns Männer ist es auch wichtig, da Ruhe reinzubekommen.“

[Mann, 37 Jahre, „Postmaterielles Milieu“]

„Dieses Jammern: Ich habe Burnout, ich bin krank, Anpassungsstörung – völliger Schwachsinn. Man muss weiterleben! Klar hat man mal ein Down, das hat jeder mal. Aber man kann nicht immer auf Psycho machen.“

[Mann, 42 Jahre]

„Man braucht auch mal eine andere Sichtweise, professioneller. Ich würde es auch in Erwägung ziehen, es selbst zu nutzen. Man hat nicht mehr den Bezug zum Partner, es ist nicht so einfach, alles in der Hand zu haben. Ich glaube, die Begrifflichkeiten ‚Psycho‘ und auch das ‚Sozial‘ – das ist negativ behaftet. Es erzeugt Distanz. ‚Coaching Kinderwunsch‘ hört sich besser an als psychosoziale Beratung.“

[Mann, 45 Jahre]

„Es ist stigmatisiert: ‚Psychosoziale Beratung‘. Man möchte nicht in die Psychoebene kommen. Man traut sich nicht zu sagen, man geht zum Psychologen. Aber dass es positiv sein kann, versteht man erst dann, wenn man da war. Man muss dem Kind einen anderen Namen geben. Man muss es nett einkleiden. Man muss dem Worte geben, die es angenehm gestalten. Zum Beispiel ‚Coach‘ oder ‚mentale Unterstützung‘.“

[Mann, 48 Jahre]



Frauen:

„Ich halte nicht viel davon, ich würde erst mit meinem Partner reden, und auch meine Mutter ansprechen.“

[Frau, 21 Jahre]

„Wenn man Tränen bekommt, wenn man Familien, Babys sieht. Wenn die Beziehung kriselt.“

[Frau, 22 Jahre]

„Wenn ich 30, 35 bin, andere haben alle Kinder, ich weine nur noch: Dann kann ich es mir vorstellen, wenn man nur Trauer empfindet. Es ist simpel: Man kann vielleicht kein Kind kriegen, der Partner vielleicht schon, dann muss man klären, ob man damit leben kann. Da hilft auch keine Therapie.“

[Frau, 24 Jahre]

„Wenn mein Familien- und Freundeskreis mich unter Druck setzt, braucht man eine neutrale Person.“

[Frau, 24 Jahre]

„Das wäre der letzte Punkt, um aufgefangen zu werden.“

[Frau, 31 Jahre]

„Ich würde es nicht in Anspruch nehmen. Es gibt Paarberatungen, Psychologen, ich möchte medizinisch abgeklärt werden, ob alles in Ordnung ist.“

„Alles andere mache ich in der Kinderwunsch-Klinik. Wenn ich nicht schwanger werden kann, würde ich mich an Psychologen der Klinik wenden.“

[Frau, 32 Jahre]

„Ich möchte es medizinisch abgeklärt haben. Wenn Zweifel da sind, wäre es gut, eine andere Ansprechstelle zu haben.“

[Frau, 35 Jahre]

„Psychosoziale Beratung – das hat einen negativen Beigeschmack. Wenn man lala ist, psychisch angeknackst.“

[Frau, 35 Jahre]

„Das ist sehr sinnvoll. Das ist eine neutrale Stelle, es geht um meinen Kopf, nicht um medizinische Fragen. Man kann sich beraten lassen, wenn es professionelle Beratung gibt, das ist sehr gut.“

[Frau, 37 Jahre]

„„Kinderwunsch-Beratungsstelle‘ ist netter als ‚psychosoziale Beratung‘. Das ist bei einem anderen, schlimmen Thema Schwangerschaftsabbruch: Man geht zu ‚Pro Familia‘. Das ist positiv ausgedrückt.“

[Frau, 40 Jahre]

4

Altersspezifische Einstellungen und Perspektiven

In diesem Abschnitt werden Einstellungen und Perspektiven, Befindlichkeiten und Haltungen zum Kinderwunsch beschrieben, die in einem Alterssegment auffällig sind und sich von anderen unterscheiden.

4.1 20- bis 24-Jährige

Ungewollt kinderlose **Frauen** im Alter unter 25 Jahren sind sehr vielfältig und heterogen hinsichtlich ihrer lebensweltlichen Wurzeln und Lebensverläufe: das Spektrum reicht vom Einzelkind mit alleinerziehender Mutter bis hin zum Aufwachsen in einer kinderreichen Großfamilie. Was sie eint ist der seit Jahren bestehende Wunsch nach einem Kind. In den biografischen Selbstdarstellungen der meisten war ihr Wunsch nach Kindern und Familie schon im Alter von 14 bis 17 Jahren sehr klar und seither bruchlos. Kern ihrer Identität ist es, „Mutter zu werden“. Ein alternatives Lebensmodell wird kaum erwogen; wenn es mit dem Kinderwunsch nicht klappt, begreifen sie dies subjektiv als „Scheitern“.

Gleichwohl haben die meisten mehrere Jahre konsequent verhütet, weil sie erst dann ein Kind wollen, wenn die richtigen Rahmenbedingungen passen: in erster Linie ein passender Partner, auch eine relativ gesicherte finanzielle Sicherheit durch eigene Erwerbstätigkeit oder eine unbefristete Stelle des Partners mit ausreichendem Einkommen. Wenn die ihnen wichtigen Rahmenbedingungen stimmen und sie (in der Regel gemeinsam mit ihrem Partner) die Entscheidung getroffen

haben, dass sie ab jetzt gern ein Kind hätten und die Verhütung absetzen, beginnt sehr schnell das Leiden darüber, weil sie einfach nicht schwanger werden.

Rückblickend beschreiben viele Frauen ihre letzten Jahre und Monate als eine emotionale Berg- und Talfahrt. Nach dem Absetzen der Pille seien sie „total aufgeregt“ gewesen – doch dann sei die „Enttäuschung nach jedem Test riesengroß“. Nach zwei bis fünf Monaten stellen sich Unruhe und Zweifel ein, bekommt das Thema *Schwanger-werden* eine wachsende Aufmerksamkeit und Dringlichkeit, suchen viele Rat bei der Frauenärztin beziehungsweise beim Frauenarzt und beginnen mit unterstützenden Maßnahmen, etwa in der Ernährung (Tees, Vitamine, Kurkuma unter anderem) sowie das Abpassen des Eisprungs für eine hohe Chance zur Befruchtung – auch mit Einsatz von Tracking-Apps. Wenn sie nach einem halben Jahr oder einem Jahr noch immer nicht schwanger werden, verstärkt sich das Leiden sukzessive oder schubweise. Aber zugleich verordnen sich nahezu alle die Maxime, sich bloß keinen Druck zu machen, weil dies die Psyche belastet und ein weiterer, verstärkender Faktor sei, dass es nicht funktioniert. Diese Gleichzeitigkeit von subjektiver Steigerung des Erwartungsdrucks (nach einem negativen Test, Ringen mit der unerfüllten Sehnsucht, Nachdenken über die Ursachen sowie über Mittel und Techniken der Ermöglichung) einerseits und der selbstgesetzten Norm zur mentalen Druckunterdrückung andererseits erzeugt ein paradoxes Spannungsverhältnis: Durch die wachsende Fokussierung auf das richtige Timing für den Geschlechtsverkehr, durch

wiederholte Schwangerschaftstests, durch die Recherche zur Beförderung einer Schwangerschaft, den Einsatz einzelner Maßnahmen, nach denen sich bisher kein Erfolg eingestellt hat, werden immer mehr und intensivere Anstrengungen notwendig, endlich schwanger zu werden. Insofern stehen praktische und psychische Maßnahmen zur Schwangerschaftsbeförderung, und psychische Anstrengungen zur Entspannung in einem Steigerungsverhältnis.

„Mein Wunsch nach einem Kind war schon relativ früh. Es hat angefangen mit 14, 15. Es war klar, ich möchte Kinder haben, etwas Eigenes aufbauen, ein Familienleben.“

„Bei mir war als Kind klar, ich werde mal Kinder haben, es war klar. Ich war auch relativ jung. Wir waren 15, 16 Jahre alt, sind durch die Pubertät zusammen gegangen. Mit 17 kam der Gedanke, ich möchte jung Mama werden. Wir hatten darüber gesprochen, wir wollen Kinder, aber nicht, wann. Ich habe es nie so richtig angesprochen. Wir waren 19, 20, da hat er es angesprochen. Wir waren noch in der Ausbildung, haben sie im Sommer fertig gemacht. Der Wunsch ist größer geworden, aber finanziell abgesichert mit festem Job und eine Wohnung, die groß genug ist, dann ein Auto, das im Alltag funktioniert. Mein Freund hat nur einen befristeten Arbeitsvertrag bekommen, das war uns zu heikel. Jetzt ist er bei der Stadt angestellt, ein Job mit Zukunft, dann haben wir endlich losgelegt.“

„Ich habe gesagt: Schatz, es wird Zeit, dass wir Kinder bekommen. Warum? Ich habe meine Ausbildung zu Ende, habe einen Arbeitsplatz, Wohnung, einen wundervollen Freund, ich habe alles, was ich mir wünsche, außer das Kind. Er hat gesagt, er möchte Kinder haben, aber im Studium war ihm das zu früh. Er möchte erst fest arbeiten. Er hat gefragt, wie viele Kinder möchtest Du? Ich habe gesagt, sieben. Ich wollte immer eine Horde haben.“

„Bei uns gab es Höhen und Tiefen, weil es gefühlt zu lange nicht geklappt hat. Es geht uns nicht schnell genug.“

„Ich weiß nicht, wann es anfang, als wir etwas depressiv wurden. Es kam relativ schnell. Man denkt, bei anderen geht es direkt. Man hat sich gefreut, wenn die Periode nicht direkt kam. Man hat einen Test gemacht, dann die Enttäuschung. Es kam nach einem halben Jahr, dass wir ein Tief hatten. Wir sind zu Ärzten gegangen, es kam der Gedanke, vielleicht will der Gott es nicht.“

„Man muss aufpassen, dass man sich psychisch nicht so unter Druck setzt. Die Psyche spielt mit, dass es nicht klappt. Man darf sich nicht reinsteigern.“

„Ich habe einen Bluttest gemacht, wie ich mit Vitaminen versorgt bin, die Werte waren alle innerhalb der Norm. Dann bin ich zu einer Vitaminberaterin gegangen. Sie sagte, innerhalb der Norm heißt: nicht gut. Ich beschäftige mich damit sehr; sie erklärt mir viel, welche Nährstoffe wichtig sind, ich gucke, wie viel ich brauche.“

„Ich habe von Kurkuma etwas gehört, habe angefangen, das zu trinken. Es gibt Höhen und Tiefen, ich möchte wissen, wie weit es ist. Ich gebe meinem Beruf die Schuld, der Druck, man startet, landet, viermal am Tag. Viele Kolleginnen haben das Problem, die 30 plus sind, die es auch lange schon versuchen. Man macht sich selbst Druck, wenn man das gleiche Problem hat. Ich versuche, nicht krampfhaft zu denken, ich muss schwanger werden.“

[Flugbegleiterin]

Je länger der Wunsch nach einem Kind unerfüllt ist, umso mehr setzen sich die Partner wechselseitig unter Druck, steigt das Risiko von Belastungen der Partnerschaft. Einerseits haben diese Frauen die Maxime, dass Eltern-werden ein gemeinsames Ziel ist und ihre Partnerschaft nicht gefährden darf. Andererseits führt die Suche nach einer Ursache für die bisher nicht erfolgte Schwangerschaft wechselseitig zum Blick auf die Partnerin beziehungsweise de Partner mit latenten und auch offenen „Schunld“-Vermutungen. Dabei sucht die Frau zunächst die Ursache bei sich selbst, beziehungsweise sie erfährt von ihrem Partner

Signale, dass es an ihr liegen muss, denn sie werde ja nicht schwanger.

Zusammen mit der hohen Sensibilität für den Faktor Psyche führt das nicht selten dazu, dass Frauen vom Partner aufgefordert oder auch gedrängt werden, ihre Berufstätigkeit aufzugeben, um den beruflichen Stress zu reduzieren. Hier führt der unerfüllte Kinderwunsch mit zunehmender Dauer zu einer vom Partner initiierten, diskriminierenden Schonung der Frau, die in finanzielle Abhängigkeit und eine traditionelle Rollenteilung führen kann, die die Frau sehr häufig nicht will. Das löst bei einem Teil der Frauen Ambivalenzen zu ihrem eigenen Kinderwunsch aus.

Bei der Suche nach ursächlichen Erklärungen und Lösungen wird die Frauenärztin/der Frauenarzt sehr bald zu Rate gezogen. Doch wenn hier festgestellt wird, dass eigentlich alles in Ordnung ist, führt dies gerade nicht zur Entspannung, sondern erhöht den Erfolgsdruck. Wenn medizinisch alles stimmt, kommen Erklärungen und Lösungsvorschläge ins Spiel, von denen einige die Partnerschaft belasten: die „Schuld“ zunehmend beim anderen suchen, Ernährungsumstellung, Aufforderung an den anderen zur Verhaltensänderung: unter anderem aufhören mit dem Rauchen, Reduktion der Erwerbstätigkeit, häufigerer Geschlechtsverkehr zu bestimmten Zeitpunkten.

Vor allem Frauen suchen verstärkt nach konkreten Maßnahmen und Wirkstoffen, um ihre Fruchtbarkeit beziehungsweise die ihres Partners zu erhöhen: Die Aufmerksamkeit richtet sich auf Hormone, aber auch auf Nahrungsergänzungsmittel wie Eisen, Folsäure, *Frauenmantelkraut*, *Jod*, *Vitamin B6*, Selen, Zink, Brennesselextrakt für

pflanzliches Vitamin E.⁹ Groß ist mit steigender „Not“ das Vertrauen auf Ratschläge, die man nicht nur von der eigenen Ärztin beziehungsweise dem eigenen Arzt, sondern auch über populärwissenschaftlich geschriebene Ratgeberliteratur¹⁰ und vor allem (schneller) bei der Internet-Recherche auf diversen Websites privater Anbieterinnen und Anbieter findet. Mit andauernd unerfülltem Kinderwunsch gilt nicht mehr das Kriterium lizenzierter Professionalität (wenngleich von Ärztinnen und Ärzten geschriebene Ratgeberliteratur eine „natürliche“ Autorität haben), sondern zunehmend die praktische Erfolgsverheißung, solange die Maßnahmen in ihren Nebenwirkungen unbedenklich erscheinen. Je länger dieser Wunsch nach einem Kind unerfüllt und konventionelle Maßnahmen erfolglos sind, greifen einige auch zu Produkten privater Anbieterinnen und Anbieter mit einem Label wie zum Beispiel „Fruchtbarkeitspräparat“, die zur Steigerung der Unbedenklichkeit mit Attributen wie „*natürlich*“ oder „*pflanzlich*“ versehen sind und damit den Wunsch nach chemiefreien Substanzen zur Beförderung einer Schwangerschaft bedienen.

Die Gleichzeitigkeit der Sehnsucht nach einem Kind; die Partnerschaft mit dem Kinderwunsch nicht belasten wollen; den Partner und sich selbst nicht unter Druck setzen wollen, weil das die Befruchtungschancen mindern könnte – diese Normen geraten mit andauernder Enttäuschung über die ausbleibende Schwangerschaft in Konkurrenz und erzeugen latente oder manifeste Konflikte, die mitunter zur Trennung führen. Doch in dieser Lebenssituation und in diesem Alter dazu eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, auf diesen Gedanken kommen ungewollt kinderlose Frauen und Männer in der Regel nicht.

9 Bei der Vermarktung von die Fruchtbarkeit befördernden Nahrungsmitteln werden bei einigen durch die Betonung der ökologischen Produktion zum Beispiel von Tees („Bio“) die Verheißung und der Vertrauensvorsprung noch gesteigert. Dabei zeigt sich in der ästhetischen und stilistischen „Verpackung“ dieser Produkte eine Sprache, die diese subjektive Sehnsucht aufgreift und nicht – wie beispielsweise im Kontext der Reproduktionsmedizin – die („kalte“) Funktionalität betont, sondern mit emotional besetzten Worten arbeitet (zum Beispiel „Made with Love“, „Bio-Babytraum“, „Klapperstorchtee für Frauen mit Kinderwunsch“), denen dann funktionale Kausaleffekte in der Bewerbung folgen. Das zeigt sich vielfältig bei Produkten, die sich an Frauen richten. Hingegen werden Produkte mit Männern als Adressaten weniger emotional, sondern primär funktional beworben (zum Beispiel „Selen und Zink zur Unterstützung der männlichen Fruchtbarkeit“, „Fertilität Mann – Fruchtbarkeit – Spermienproduktion“, „Selen für die normale Sperma Produktion, Vitamin B6 zur Regulierung der Hormontätigkeit und viele weitere Nährstoffe sowie hochdosiertes L-Carnitin, L-Arginin und Coenzym Q10“).

10 Typische Titel solcher Ratgeberliteratur, die hohe Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeitsvorschlüsse hervorrufen, sind etwa „Endlich schwanger werden“, „Die besten Tipps, damit Ihr unerfüllter Kinderwunsch wahr wird“, „Baby-Traum“, „Mama werden leicht gemacht: Dein Buch zur Schwangerschaft“, „Schwanger werden: Der ganzheitliche Weg zum Wunschkind - Mit neuen Erkenntnissen aus der Eizell-Forschung“, „Kinderwunsch: Die besten ganzheitlichen Rezepte, um natürlich schwanger zu werden“, „Leichter schwanger werden: Das Praxisbuch mit 28-Tage-Übungsplan“, „Das alternative Kinderwunschbuch: Die besten Naturheilkonzepte für die Fruchtbarkeit“, „Die Fruchtbarkeitsmassage. Der sanfte Weg zur Empfängnis“ und Ähnliches. Eine Sichtung der Ratgeberliteratur zeigt, dass die Publikationen dazu in den letzten vier Jahren sprunghaft gestiegen sind.

 „Mein Freund hat erst mich beschuldigt. Ich bin bei der Post, jetzt in Teilzeit. Ich habe gerne meinen Job gemacht, war in Vollzeit, und bin dann umgestiegen von Vollzeit auf Teilzeit. Denn mein Freund möchte, dass ich zu Hause bin, mich entspanne, damit es klappt. Wir sind seit drei Jahren dabei. Sein Sperma ist in Ordnung, er gibt mir die Schuld.“

 „Der Frust ist irgendwann so groß, dass man es auf den anderen abwälzt. Erst habe ich es auf ihn gewälzt, weil wir so wenig Sex hatten.“

In den qualitativen Interviews betonten fast alle Frauen, dass sie erst dann eine psychosoziale Beratungsstelle aufsuchen würden, „wenn die Beziehung kriselt“. Insofern zeigen Frauen Offenheit für diese Unterstützung, aber sie begreifen sie nicht als vorbeugende, begleitende Maßnahme, sondern zur Rettung im Notfall. Viele sind skeptisch, ob ihnen solche Gespräche tatsächlich helfen (es fehlen beispielhafte Vorstellungen, worin die Hilfen liegen könnten) und betonen ihre Sorge, dass bei einer frühzeitigen Krisenintervention in Form dieser Beratung das Problem bei ihnen verstetigt und verstärkt würde – mit negativen Folgen für ihre Psyche und die Chance einer Befruchtung. Ebenso unklar ist bei Frauen mit mittlerer und geringer Bildung der Charakter einer solchen Beratung. Viele assoziieren Psychotherapie und betonen, dass sie nicht therapiebedürftig seien. Insofern wäre es in der Kommunikation für eine bessere Erreichbarkeit, Akzeptanz und Mobilisierung dieser Frauen wichtig, die Abgrenzung der psychosozialen Beratung zur (hier negativ konnotierten) Psychotherapie herauszustellen.¹¹

Einerseits betonen Frauen dieser Altersgruppe, dass es ein *gemeinsamer* Weg zu einem Kind ist und sie mit ihrem Partner zusammen die Entscheidungen treffen. Andererseits suchen Frauen die Ursache („Schuld“) dafür, dass es bisher nicht geklappt hat, reflexhaft oder kulturell geprägt zunächst bei sich selbst; und sind im Kern der Überzeugung, dass letztlich die Frau entscheidet, ob, wann und welche ärztlichen Maßnahmen sie – als Paar – zur Erfüllung des Kinderwunsches in

Anspruch nehmen. Ihr zentrales Argument ist, dass der Eingriff bei der Frau gravierender sei, dass die Frau das Kind austrage, es ihr Körper sei; daher läge die meiste Verantwortung, schwanger zu werden, bei der Frau.

Diese Reklamation der Letztverantwortung erhöht den subjektiven Druck auf die Frau und führt zugleich zur subjektiven Entlastung ihres männlichen Partners: Das umfasst nicht nur die mentale Auseinandersetzung, sondern das konkrete Kümmern: Termine im Blick haben, Arztbesuche, den Test machen, psychische Dispositionen beachten (eigene und des Partners). Es ist bei fast allen Paaren der Fall: Zuerst lässt sich die Frau bezüglich ihrer Fruchtbarkeit untersuchen. Erst wenn bei ihr alles in Ordnung ist und auch unterstützende Maßnahmen nicht zum Erfolg führen, drängen einige Frauen ihren Partner, sich untersuchen zu lassen. Und nur ein Teil der Männer lässt dann tatsächlich ein Spermogramm anfertigen, weil nur äußerst wenige Männer dieser Altersgruppe für Vorsorgeuntersuchungen zum Andrologen oder Urologen gehen und ihnen eine Spermienprobe unangenehm ist. Nicht nur der Vorgang ist ihnen unangenehm; der Test ist bei einigen Männern zugleich symbolisch ein Zweifel an ihrer uneingeschränkten Männlichkeit.

Männer, die im Alter von 20 bis 24 Jahren ungewollt kinderlos sind, haben meistens eine deutlich entspanntere Haltung als ihre Partnerin. Auch wenn sie gern jetzt schon ein Kind mit ihrer Partnerin wollen, ist es für die meisten das Ziel, bis zum Alter von spätestens 28 oder 30 Jahren Vater zu werden – denn sie wollen ein „junger Vater“ sein, auch mit Blick auf die Jugendzeit ihrer Kinder. Kaum Zweifel haben diese Männer hinsichtlich ihrer eigenen Fruchtbarkeit. Wenige haben nach längerer Zeit ungewollter Kinderlosigkeit ein Spermogramm machen lassen – diese meist nicht aus eigenem Antrieb, sondern veranlasst durch ihre Partnerin. Groß und bruchlos ist ihr Optimismus, dass es mit der Schwangerschaft auf natürlichem Wege klappen wird.

¹¹ Dies ist durch die Wortähnlichkeit eine Herausforderung. Ebenso würde eine explizite Darstellung der Unterschiede performativ ausdrücken, dass beide doch eng miteinander verwandt sind, weil sonst eine Klarstellung nicht erforderlich wäre.

Auffällig ist in den Interviews, dass Männer ihre Haltung in der Wir-Form beschreiben (zum Beispiel „Wir bleiben optimistisch“/„Wir gehen das ganz entspannt an“) – deren Aussagen im erheblichen Kontrast und Widerspruch stehen zu denen der Frauen. So drücken Männer ihre entspannte Einstellung aus, von der sie auch bei ihrer Partnerin ausgehen beziehungsweise die sie bei ihr vermuten. Es kann nicht generell festgestellt werden, ob dies authentisch ist oder Fassade (zum Beispiel, um im sozialwissenschaftlichen Interview oder Arztgespräch einvernehmliche Partnerschaftlichkeit zu demonstrieren). Es gibt aber Grund zu der Annahme, dass Frauen ihrem Partner nicht umfänglich von ihrem Druck und Stress erzählen, um ihn nicht unter Druck zu setzen beziehungsweise dass ein Teil der Männer wenig aufmerksam und sensibel ist für Signale bei der Partnerin oder die Botschaften, die ihnen ihre Partnerin mitteilt. Hier scheint es eine Asymmetrie in der Partnerschaft zu geben, die womöglich erst durch externe Unterstützung (zum Beispiel einer psychosozialen Beratung) sichtbar wird.

„Mein Wunsch nach einem Kind hat sich bisher nicht erfüllt. Wir versuchen es weiter und bleiben optimistisch – erstmal ohne Ärzte.“

„Der konkrete Wunsch, dass man sich Gedanken macht, ist seit zwei Jahren da. Die Beziehung stabilisiert sich, es ist etwas Ernstes. Wir haben offen darüber geredet, waren uns relativ schnell einig, dass der Zeitpunkt gut ist. Wir machen uns noch keine richtigen Gedanken, dass es nicht klappt aus körperlichen Gründen.“

„Groß Gedanken machen wir uns noch nicht, wir sind jung. Klar wollen wir früh anfangen, weil wir mindestens zwei Kinder haben wollen. Es ist aber keine totale Katastrophe, wir sind sehr optimistisch. Wir haben die Zeit. Wenn es ein Jahr später ist, ist es auch nicht so wild.“

„Ich wollte immer vor 28 ein relativ junger Vater sein, auch für das spätere Leben. Wenn es in den nächsten fünf, sechs Jahren klappt, ist alles gut. Wir nehmen das ganz ruhig hin. Wir sind seit sieben Jahren zusammen, von daher kann man alles gelassen angehen.“

Männer dieser Altersgruppe haben typischerweise (es gibt Ausnahmen) die Auffassung, dass die Fruchtbarkeit eines Mannes ein Leben lang besteht. „Fruchtbarkeit“ ist für sie eine dichotome Kategorie; entweder ist man fruchtbar oder unfruchtbar – eine „eingeschränkte Fruchtbarkeit“ als Zwischenwert nehmen nur wenige Ausnahmen an. Allerdings machen sie sich Gedanken, dass durch zu vieles Rauchen, wenig Sport, ungesunde Ernährung (auch gelegentlichen Konsum weicher Drogen) sowie bei beruflichem und privatem Stress die Zahl und Beweglichkeit der Spermien vermutlich abnimmt – aber das mindert nichts an ihrem normativen Status der Fruchtbarkeit. Und sie sind in der Regel nicht bereit, mit Blick auf diese Faktoren ihren Lebensstil zu ändern.

„Der Mann wird sein Leben lang fruchtbar sein.“

„Wenn man raucht, geht nicht die Fruchtbarkeit zurück, aber die Anzahl der Spermien, deren Beweglichkeit oder Ähnliches.“

„Ich gehe davon aus, dass ich selbstverständlich fruchtbar bin: absolut!“

„Am Anfang, mit 14, 15, wird die Fruchtbarkeit wohl am besten sein, dann wird es absinken. Es hängt dann von der Ernährung, Sport ab, wie lange man es halten kann. Ich denke nicht, dass es eine Grenze gibt.“

Bei einer Frau dagegen sinkt aus Sicht dieser Männer die Fruchtbarkeit kontinuierlich oder schubweise nach der ersten Periode, in stärkerem Maße ab einem Alter von 26 oder 30 Jahren – bis zum Aufhören der Monatsblutungen. Weil in der Einstellung ungewollt kinderloser Männer dieser Altersgruppe ein Mann biologisch selbstverständlich fruchtbar ist und abnehmende Fruchtbarkeit ein natürlicher Vorgang im Organismus von Frauen ist, sehen und suchen diese Männer die Ursache der Kinderlosigkeit nicht bei sich selbst. Kritische Faktoren liegen für sie im komplexen Organismus der Frau. Die aus ihrer Sicht einzig limitierenden Faktoren des Mannes sind eine ungesunde Ernährung (beziehungsweise zu viel Tabak, Alkohol, Shisha oder Ähnliches) und vor allem zu viel Stress: Insofern ist ein entspanntes Herangehen an den Kinderwunsch der Beitrag,

den sie als Mann leisten können. Dazu gehört auch, dass sie sich selbst nicht unter Druck setzen und von ihrer Partnerin nicht gesetzt werden wollen.

 „Ich lasse mich nicht fertig machen, das würde mich runterziehen. Es wäre dann Arbeit, nicht Spaß.“

 „Der Stressfaktor, das ist kein guter Ansatz. Wenn ich nach drei Jahren sage, es klappt nicht, würde man sich untersuchen lassen. Bis dahin bin ich optimistisch. Sie hat die Pille genommen; die Hormone sind auch noch im Körper, das geht nicht von heute auf morgen. Ihr Körper braucht seine Zeit.“

Zu den Möglichkeiten einer ärztlichen Unterstützung in Form einer künstlichen Befruchtung gehen nahezu alle jungen Männer – vor allem mit geringer und mittlerer Bildung – auf erhebliche Distanz. Die Vorstellungen einer Kinderwunschbehandlung sind in der Regel krude und lückenhaft, naiv und kreativ-wilde Spekulation mit partieller Dämonisierung aufgrund ihrer Unkenntnis, die Berührungängste und Vorbehalte erzeugt, die sich wechselseitig bestärken und die ein Weltbild dieser Medizin unabhängig von den Fakten zementieren. Das zeigt sich eindrucksvoll darin, dass die meisten assoziieren, der Vorgang künstlicher Befruchtung im Labor sei ein chemischer Vorgang, eine fremde Substanz sei irgendwie mit im Spiel. Am stärksten ist die strikte Ablehnung einer Samenspende eines (unbekannten) Dritten, denn damit würde ihre Elternschaft nicht gleichberechtigt sein – in zweifacher Hinsicht: Es wäre zwar das leibliche Kind ihrer Partnerin, aber nicht ihr eigenes. Und die Frau könnte daraufhin höhere Ansprüche, Rechte und Kompetenzen für ihr Kind reklamieren: Damit wären sie zwar der soziale Vater, aber auch Vater zweiter Ordnung – zumal mit dem (anonymen) biologischen Vater eine dritte Figur im Spiel wäre und das Kind später ein Auskunftsrecht über seinen „wirklichen“ biologischen Vater hätte.

 „Künstliche Befruchtung? Ich bin kein Fan davon, ich bin misstrauisch Chemie gegenüber, was dadurch resultieren kann.“

 „Es gibt Kinderwunschzentren. Es gibt da auch Designerbabys, man kann sich die Haarfarbe, alles aussuchen.“

 „Adoption hat den Vorteil, dass es im weitesten Sinne normal ist. Künstliche Befruchtung hört sich futuristisch an, es ist was Künstliches. Adoption gibt es seit Jahren, da vertraut man dem Ganzen mehr.“

 „Dass meine Freundin von dem Samen eines fremden Mannes befruchtet wird, ist krank. Es ist ein Ungleichgewicht. Wenn man ein Kind adoptiert, ist es für beide das Gleiche. Wenn es biologisch nicht mein Kind ist, aber ihr Kind, macht man sich Gedanken. Bei Streitigkeiten heißt es von ihr dann: Das ist mein Kind.“

4.2 25- bis 34-Jährige

Zwischen dem für Elternschaft frühen Lebensalter unter 25 Jahre und dem späten ab 35 Jahren mit je anderen, aber klar konturierten Kinderwunschlhaltungen liegt ein Lebensabschnitt mit einem vielfältigen Spektrum von Einstellungen und Strategien. Für einen Teil ist diese Lebensphase ein Moratorium des weiter geduldigen Abwartens, für andere ein Stadium des Übergangs mit oft gegensätzlichen Affekten und Vorstellungen: Für einige beginnt ein verstärktes und verzweifertes Ringen um die ersehnte Elternschaft mit Ausprobieren verschiedener Maßnahmen und wachsender Ungeduld. Für andere beginnt ihr Abschied von der nicht gelungenen Familienplanung und die Suche nach einer anderen Lebensperspektive. Wieder andere (vor allem mit akademischer Berufsqualifikation) beginnen erst hier ihre Familienplanung. Dazu kommen bei diesen verschiedenen Gruppen oft eine kritische Reflexion und der Zweifel, ob man mit dieser Partnerin beziehungsweise diesem Partner ein Kind möchte oder bekommen kann. Es wachsen Aufmerksamkeit und Sensibilität für Freunde und Bekannte aus dem eigenen Umfeld, die bereits Kinder bekommen haben. Die symbolische Marke des 30. Lebensjahres rückt näher, nicht verbindlich und nicht abrupt, aber dennoch als Zäsur und Orientierung hinsichtlich der Familiengründung. Die subjektive Feststellung ist: Das Zeitfenster ist

ab jetzt enger, Beschleunigung ist notwendig. Ist dieses 30. Lebensalter erreicht, entsteht bei den meisten zwar keine Panik (schon gar nicht bei Männern), aber das Thema rückt schubweise in den Vordergrund.

Die gemeinsame Entscheidung, nicht mehr zu verhüten, ist unmittelbar an die Erwartung geknüpft, dass die Frau sehr bald schwanger wird. Wer bis dahin schon länger als zehn Jahre die Pille oder andere verhütende hormonelle Substanzen genommen hat, erklärt sich die ausbleibende Schwangerschaft meistens mit der Hypothese, dass die Pille länger nachwirkt und dass „sich der mit Hormonen jahrelang vollgepumpte Körper“ erst neu regulieren muss.



„Die Pille wirft den Körper aus der natürlichen Bahn. Es dauert, bis der Körper wieder im Normalzustand ist.“

Zugleich erfahren es diese Frauen als irritierend, wenn andere unmittelbar nach Absetzen der Pille schwanger werden. So beginnt für viele ein Prozess gesteigerter Organisation des Geschlechtsverkehrs an fruchtbaren Tagen. Das ist für sie in Zeiten hoher Mobilität und Flexibilität für den Beruf nicht einfach, erzeugt Stress und zerrt an der Partnerschaft, insbesondere wenn beide Vollzeit erwerbstätig sind. Doch bis zum Alter von etwa 30 Jahren ist eine Kinderwunschbehandlung für die meisten kein Thema. Hier zeigt sich, dass einige Paare sich gemeinsam für ein Kind jetzt entschieden haben; dass aber viele in ihren konkreten zeitlichen Vorstellungen und Dringlichkeiten nicht synchron sind. Mehr Frauen als Männer erzählen von ihrem Eindruck, dass ihr Partner zwar grundsätzlich gern ein Kind möchte, aber nicht jetzt sofort und nicht unbedingt wie sie selbst.

Viele, die seit mehr als einem Jahr vergeblich darauf warten, schwanger zu werden, beschreiben einen „unheimlichen Druck“ seitens ihrer Eltern und Verwandten, von denen sie immer wieder die Frage hören: „Und? Gibt's was Neues?“ oder Forderungen „Ich möchte schon noch Oma werden!“ Die ersten Male fällt es leicht, dieses abzuwehren („Ich sage es Euch schon, wenn es soweit ist!“), doch es steigern sich Empfindlichkeit und Genervtheit, sodass signifikante Bemerkungen oder Blicke interpretiert werden als Erwartungs-

und Rechtfertigungsdruck. Dieses können und wollen einige nicht dauerhaft ertragen, vielfach reagieren sie zum Selbstschutz mit strategischer Desensibilisierung. Sie zeigen sich nach außen taub gegenüber solchen Erwartungen und wehren diese ab mit Äußerungen wie etwa, dass sie sich noch Zeit nähmen, dass sie nicht unbedingt ein Kind wollten, dass sie es entspannt angingen, dass sie medizinisch vermutlich kein Kind bekommen könnten – oft Fassaden der Abwehr, um zu diesem Thema in Ruhe gelassen zu werden. Allerdings haben diese kognitiv und emotional aufwendigen Arbeiten an der Kulisse auch Effekte nach innen.

Die Haltung und der Vorwurf sind: Man hat genug mit sich selbst zu tun, kämpft mit dem unerfüllten Kinderwunsch – und dann denken andere, scheinbar selbstlos, nur an ihre eigenen Sehnsüchte und Vorstellungen. Man werde dabei konfrontiert mit dem latenten Schuldvorwurf, einer Norm nicht zu entsprechen (obwohl man doch Kind und Familie will), dem Vorwurf des Egoismus, der beruflichen Karriere alles unterzuordnen, sich dort weiter dem Stress aussetzen. Mitunter ist es leichter, diesen Vorwurf auszuhalten, als das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch zu kommunizieren. Hier sei auch an Eltern und Großeltern adressierte Aufklärung notwendig, weil diese durch ihre Erwartungsäußerungen den Druck noch weiter erhöhen und jene Dialoge ein zusätzlicher Belastungsfaktor seien.

Zunehmend bemerken ungewollt Kinderlose in diesem Lebensabschnitt, dass sich ihr Freundeskreis verändert und verschiebt. Immer mehr Freunde haben Kinder; soziale Treffen und Kreise formieren sich um junge Eltern. Und sie selbst haben hier keinen Platz mehr, weil sie nicht mitreden können, weil sie aus ihrem Alltag keine eigenen Erlebnisse, Erfahrungen, Ratschläge beisteuern können beziehungsweise weil sie es selbst nicht ertragen, wenn andere über den Alltag mit Kind sprechen, den sie nicht haben. So entsteht für sie eine zentrifugale Bewegung heraus aus ihren sozialen Kreisen, was viele als ungewollte Stigmatisierung wahrnehmen.

Bei einigen wächst auch die Sorge vor ungewollter Schwangerschaft mit dem falschen Partner. Das ist ausgelöst und begründet durch die Sorge vor einer mit Kind drohenden – und bei eigenen Freundinnen und Bekannten beobachteten – Retraditiona-

lisierung der Rollenteilung. Sie fürchten sich vor dem Verlust ihrer beruflichen Perspektiven und finanziellen Eigenständigkeit. Und so verstärkt sich in diesem Lebensabschnitt nicht nur der Wunsch nach einem Kind möglichst bald, sondern auch die Ambivalenz hinsichtlich der Konsequenzen für die eigene Existenz.

Solche Gedanken werden zugleich befördert und unterspült durch das stereotype Label von der „tickenden Uhr“, weil die Fruchtbarkeit der Frau mit dem Alter abnimmt, meist ohne genaue Kenntnisse darüber zu haben. Die meisten gehen davon aus, dass im Alter über 30 Jahren, andere nennen als Marke das 34. Lebensjahr, eine sogenannte „Risikoschwangerschaft“ droht – ein in diesem Abschnitt des unerfüllten Kinderwunsches sehr präsenter und angstbesetzter Begriff.

Auch wenn sie den großen Wunsch nach einem Kind haben, ist dieser Wunsch bei einem Teil der Frauen und Männer keineswegs eindeutig und bruchlos. Sie wollen ganz sicher grundsätzlich ein Kind und Familienleben, hatten aber lange diesen Wunsch auf „später“ geschoben. Insofern fühlen sich einige in dieser Altersphase zerrissen, ob *jetzt* der richtige Zeitpunkt zur Realisierung des Kinderwunsches ist. In die gedanklichen und partnerschaftlichen Abwägungen spielen die eingeschliffenen Begründungsargumente einer Aufschiebung des Kinderwunsches hinein, nähren die Ambivalenz, hemmen konkretes Informationshandeln sowie ein Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychosozialen Beratungsstellen. Und es bestehen Sorgen vor diesem „Vorhaben“, das die Partnerschaft belasten kann und Sex zu einer organisierten Pflicht werden lässt.

 „Will man immer nach Plan Sex haben? Man kommt müde von der Arbeit heim und muss dann auch noch Sex haben. Ich bin selbständig und arbeite Vollzeit, mein Partner ist auch viel auf Reisen. Das wird anstrengend und für beide wird der Sex zur Pflicht, wenn der Eisprung da ist. Das erzeugt Druck und nimmt den Spaß.“

 „Natürlich will man ein Kind, aber später. Obwohl ich schon über 30 bin, schiebt man es weiter auf; auch wenn ich weiß, dass das ein Risiko für die Realisierung des Kinderwunsches ist und auch eine Risikoschwangerschaft bedeutet.“

Wenn Frauen in diesen späteren Altersabschnitten ihren Kinderwunsch nicht realisieren können, führt das Nachdenken über die Ursachen sehr schnell zum Einfluss der Pille. Vor allem jene, die seit ihrem 12. bis 15. Lebensjahr die Pille nehmen, kontinuierlich und über zehn Jahre lang, hadern mit dieser Praxis der Verhütung. Der Vorwurf richtet sich auch an ihre Gynäkologin, die ihr „die Pille schon so früh verschrieben hat“. Sie beklagen heute im Alter (weit) über 25, dass sie bisher keine Vorstellung davon hatten, wie massiv diese Hormone in den Körper eingreifen mit erheblichen Neben- und Spätfolgen. Hier sehen sie sich als Opfer mangelnder Beratung durch ihre Frauenärztin (beziehungsweise ihr Frauenarzt) – und weisen damit die eigene Verantwortung von sich.

 „Das ist für den Körper ja eigentlich Gift, das man regelmäßig und jahrelang einnimmt.“

 „Bis ich die Pille abgesetzt habe und mich seitdem damit beschäftigte, hatte ich überhaupt keine richtige Ahnung über den Zyklus, Eisprung, und was die Pille bewirkt, wie Verhütung vor sich geht und mit dem ganzen Körper macht. Die Pille war immer sehr einfach und eine sichere Verhütung. Aber wir haben das ja geschluckt wie ein Lifestyle-Produkt.“

 „Ich will mir gar nicht vorstellen, wie das mit neueren Pillen ist, was da für zusätzliche Hormone drin sind, wenn die auch dafür sorgt, dass die Haut schön glatt und ohne Pickel ist.“

Gelegentlich erfahren Frauen ihre Gynäkologin (ihren Gynäkologen) nicht als Unterstützung, sondern als Gatekeeper zum Kinderwunsch, etwa wenn diese (beziehungsweise dieser) davon abrät, in eine Kinderwunschlinik zu gehen, oder sich weigert, eine Überweisung zur Kinderwunschlinik auszustellen, oder sich weigert, bestimmte Untersuchungen durchzuführen:

 „Meine Gynäkologin hat sich geweigert, bei mir den Hormonstatus zu untersuchen. Ich hatte vier Monate davor die Pille abgesetzt. Die sagte, dass sie das frühestens 18 Monate nach Absetzen der Pille macht.“

Unabhängig von der medizinischen Expertise besteht offenbar in einigen Fällen ein Problem der Kommunikation sowie Dissens im Rollenverständnis. Diese Frauen fühlen sich von ihrer Fachärztin nicht hinreichend verstanden, ernst genommen und unterstützt; stattdessen vielfach beurteilt („*verurteilt*“) und allein gelassen („*im Stich gelassen*“). Die Gründe für eine von ihrer Frauenärztin/i ihrem Frauenarzt nicht durchgeführten Untersuchung oder nicht ausgestellten Überweisung in eine Kinderwunschklinik werden angesichts des übergroßen Kinderwunsches nicht akzeptiert oder geraten in Vergessenheit. Gleichwohl bleiben ungewollt kinderlose Frauen häufig auch nach solchen Erfahrungen bei ihrer Gynäkologin/i ihrem Gynäkologen und wechseln nicht. Dabei zeigt sich, dass ungewollt kinderlose Frauen die Erwartung an ihre Ärztin beziehungsweise ihren Arzt haben, sie auf dem Weg zu einem Kind zu begleiten, sie nach allen medizinischen Möglichkeiten zu unterstützen und fachlich zu *beraten*, und nicht kraft fachlicher Autorität zu bevormunden oder zu drängen: sei es ihren Kinderwunsch aufzugeben, sei es zu einer reproduktionsmedizinischen Behandlung.

Je länger der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, desto mehr kommen die asymmetrischen Rollen in der Partnerschaft zum Vorschein: Die Frau kontrolliert den Zeitpunkt der fruchtbaren Tage und er muss dann zum Geschlechtsverkehr da sein. Sie macht den Schwangerschaftstest und er fragt nach dem Stand. Sie teilt ihm das bisher stets negative Resultat mit, mit dem sie selbst erst einmal erneut zurechtkommen muss; er muss diese Enttäuschung verarbeiten und sie trösten: Ein Wechsel von emotionalen Anstrengungen und Entladungen, Trost und Entschuldigungen. Mit zunehmender Dauer dieses Enttäuschungsrituals fragen sich die Frauen und Männer jeweils: Wie lange halte ich das noch aus? Wie lange will ich das noch? Wie lange erträgt das meine Partnerin/mein Partner noch? Zerbricht daran unsere Partnerschaft? Nicht wenige Frauen, die dieses seit mehr als zwei Jahren erleben, kommen zu der Diagnose, dass es für ihren Partner schwer sei, sich in sie hineinzuversetzen. Die meisten in dieser Phase bleiben für sich allein, vertrauen sich nur selten anderen an. Und kaum jemand sucht professionelle psychosoziale Beratung oder hat bei diesem intimen Thema ein Unterstützungsnetzwerk.

Einige der ungewollt kinderlosen Frauen (seltener der Männer) suchen zur Erklärung und Bewältigung ihrer Situation einen Sinn in Religion und spiritueller Weltanschauung, andere auch in einem mystischen Naturbegriff. „Die Natur“ wird dabei von einigen subjektiviert als denkender und handelnder Akteur. Dies ist für sie zum einen eine Form der Rationalisierung als Brücke in einen anderen Lebensentwurf, zum anderen ein Argument gegen eine „künstliche Befruchtung“.



„Die Natur hat sich schon etwas dabei gedacht, wenn es nicht klappt.“



„Es hat wohl einen tieferen Sinn, dass ich mit meinem Partner kein Kind bekomme.“

4.3 35- bis 50-Jährige

Die Gruppe der ungewollt kinderlosen **Frauen** im Alter über 35 Jahren ist äußerst heterogen nicht nur hinsichtlich der sozialen Lage (Bildungsqualifikation, Einkommen, Berufsposition), sondern auch hinsichtlich ihrer Kinderwunschbiografie. Hier kommen Frauen zusammen, die sich in jüngeren Jahren nicht vorstellen konnten, überhaupt jemals ein Kind haben zu wollen; die in früheren Lebensphasen aus beruflichen oder persönlichen Gründen noch kein Kind wollten (Lebensstil, Krankheit, Sorge vor traditioneller Rollenteilung) und diesen Wunsch aufgeschoben hatten; die schon immer Kinder wollten, aber nicht den passenden Partner; oder ihr früherer Partner wollte keine Kinder; oder die Frauen fühlten sich emotional oder mental noch nicht bereit für ein Kind. Was sie eint, ist ein sehr starker, nahezu übermächtiger Wunsch nach einem Kind. Bei einigen gründet dieser Wunsch in ihrem Lebensentwurf, bei anderen in einem Schlüsselerlebnis. Je mehr sich ihr Alter der Marke von 40 Jahren nähert und stärker noch, wenn sie diese überschritten haben, erleben viele ihr Bemühen um ein Kind als „Kampf“ – mit sich und gemeinsam mit ihrem Partner.

Die Sensibilität in der Wahrnehmung wächst: Im privaten Freundeskreis haben die meisten Kinder, auf den Straßen sieht man ständig schwangere Frauen oder junge Familien. So wächst die Angst, etwas Entscheidendes im Leben zu verpassen und

nur noch wenige Jahre überhaupt noch die Chance zu haben, Mutter zu werden. Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch in dieser Altersphase sind subjektiv weitaus gestresster und angespannter als jüngere Frauen. Sie erleben ein häufig intensives Kopfkino mit der Frage „Was, wenn es nicht klappt?“ und sich daran anschließenden subjektiven Angst- und Horrorszenarien: Wird mein Partner mich dann verlassen? Gefährdet der Kinderwunsch unsere Partnerschaft? Ab wann kann ich biologisch absolut nicht mehr schwanger werden? Will ich eine alte Mutter sein? Was könnte ich noch tun, um doch noch schwanger zu werden? Wie kann ich meinem Partner den Stress nehmen? Ist mein Partner mir wichtiger als mein Kinderwunsch? Hat mein Kind und habe ich als Mutter später einen Makel, wenn mein Kind das Ergebnis einer künstlichen Befruchtung ist?

Groß sind die Unkenntnis und Unsicherheit, bis zu welchem Alter eine Kinderwunschbehandlung möglich ist, bis zu welchem Alter diese in verschiedenen Hinsichten (sozial, psychisch, medizinisch) ratsam ist, ob die Krankenkasse eine solche Behandlung zahlt, ob es Altersgrenzen oder Bedingungen der Lebensumstände für eine solche Behandlung gibt.

Sich medizinisch untersuchen zu lassen hinsichtlich der eigenen Fruchtbarkeit ist für einen Teil der Frauen keine Selbstverständlichkeit, sondern eine Hürde, die manche bewusst nicht angehen. Denn sich testen zu lassen, erhöht den Druck, wenn das Ergebnis keine Hinweise auf eine eingeschränkte Fruchtbarkeit gibt. Darin gründen auch Hemmungen, Kontakt mit einer Kinderwunschambulanz beziehungsweise Zentrum für Reproduktionsmedizin aufzunehmen (neben der Schwierigkeit dieser Bezeichnungen): Die dort angebotenen Maßnahmen gelten als „letzter Strohhalm“, den man noch nicht ziehen will. Denn eine solche Informationsmaßnahme wäre für sie das performative Urteil, dass es bei ihnen auf natürlichem Wege nicht klappt. Und sollte die erste oder zweite Behandlung nicht zu einem Kind führen, wäre ihr Schicksal endgültig besiegelt: Ungewissheit als Trost vor einem womöglich noch härteren Urteil. Insofern ist eine solche Untersuchung mit Ambivalenzen verbunden. So suchen einige in ihrem verzweifelten Wunsch nach einem Kind Zuflucht in selbstverordneter Hoffnung,

greifen häufiger und vorbehaltloser zu im Supermarkt von Ratgebern und Produkten der Fruchtbarkeitsförderung, oder in religiösen oder schicksalhaften Erklärungen.



„Ich höre immer, die ist schwanger, die hat entbunden. Man hat das Gefühl, jeder ist schwanger, nur man selbst nicht.“



„Ich war 15 Jahre mit einem Mann zusammen ohne Kinderwunsch. Mit Anfang 30 wusste ich, ich wollte ein Kind, nicht mit dem Mann. Dann ging es darum, einen Partner zu finden, mit dem ich es mir vorstellen konnte. Der Druck wurde größer, der Wunsch war stärker. Dann ging die Panik los: Ich werde 38. Ich habe dann meinen jetzigen Partner kennengelernt und nach vier Monaten war klar, wir möchte es, wir probieren es.“



„Ich war über 30, als wir zusammenkamen. Dann kommt der Moment, wo man sieht, um uns herum bekamen viele Kinder. Meine Cousine hat mit 48 noch ein Kind bekommt. Es sind die Momente, in denen man sieht, was es für ein Kampf ist.“



„Ein Kinderwunsch war früh da, irgendwann mal, das war klar, wollte ich Kinder. Ich war mit jemandem sechs Jahre zusammen, der wollte lieber heute als morgen ein Kind, aber er wollte nicht heiraten. Ich wollte ihn nicht überreden, das ging in die Brüche. Dann kam ein Partner, der wollte kein Kind haben. Dann habe ich meinen jetzigen Mann kennengelernt, da war es klar, nach drei Jahren haben wir gesagt, es ist ein guter Zeitpunkt.“



„Bei mir kam der Kinderwunsch sehr spät. Mein damaliger Freund wollte sofort Kinder haben, ich war Ende 20, wollte meine Meisterschule machen. Die Beziehung ging in die Brüche. Ich hatte einen neuen Partner, der hatte zwei Kinder und ich dachte: bin Anfang 30, ich muss überlegen, ob ich ein Kind haben möchte oder nicht. Dann war ich bei einer Freundin zufällig bei der Entbindung dabei. Das hat solche Gefühle erweckt, das kann sich keiner vorstellen. Ich sagte, das möchte ich auch, der Kinderwunsch war dann ganz stark.“



„Als wir uns kennengelernt haben, war ich schon 42. Ich dachte: ‚Der Nächste, den ich kennenlerne! Der Kinderwunsch ist so stark, wenn er nicht will, ist er der Falsche.‘ Er ist zehn Jahre jünger, wollte auf jeden Fall Kinder. Wir haben nicht mehr verhütet, doch es ist nichts passiert. Ich dachte, wir verhüten nicht, es muss klappen. Wir haben uns testen lassen, auch wegen Krankheiten. Es hat nicht geklappt bis jetzt. Wir sind vielleicht auch zu verbissen.“

Biografisch individuell, doch mehrheitlich im Alter von 38 bis 42 Jahren stellen sich Frauen die Frage, wie wichtig es ihnen ist, ein Kind zu bekommen und welchen Preis sie zu zahlen bereit sind. „Preis“ meint monetäre Aufwendungen einer Kinderwunschbehandlung, auch die körperlichen und emotionalen Kosten, die stressige Organisation des Alltags des Geschlechtsverkehrs, präzise am Tag des Eisprungs, und Beziehungsstress. Der Preis bezieht sich aber auch bei einigen auf ihre Partnerschaft: Habe ich den richtigen Partner zur Zeugung? Sperrt sich mein Partner gegen eine Kinderwunschbehandlung? Bin ich bereit, für ein Kind meine Partnerschaft zu riskieren oder aufzugeben? Ist die Sehnsucht nach einem Kind sehr groß, wird ein Kind als unverzichtbarer und nicht substituierbarer Teil der eigenen Identität verstanden, sehen sich einige Frauen in der harten Entscheidung zwischen Kind und Partner.

Diese Perspektive haben **Männer** in der Regel nicht. Nur in seltenen Ausnahmen wollen Männer so unbedingt ein Kind, dass sie sich Vatersein auch ohne Partnerin vorstellen wollen. In der Regel ist für Männer mit unerfülltem Kinderwunsch eine Frau nicht nur die Voraussetzung für ein Kind, sondern steht Partnerschaft vor und über der Elternschaft.

Männer dieser Altersphase haben ähnlich vielfältige Biografien ihres Kinderwunsches wie Frauen. Dabei sind zwei Narrative dominant: Ein Teil der Männer hat schon seit vielen Jahren (zum Teil seit der Jugendzeit) den großen Wunsch nach eigenen Kindern – nur hatten sie bisher nicht die richtige Partnerin, die ein Kind wollte oder Kinder bekommen konnte.

Ein anderer, größerer Teil der Männer hat das Narrativ der eigenen „wilden Jugendzeit“, in der es

ihnen primär darum ging, als Mann in vollen Zügen Spaß zu haben, ohne sich schon in einem so frühen Lebensabschnitt in Verbindlichkeiten und Abhängigkeiten zu begeben. Selbstverständlich hätten sie verhütet, um noch kein Kind zu zeugen und um sich vor Krankheiten zu schützen (genannt werden Aids, Hepatitis, Tripper, Syphilis). Niemals sei ihnen damals der Gedanke gekommen, unfruchtbar zu sein. Nach Jahren des privaten Sturm und Drangs sowie der beruflichen Etablierung sei man mittlerweile in einem Alter und Lebensabschnitt, in dem man andere Prioritäten habe. Viele dieser ungewollt kinderlosen Männer sagen, dass sie schon immer das Ziel einer Familie hatten, dieses aber zunächst auf später geschoben hätten oder es sich nicht ergeben habe. Gleichwohl sei für sie klar gewesen, dass sie um das 30. Lebensjahr herum spätestens Vater werden wollten: Familie als Hafen und Stadium eines gesicherten und verantwortungsvollen neuen Lebensabschnitts. Gleichwohl zeigen die Befunde, dass der aktuelle Wunsch nach einem Kind bei vielen dieser Männer neu angeregt und forciert wird durch ihre Partnerin, die unbedingt ein Kind haben möchte.

So sehen sie sich in ihrer aktuellen Situation zum einen als Unterstützer ihrer Partnerin auf dem Weg zu einem Kind, mit großer Solidarität, Subsidiarität und Empathie für die körperlichen und psychischen Belastungen ihrer Partnerin. Um den Druck, den sich ihre Partnerin selbst macht, nicht zusätzlich zu steigern, drosseln sie ihr gegenüber ihren eigenen Kinderwunsch und suchen nach dem richtigen Maß, ihr keinen Druck zu machen, ihr aber zu zeigen, dass sie selbst auch den ernsthaften Wunsch nach einem Kind haben. Zum anderen haben sie selbst den großen Wunsch nach einem Kind – dieser ist authentisch, doch zugleich beeinflusst durch die von ihnen kontrolliert kommunizierte und expressive, nach Stimmung und Stress der Partnerin modellierte Darstellung ihr gegenüber: Hier besteht eine Wechselwirkung. Gleichwohl ist dieses Verhältnis wechselseitiger Fremdbeobachtung und Selbstanpassung sensibel und anfällig für Balancestörungen und Konflikte in der Partnerschaft.

Diese Männer sehen die Hauptbelastung und primäre Zuständigkeit auf dem Weg zum Kind bei ihrer Frau, denn schließlich sei es ihr Körper und sie treffe die letzte Entscheidung. Insofern stehen

diese Männer in einem permanenten und kaum stabilen Balanceakt: Auf der einen Seite die Haltung, dass für das Ziel „ein Kind bekommen!“ beide gleichermaßen verantwortlich und beteiligt sind (Symmetrie in der Partnerschaft); auf der anderen Seite die Anerkennung des Vorrechts der Frau, über ihren Körper zu bestimmen (Asymmetrie).

Auch in diesem Alter haben Männer weiterhin mehrheitlich die Einstellung, dass sie fruchtbar sind. Die weitere Vorstellung ist, dass bei Männern (und ihnen selbst) die Fruchtbarkeit eingeschränkt werden könnte durch dauerhaften beruflichen Stress, durch den Konsum von viel Alkohol, Tabak und ungesunden Lebensmitteln, möglicherweise auch durch das Tragen des Handys in der Hosentasche (nahe an den Hoden), mit der Folge, dass die Beweglichkeit der Spermien („Spermienqualität“) reduziert sein könnte. Aber da sie physiologisch von ihrer eigenen Fruchtbarkeit ausgehen, da auch privater Stress und Druck die Chancen einer Befruchtung aus ihrer Sicht mindern können, da die Ursachen einer noch nicht erfolgten Befruchtung mit hoher Sicherheit beim viel komplizierteren Körper der Frau liegen, und weil sie ihrer Partnerin nicht zusätzlich psychischen Druck machen wollen, demonstrieren sie weitgehende Gelassenheit und die Zuversicht, dass es schon noch auf natürlichem Wege klappen wird.

Dazu kommt erhebliche Scheu, sich selbst von einer Ärztin oder einem Arzt untersuchen zu lassen – diese Kultur des Arztbesuches der Urologie oder Andrologie gibt es nicht. Und wenn man dazu bei einer solchen Ärztin oder einem solchen Arzt war, erzählt man es meist nicht einmal im Freundeskreis, da es womöglich ein Makel und Stigma wäre. Ebenso groß ist die Angst, dass man ein Ergebnis eines solchen Arztbesuches gar nicht wissen will, um damit – ähnlich Frauen dieses Alters – kein endgültiges Urteil der Unwahrscheinlichkeit zu bekommen, dass es auf natürlichem Wege klappen könnte.

 „Man will gar nicht die Wahrheit wissen, man will in der Illusion sein, es wird schon klappen, wenn ich oft genug Sex habe. Ich habe schon darüber nachgedacht, mich untersuchen zu lassen, hatte aber Angst davor.“

 „Man denkt über Sachen nach wie Spermaqualität, ob es an einem selbst liegt, an Smartphones, weil es zu nahe am Hoden ist, es kommen viele Fantasien in den Kopf. Ich bin aber auch etwas entspannter. Man sucht die Fehler auch schon mal bei sich selbst. Die Spermaqualität ist sehr entscheidend.“

 „Ich glaube, dass es natürlich ist, dass es nicht sofort klappt, wenn die Frau vorher jahrelang verhütet hat. Die Hormone sind ja noch in ihrem Körper. Es muss sich einpendeln, je nachdem, was man auch genommen hat. Ich glaube, es kann daran liegen, dass man Geduld mitbringen muss.“

 „Ich mache mich nicht verrückt, renne nicht zum Arzt, ich sehe es locker.“

 „Ich sehe es lockerer als meine Frau, es kommt oder nicht. Ich habe zu ihr gesagt, wenn alle Stricke reißen, adoptieren wir ein Kind.“

Zur Andrologin beziehungsweise zum Andrologen zu gehen, um die eigene Fruchtbarkeit untersuchen zu lassen, ist eine hohe Hürde. Dort Sperma abzugeben ist sehr vielen aufgrund des Prozedere unangenehm, aber passt noch zum konventionellen Schema einer ärztlichen Untersuchung, da es rituell die Form eines medizinischen Gesundheitschecks hat (analog der Urinprobe, Stuhlprobe, Gewebeprobe). Deutlich höher ist die Hürde, zu einem Zentrum für Reproduktionsmedizin. Diese zu überwinden, verlangt aus Sicht dieser Männer ein nahezu weltanschauliches Bekenntnis. Ein Befragter drückte das so aus:

 „Man muss sich dazu bekennen. Man ist an dem Punkt, wo man diese Sackgasse hat, wo man sich dazu bekennen muss. In meinem Freundeskreis ist es mir peinlich, ich gehe nicht damit hausieren.“

Dieses Bekenntnis findet in der Regel nicht gegenüber anderen statt, sondern sich selbst gegenüber mit dem Charakter eines Eingeständnisses eines männlichen Defizits, von Schwäche und auch Schuld aufgrund eines früheren gesundheitlichen Lebenswandels. Die meisten, die eine

Klinik zur Kinderwunschbehandlung aufsuchen, hielten dies gegenüber Bekannten, Verwandten und auch gegenüber engen Freundinnen und Freunden kategorisch geheim. Nach ihrer Einschätzung wäre das Risiko hoch, deshalb in ihrem Umfeld stigmatisiert zu werden. Als Mann zu einem Kinderwunschzentrum zu gehen, ist jenseits der Normalität und eng verknüpft mit Makel an virulenter fruchtbarer Männlichkeit. Das ist der Grund für ein bisweilen larmoyantes, zivilisationskritisches Hadern mit der eigenen Kinderlosigkeit: Während es in früheren Generationen die Regel gewesen sei, dass man fünf, sechs oder mehr Kinder gehabt hätte, höre man heute sehr häufig von Kinderlosigkeit und dass man nachhelfen müsse. Hier nicht zu jener offenbar wachsenden Gruppe gehören zu wollen, die „Opfer dieses Zivilisationsphänomens“ sind, ist das zentrale Motiv, warum viele Männer auch im Alter weit über 35 Jahren noch lange abwarten und es auf natürlichem Wege probieren. Dass das möglich ist, finden sie in Beispielen von Prominenten, die noch in höherem Alter von 60 oder 70 Jahren Kinder zeugten.

Bei Frauen und Männern, die sich in diesem Lebensabschnitt schon seit einigen Jahren ein erstes Kind wünschen, ist das Wissen über konkrete Möglichkeiten einer Kinderwunschbehandlung sehr gering. In den Sinn kommt den meisten der Begriff „künstliche Befruchtung“, ohne dass sie

konkrete Verfahren kennen: Die inneren Bilder sind bestimmt von der Assoziation „Befruchtung im Reagenzglas“, auch das Attribut „chemisch“ kommt signifikant oft. Nur wenige – meist mit akademischer Bildung – nennen in qualitativen Einzel- und Gruppeninterviews den Begriff In-vitro-Fertilisation. Am häufigsten kommen die Assoziationen Samenspende, Adoption, Leihmutterchaft. Die Vorstellungen sind diffus, klischeegeprägt und angstbesetzt.

Auch das Wissen über finanzielle Förderungen einer Kinderwunschbehandlung durch ihr Bundesland sowie den Bund ist sehr gering. Wenige haben nach Informationen recherchiert. Ebenso gibt es bei jenen, die noch keine Behandlung in Anspruch nahmen (die überwiegende Mehrheit) kaum konkrete Vorstellungen über die Kosten einer Behandlung – schon gar nicht differenziert nach einzelnen Behandlungsverfahren. Die meisten stellen sich diffuse Kosten vor, die am oder über ihrem oberen finanziellen Limit liegen und dabei (vorbewusst, latent) die Funktion einer Abwehr haben durch ein subjektiv überzeugendes rationales Argument, ihre bestehenden emotionalen Hemmungen, Ängste und Vorbehalte weltanschaulicher und technischer Art, aber auch vor sozialer Stigmatisierung zu legitimieren. Flankiert wird dies mit dämonisierenden Vorstellungen von einer medizinischen Reproduktionsindustrie der Geschäftemacherei.

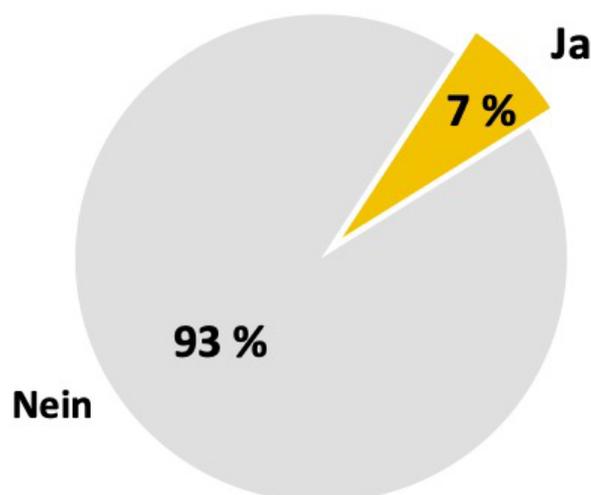
5

Die Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“

Die Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ ist sieben Prozent der ungewollt Kinderlosen dem Namen nach bekannt. Dieser Wert kann angesichts der erst vor wenigen Jahren gestarteten Initiative als bemerkenswert betrachtet werden, bedarf aber zur Entfaltung seiner Wirkkraft und seines Unterstützungspotenzials noch erheblicher kommunikativ-werblicher Maßnahmen. Signifi-

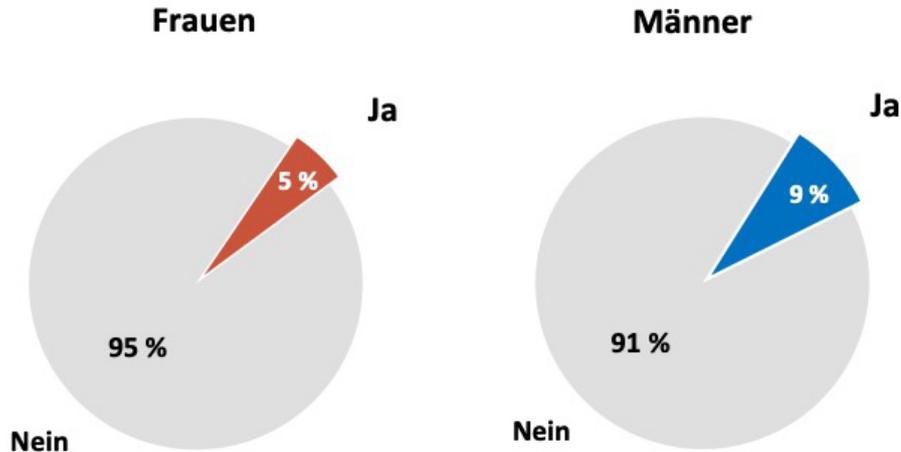
kant ist, dass deutlich mehr Männer (neun Prozent) als Frauen (fünf Prozent) sagen, von dieser Bundesinitiative schon gehört zu haben. Das mag die Realität spiegeln, aber auch ein Effekt sozialwissenschaftlicher Antwortreflexe sein, bei denen Männer – das zeigen Simulationsstudien – auf Wissensfragen seltener als Frauen zugeben, von etwas noch nie gehört zu haben.

Haben Sie schon einmal gehört von der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20–50 Jahre
© DELTA-Institut

**Haben Sie schon einmal gehört von der Bundesinitiative
„Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“?**



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Spannend im wörtlichen Sinn ist, dass dieses Angebot des Bundes den Wünschen und Bedarfen von ungewollt Kinderlosen inhaltlich sehr genau entspricht, aber die Bezeichnung schreckt ab, erzeugt Abwehr und Distanz. Auch bei jenen, die von diesem Angebot noch nie gehört haben, erzeugt das Label „Bundesinitiative“ die Vorstellung, dass es um eine „Riesensache“ gehe. Ein gigantisches Problem sei erkannt und eine Organisation sei zu dessen Behebung eigens gegründet worden mit dem Ziel, dass niemand mehr ungewollt kinderlos sein müsse. Die Worte „Hilfe und Unterstützung“ würden positiv klingen, erzeugen aber zugleich den Eindruck, es sei ein Hilfswerk zur Unterstützung einer bedürftigen sozialen Randgruppe. Die überwiegende Mehrheit ungewollt Kinderloser sehen sich nicht als sozial Bedürftige, nicht als Zielgruppe eines Hilfswerks, auch nicht als Teil einer Schicksalsgemeinschaft. Aus ihrer Sicht ist das Problem des Titels, dass er problembehaftet ist.

Eine ähnlich negativ gelagerte Spontanantwort des Begriffs verbindet mit ihm ein makroökonomisches Programm zur Erhöhung der Geburtenrate, um dem demografischen Wandel (schrumpfende Bevölkerung, Überalterung der Gesellschaft, Belastung der Sozialkassen) entgegenzuwirken.

Alternative Bezeichnungen sollten aus Sicht von ungewollt Kinderlosen positiv gewendet sein, etwa durch Titel wie „Beratung und Optionen bei der Familienplanung“. Dabei zeigt sich ein großer Bedarf nicht nur nach finanzieller Förderung, sondern nach Aufklärung und dem Aufzeigen von Optionen. Insofern sollten die Angebote der Bundesinitiative eine Art Lotsenfunktion haben und praktische Orientierung bieten bei der Frage des Kinderwunsches. Ein solches Informationsportal sollte im Kern einen „ehrlichen, beratenden Charakter“ haben und wertneutral Optionen aufzeigen – frei von finanziellen Interessen.

Durch die derzeit in der Kommunikation der Bundesinitiative starke Betonung der finanziellen Förderung von reproduktionsmedizinischen Behandlungen wird in der Wahrnehmung ungewollt Kinderloser eine Behandlung präjudiziert und es werde performativ suggeriert, der Bund wolle Kinderwunschbehandlungen gezielt fördern.

Zeitlich unabhängig und sachlich unabhängig von einer möglichen Behandlung äußern jene, die unter ihrer Kinderlosigkeit leiden, einen hohen, prioritären Bedarf für eine vom Staat finanziell getragene professionelle Beratung durch

Nichtmedizinerinnen und Nichtmediziner (Reproduktionsmedizinerinnen und Reproduktionsmedizinern wird vielfach Eigeninteresse unterstellt). Eine solche Beratung sollte anonym sein, von Fachkräften mit sachlicher Kompetenz vorgenommen werden, neutral – und damit nicht innerhalb eines Kinderwunschzentrums sein. Es ist instruktiv, dass diese Aufgabe nicht an ihre eigene Frauenärztin beziehungsweise ihren Frauenarzt adressiert wird. Aufgabe einer solchen Stelle wäre auch, die „Angst vor dem Unbekannten“ zu nehmen: So berichten eine Reihe von Frauen, dass es für sie eine riesige Hürde sei, überhaupt ein erstes Mal zum Kinderwunschzentrum zu gehen. Sie erhoffen sich von solch einer Beratungsagentur beziehungsweise einem Lotsenportal, dass sie dort Fragen stellen können, die sie sich bei ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt nicht trauen zu stellen. Unbedingt und normativ ist der Wunsch, dass sie bei einer solchen Stelle nicht bewertet werden wollen („Keine Bewertung“). Abschließend oder abschätzig wertende Kommentare ihrer medizinischen und sozialen Situation sowie des „noch in Ihrem Alter!“ bestehenden Kinderwunsches erleben nicht wenige durch ihre Gynäkologin/ihren Gynäkologen, Hausärztin/Hausarzt oder einer Medizinerin/einem Mediziner eines Kinderwunschzentrums. Eine solche Beratungs- und Lotsenstelle sollte auch Anlaufstelle während einer möglichen Kinderwunschbehandlung sein, auch nach einer solchen Behandlung, wenn diese nicht zur Schwangerschaft geführt hat.

Diese Assoziationen und Bedarfe, die Kinderlose mit einer (künftig anders zu nennenden) Bundesinitiative äußern, zeigen eine enge Verknüpfung mit den Angeboten einer professionellen behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung.

Solch eine Beratungsinstanz würde zwar Termine vereinbaren, aber die Wartezeiten sollen nicht zu lang sein (nicht länger als drei Monate) und dazu einen Tag pro Woche vorsehen mit einer offenen Sprechstunde ohne Terminvereinbarung. (Wenn es dieses in der Praxis psychosozialer Beratungseinrichtungen heute schon gibt, hat davon keiner der Befragten in den 16 Gruppendiskussionen schon gehört). Vorstellbar und gewünscht wird

von einigen neben einer individuellen Beratung auch das Angebot einer offenen Runde mit mehreren Frauen (beziehungsweise Männern), in denen ein Wir-Gefühl entsteht und Erfahrungen ausgetauscht werden können. Gerade weil das Thema des unerfüllten Kinderwunsches in ihrem eigenen Umfeld tabuisiert ist, oder es in Familie und Verwandtschaft ein hochsensibles, druckerzeugendes Reizthema ist, das zwischen Übervorsichtigkeit und Bruskierung oszilliert, wünschen sich viele einen Austausch, der entspannt und erwartungsfrei ist.



„Ich stelle mir da eine Runde vor, in der man das Thema nicht übervorsichtig behandelt. Man muss das nicht wie ein rohes Ei behandeln, sondern frei und offen miteinander austauschen. Tipps und Tricks bei der Familienplanung, Erfahrungen austauschen. Das wär's!“

Dabei geht es auch um Basisaufklärung, zum Beispiel Frauen über den eigenen Zyklus, und wie sich dieser nach Absetzen der Pille nach vielen Jahren (oft schon ab dem 13./14. Lebensjahr) verändert und neu einstellt. Ein erheblicher Anteil der ungewollt kinderlosen Frauen bekennt, dass sie sich erst nach dem Absetzen ihrer Verhütungsmaßnahme(n) und deren körperlichen Symptomen überhaupt die Frage stellen, was Verhütung mit ihrem Körper macht. Es geht hier vielen Frauen auch darum, ihren Hormonzugaben nun nicht mehr ausgesetzt zu sein und sich neu regulierenden Körper zu verstehen, auch Auswirkungen ihrer hormonellen Umstellungen für ihre Befindlichkeit, Selbstfürsorge sowie für Partnerschaft und soziale Beziehung. Zentral ist bei diesen Bedarfen, dass es nicht als „Therapie“ angeboten wird. Sensibel ist die Abwehr gegenüber Andeutungen in Richtung „krank“ oder „behandlungsbedürftig“. Auch erzeugt der Wortbestand „psycho“ negative Assoziationen mit dem Verdacht der Stigmatisierung.¹²

Insofern zeigt die Untersuchung, dass der Wunsch ungewollt kinderloser Frauen und Männer nach einer vom Staat geförderten Unterstützung sehr groß ist, aber weniger eng an reproduktionsmedizinische Maßnahmen gekoppelt werden sollte,

12 Bei der Mehrheit der Unter- und Mittelschicht, kaum jedoch in Milieus der Oberschicht

sondern im ersten Schritt an Aufklärung und Beratung durch professionelle Fachkräfte. Groß ist der Wunsch, dass der Staat auf diese den meisten bisher nicht bekannte Bundesinitiative aufmerksam macht:



„Hier muss der Staat richtig die Werbetrommel rühren. Das sollten alle wissen, dass es so eine Unterstützung gibt, die Aufklärung über die Möglichkeiten bietet und Optionen aufzeigt. So ein Lotsenportal wäre gut.“

6

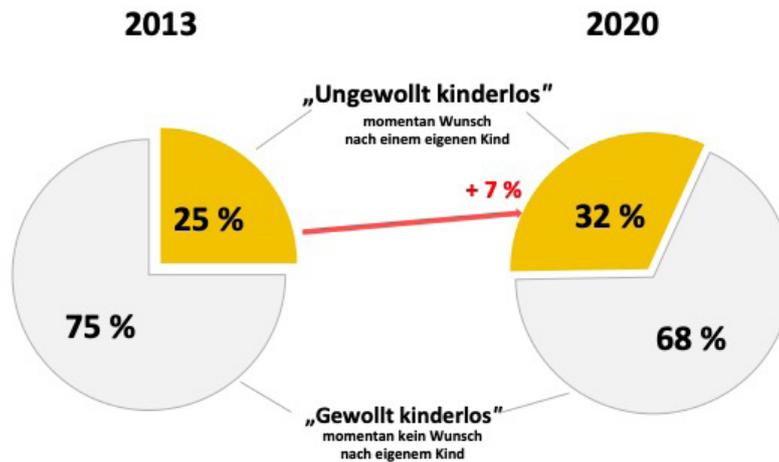
Basisdaten

6.1 Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

Der Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 50 Jahren ist zwischen 2013 und 2020 erheblich gestiegen, von 25 auf 32 Prozent. Im Rahmen der Repräsentativbefragung wurden 2020 insgesamt 10.119 kinderlose Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 50 Jahren zufällig in die Stichprobe gezogen und danach gefragt, ob sie derzeit den konkreten Wunsch nach einem Kind haben. Dabei zeigte sich, dass 67,7 Prozent der Frauen und 67,9 Prozent der Männer derzeit kein Kind wollen, hingegen 32,3 Prozent der Frauen und 32,1 Prozent der Männer aktuell den bisher ungefüllten

Kinderwunsch haben. Von diesen wurden 3.000 ungewollt kinderlose Frauen und Männer vertieft befragt; sie repräsentieren die Grundgesamtheit dieser Untersuchung. Bei Frauen ist der Anteil ungewollter Kinderlosigkeit von 26 Prozent in 2013 um sechs Prozentpunkte, bei Männern von 24 Prozent in 2013 sogar um acht Prozentpunkte gestiegen. Ungewollte Kinderlosigkeit ist damit ein wachsendes gesellschaftliches Problem, das neben volkswirtschaftlichen Implikationen vor allem die Alltagswirklichkeit und existenziellen Lebensentwürfe von immer mehr Frauen und Männern betrifft.

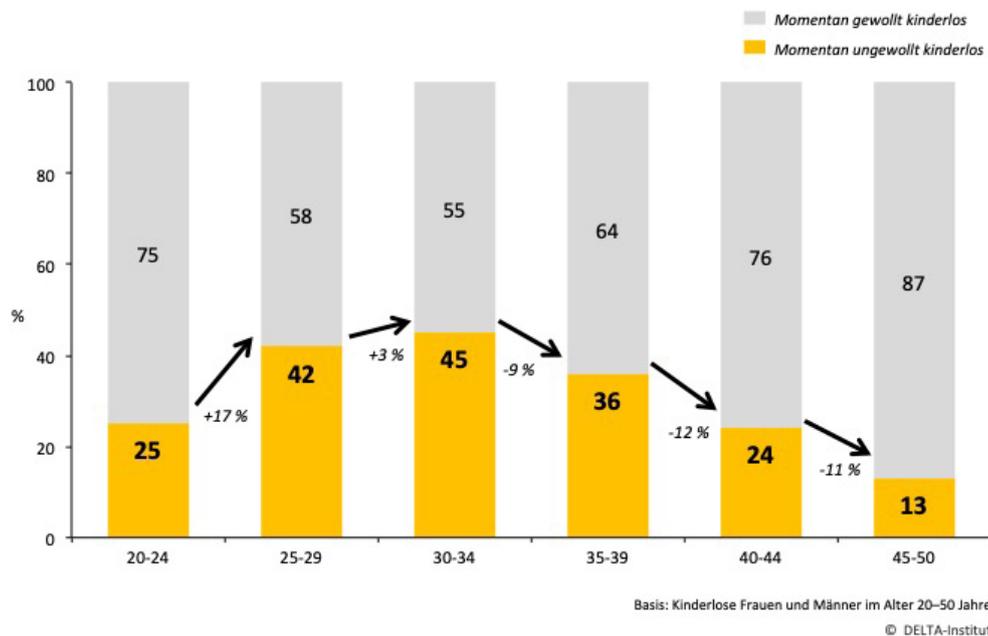
Aktuelle Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit



Basis: Kinderlose Frauen und Männer im Alter 20–50 Jahre
 Vergleich der Repräsentativbefragungen 2013 und 2020
 © DELTA-Institut

- Im Alter von **20 bis 24 Jahren** sagen 75 Prozent aller Kinderlosen, dass sie (derzeit noch) kein Kind wollten: gewollte Kinderlosigkeit. Umgekehrt wünschen sich in diesem Alter 25 Prozent der kinderlosen Frauen und Männer dieser Altersgruppe bisher vergeblich ein eigenes Kind: ungewollte Kinderlosigkeit. Dieser Anteil hat sich für diese Altersgruppe seit 2013 nahezu verdoppelt (damals waren in diesem Alterssegment 13 Prozent ungewollt kinderlos, 87 Prozent gewollt kinderlos).
- Der Anteil ungewollt Kinderloser steigt **in den folgenden Altersgruppen** erheblich; bei 25- bis 29-Jährigen auf 42 Prozent (2013: 30 Prozent) und bei 30- bis 34-Jährigen auf 45 Prozent (2013: 40 Prozent) und sinkt danach bei 35- bis 39-Jährigen auf 36 Prozent: In keiner Altersgruppe ist der Wunsch nach einem eigenen (leiblichen) Kind so groß wie zwischen dem 25. und 34. Lebensjahr.
- Am höchsten sind die Anteile ungewollt Kinderloser in den drei Altersstufen von 29, 30 und 31 Jahren mit jeweils 47 Prozent. Die biografisch noch wenige Lebensjahre zuvor bestimmende Einstellung, noch kein Kind zu wollen, war für viele nur ein Aufschub, der gegen Ende der dritten Lebensdekade und zu Beginn der vierten Lebensdekade sich umkehrt in die Haltung, dass jetzt der richtige Zeitpunkt für ein Kind wäre; sowie das dann oft zeitnah einsetzende und wachsende Hadern, Zweifeln und Leiden, wenn sich der Kinderwunsch nicht erfüllt.

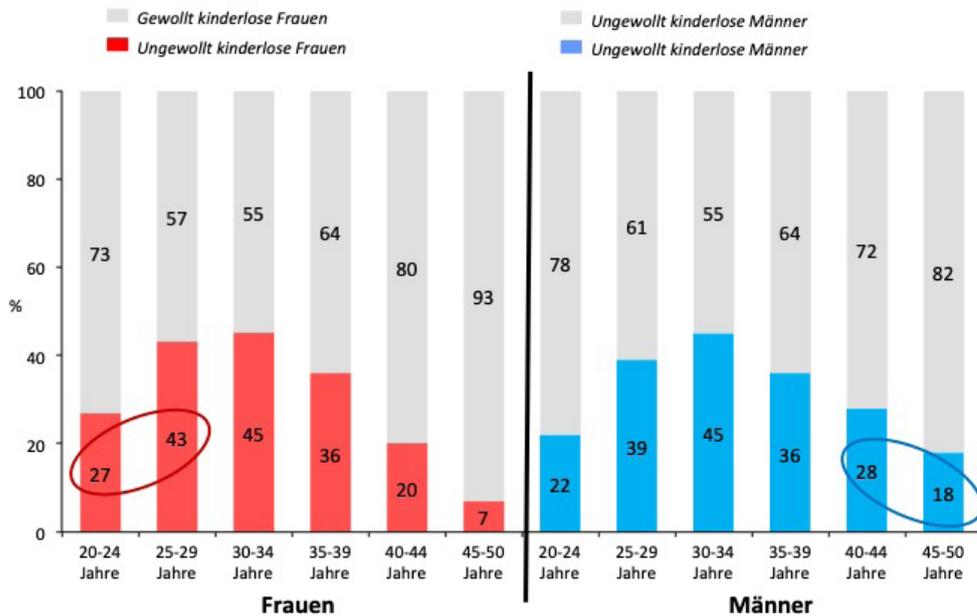
Verhältnis ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit in den Altersstufen



- Wenn nach deutlichem Überschreiten des 30. Lebensjahres sich keine Schwangerschaft einstellt, verabschiedet sich schon ein relevanter Teil der Frauen und Männer vom bisher starken Wunsch nach einem Kind und entwickelt einen Zukunftsentwurf ohne Familie. Das zeigt sich statistisch am Rückgang des Anteils ungewollt Kinderloser von vormals 45 Prozent in der Altersgruppe 30–34 Jahre auf 36 Prozent in der Altersgruppe 35–39 Jahre.
- Nach der Altersgrenze von 40 Jahren sinkt der Anteil ungewollt Kinderloser (bezogen auf die Gesamtheit aller Kinderlosen) weiter stark, beträgt bei 40- bis 44-Jährigen aber noch immer 24 Prozent, in der Altersgruppe der 45- bis

50-Jährigen 13 Prozent. Beide Werte haben sich seit 2013 nicht verändert. Deutlich mehr Frauen als Männer wollen nun kein Kind mehr oder glauben nicht daran, dass sie noch ein Kind bekommen können. Gleichwohl sind die Anteile ungewollt Kinderloser noch auf einem bemerkenswert hohen Niveau: 20 Prozent aller kinderlosen Frauen und 28 Prozent der Männer sind im Alter von 40 bis 44 Jahren ungewollt kinderlos und wünschen sich noch ein Kind; im Alter von 45-50 Jahren sieben Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer. Das heißt, fast jeder fünfte kinderlose Mann hat in diesem Alter den Wunsch nach einem Kind nicht aufgegeben mit der Selbstgewissheit *forever fertile*.

Verhältnis ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit in den Altersstufen - differenziert nach Frauen und Männern -



Basis: Kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Die Grafik der Anteile von gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in den Altersstufen zeigt: Im Alter unter 30 Jahren sind von allen Kinderlosen mehr Frauen als Männer *ungewollt* kinderlos, im Alter von 30 bis 40 Jahren sind die Anteile bei Frauen und Männern gleich groß, im Alter über 40 sind die Anteile ungewollter Kinderlosigkeit bei Männern deutlich größer als bei Frauen.

Ein erheblicher Teil hat sich trotz früherem Kinderwunsch mit der Tatsache abgefunden, wohl kein Kind mehr bekommen zu können. Sie haben sich von ihrer Sehnsucht nach einem eigenen Kind und ihrer Vorstellung von einer Familie verabschiedet, haben diese individuelle und auch partnerschaftliche Phase der jahrelangen Bemühungen um eine Familiengründung aufgegeben und richten sich in der Lebensperspektive neu ein, nun auch keine Kinder mehr zu *wollen*, meistens aus Gründen medizinischer Risiken, sozialer Probleme sowie der zu großen Altersdistanz zu ihrem Kind in seinen Entwicklungsphasen.

6.2 Sozialstruktur ungewollt Kinderloser

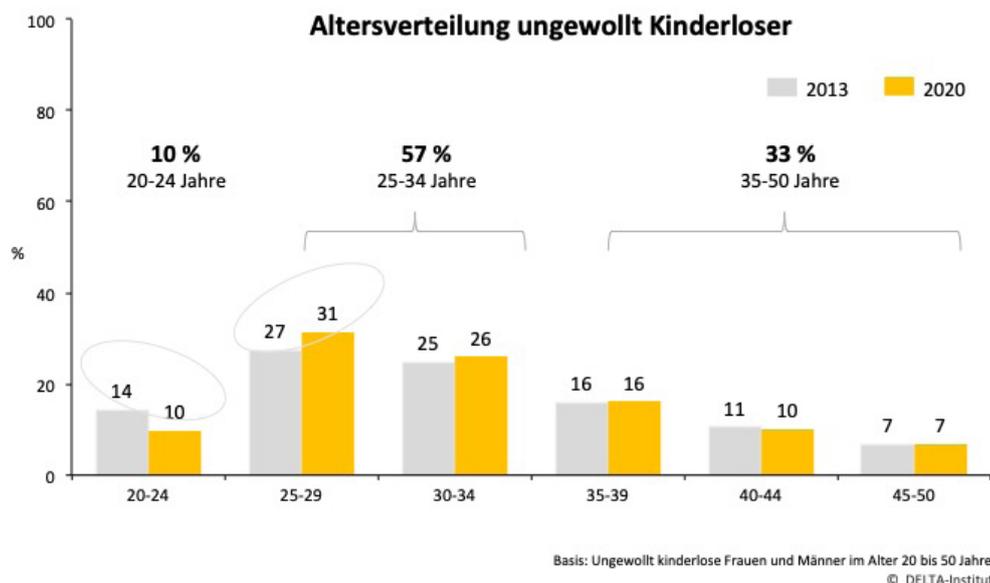
6.2.1 Alter

Die soziale Lage und Lebenssituation von Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch sind nicht auf einen engen Altersabschnitt oder eine bestimmte Lebensphase eingrenzbar. Zu verschieden sind Lebensentwürfe, Familienvorstellungen und Partnerkonstellationen, ebenso die Prinzipien und konkreten Einschätzungen, wann man ein Kind bekommen will, ob man ein Kind mit der aktuellen Partnerin beziehungsweise dem Partner will (oder diese/dieser auch den Wunsch hat) sowie die Umgangsweise damit, wenn sich der Kinderwunsch nicht gleich und auch nach einigen Jahren mit oder ohne unterstützende Maßnahmen realisiert. 59 Prozent aller ungewollt Kinderlosen sind älter als 30 Jahre; 41 Prozent im Alter unter 30 Jahre. Insofern lässt sich ungewollte

Kinderlosigkeit nicht einfaktoriell erklären mit einem allzu lang aufgeschobenen Kinderwunsch. Auch in jüngeren Lebensabschnitten mit einer – im Durchschnitt – biologisch höheren Fruchtbarkeit bekommt ein großer Teil der Frauen und Männer trotz Bemühungen kein Kind. Ungewollte Kinderlosigkeit ist eine altersheterogene Tatsache. Junge Erwachsene leiden darunter ebenso wie Erwachsene im Alter über 40 Jahren – und haben den Kinderwunsch nicht aufgeben.

- zehn Prozent aller, die ungewollt kinderlos sind, sind jünger als 25 Jahre; 17 Prozent älter als 40 Jahre (bezogen auf die Grundgesamtheit der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren).
- Am höchsten ist der Anteil ungewollt Kinderloser mit 31 Prozent im Altersabschnitt von 25 bis 29 Jahren, gefolgt von 26 Prozent im Alter von 30 bis 34 Jahren. In diesem Segment der 25- bis 34-Jährigen befinden sich 57 Prozent aller mit bisher unerfülltem Kinderwunsch. Auch im Alter ab 35 Jahren ist der Anteil ungewollt Kinderloser mit 33 Prozent relativ hoch.

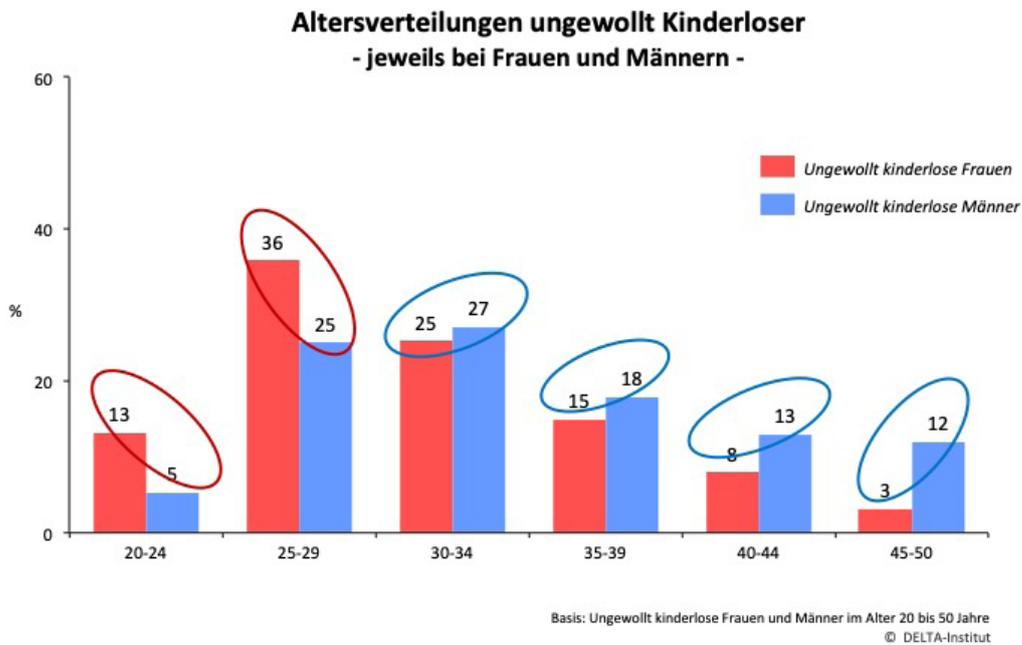
Diese Altersverteilung ungewollt Kinderloser ist in weiten Teilen identisch mit der in der ersten Untersuchung ermittelten, mit einer signifikanten Abweichung: 2013 betrug der Anteil ungewollt Kinderloser im Alter 20 bis 24 Jahre 14 Prozent – jetzt zehn Prozent (minus vier Prozentpunkte); hingegen ist jetzt der Anteil in der folgenden Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen von 27 auf 31 Prozent gestiegen. Dieser Effekt kann (abgesehen von statistischen Zufallsschwankungen) durch mehrere miteinander verschränkte, auch gegenläufige Entwicklungen erklärt werden: (1) Der Anteil ungewollt Kinderloser in der Bevölkerung ist gestiegen, vor allem im Alter ab 25 Jahren; (2) Der Anteil jüngerer Menschen, die sehr früh ein Kind wollen, ist leicht zurückgegangen.¹³ (3) Der Wunsch nach einem Kind bis zum 30. Lebensjahr ist gestiegen. Das führt dazu, dass in dieser Altersgruppe gewollte Schwangerschaften häufiger nicht realisiert werden, zum Beispiel durch Spätwirkungen und Nebenwirkungen einer jahrelangen Verhütung mit der Pille, durch ungesunde Ernährung, aber auch durch einen womöglich subjektiv gestiegenen Druck, jetzt spätestens ein erstes Kind zu bekommen.



13 Das widerspricht nicht dem zuvor beschriebenen Befund, dass in der Altersgruppe 20-24 Jahre von allen Kinderlosen sich der Anteil ungewollter Kinderlosigkeit seit 2013 erhöht hat. Die „Bestandmassen“ (die Anzahl ungewollt Kinderloser) sind 2020 höher als 2013; und 2020 ist der Anteil ungewollter Kinderlosigkeit höher als 2013.

In ihren Entwicklungspfaden sind ungewollt kinderlose Frauen und Männer nicht synchron. Signifikant ist, dass ungewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf bei Frauen und Männern sehr ungleich ist. Zum einen sind die beiden Einstellungen „ungewollte Kinderlosigkeit“ und „gewollte Kinderlosigkeit“ in den einzelnen Altersstufen bei Frauen und Männern nicht gleich häufig, sondern in unterschiedlicher quantitativer Dominanz ausgeprägt. Zum anderen erfolgt das Umschlagen von gewollter in ungewollte Kinderlosigkeit, vice versa von gewollter in ungewollte Kinderlosigkeit, bei Frauen und Männern in versetzten Zeiträumen und anderen Tempi.

Vor allem aufgrund ihrer Vorstellung einer bei Frauen deutlich schneller als bei Männern abnehmenden Fruchtbarkeit; aber auch weil Männer in frühen Jahren der Berufsbiografie mehrheitlich die Familienplanung hinausschieben und noch nicht die – bei den meisten Männern immer noch gewollte oder subkutane – Rollenverpflichtung des Haupternährers der Familie übernehmen wollen, sind 70 Prozent aller ungewollt kinderlosen Männer älter als 30 Jahre, aber nur 51 Prozent der Frauen. Umgekehrt sind 49 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen unter 30 Jahre, aber nur 30 Prozent der Männer.



- Im Alter von 20 bis 24 Jahre beträgt der Anteil ungewollt Kinderloser bei Frauen 13 Prozent, bei Männern fünf Prozent. Dieser altersspezifische Anteil ist bei Frauen 2,6 Mal so hoch wie bei den Männern. Die Differenz steigt bei 25- bis 29-Jährigen auf elf Prozentpunkte mit einem Anteil bei Frauen von 36 Prozent und Männern mit 25 Prozent.
- Im Alter ab 30 Jahren kehren sich die Größenordnungen um, haben Männer einen relativ höheren Anteil als Frauen. Zunächst ist die Differenz relativ gering (30–34 Jahre: Männer

27 Prozent, Frauen 25 Prozent/35–39 Jahre: Männer 18 Prozent, Frauen 15 Prozent) und wird im Alter ab 40 Jahren deutlich größer: In der Altersgruppe 40 bis 50 Jahre sind 25 Prozent der Männer ungewollt kinderlos, aber nur elf Prozent der Frauen. Am größten ist die Kluft in der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen (Männer zwölf Prozent, Frauen drei Prozent). Hier hat sich im Vergleich zur Altersgruppe 20–24 Jahre das Verhältnis umgekehrt mit einer noch stärkeren Differenz. In der Altersgruppe 45–50 Jahre ist der Anteil ungewollt Kinderloser bei Männern viermal so hoch wie bei Frauen.¹⁴

¹⁴ Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass es sich um relative Anteile handelt: Die absolute Anzahl ungewollt Kinderloser ist bei einem Anteil von 57 Prozent bei Frauen deutlich größer als bei Männern, die einen Anteil von 41 Prozent aller ungewollt Kinderloser stellen.

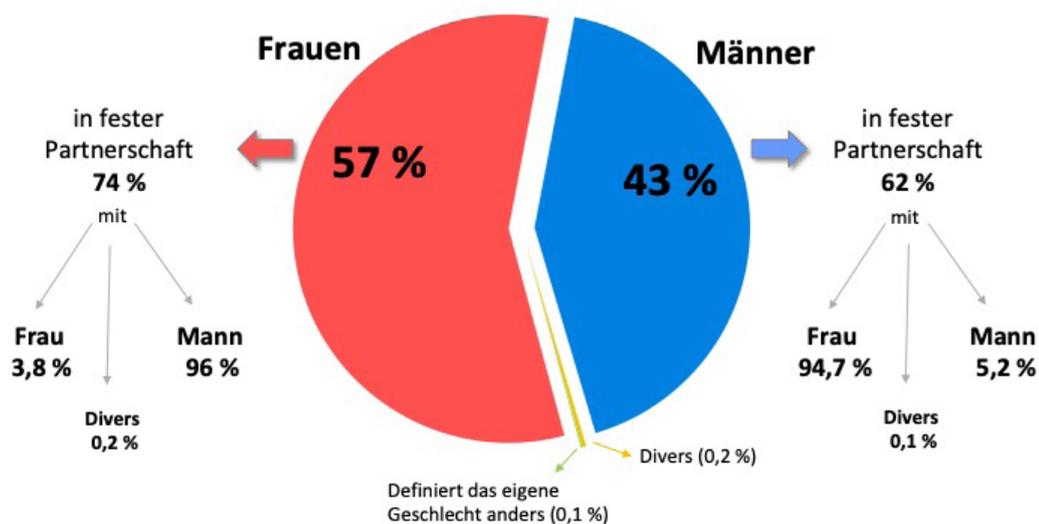
6.2.2 Geschlecht und sexuelle Orientierung

Mehr Frauen als Männer sind ungewollt kinderlos. Von allen im Altersspektrum von 20 bis 50 Jahren mit unerfülltem Kinderwunsch sind **57,2 Prozent Frauen** und **42,5 Prozent Männer**. Hinsichtlich ihres Geschlechts **divers** sind (nach Selbstauskunft) **0,2 Prozent**; weitere 0,1 Prozent geben die Auskunft „Nichts davon, ich definiere mein Geschlecht anders“.

- **Partnerschaft:** 69 Prozent aller ungewollt Kinderlosen leben in einer festen Partnerschaft; 74 Prozent der Frauen und 62 Prozent der Männer. Das bedeutet umgekehrt, dass 26 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen und 38 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer derzeit keine feste Partnerin beziehungsweise keinen Partner haben.

- **Sexuelle Orientierung:** Von den ungewollt Kinderlosen in Partnerschaft sind 95,6 Prozent heterosexuell, 2,4 Prozent lesbisch (Frau-Frau) und 2,0 Prozent schwul (Mann-Mann).
- Von den ungewollt kinderlosen Frauen haben 96,0 Prozent einen männlichen Partner, 3,8 Prozent eine Frau als Partnerin und 0,2 Prozent haben einen Partner mit Geschlechtszugehörigkeit divers.
- Von den ungewollt kinderlosen Männern haben 94,7 Prozent eine Partnerin, 5,2 Prozent haben einen männlichen Partner.
- Mit Blick auf die Gesamtheit aller ungewollt Kinderlosen sind 65,5 Prozent in einer heterosexuellen Partnerschaft, 3,0 Prozent in einer homosexuellen Partnerschaft (1,6 Prozent lesbisch, 1,4 Prozent schwul) und 31,5 Prozent in keiner festen Partnerschaft.

Kein eigenes Kind im Alter 20 bis 50 Jahren, aber ausgeprägter Wunsch nach einem Kind Geschlechtszugehörigkeit und sexuelle Orientierung

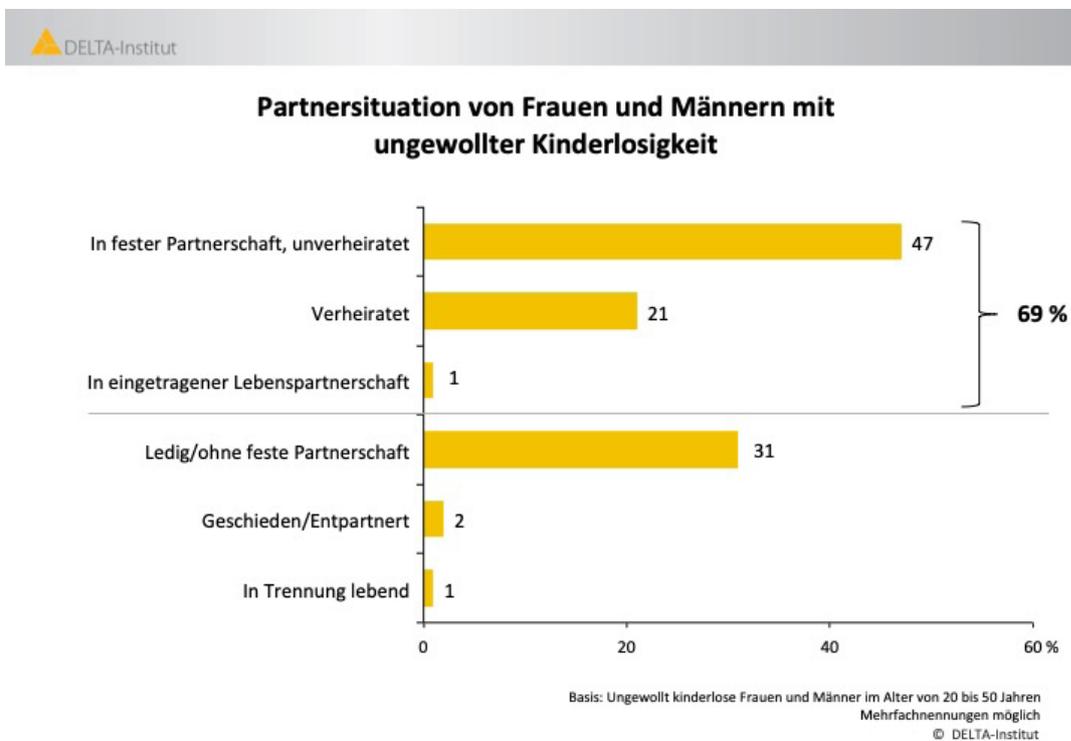


Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20–50 Jahre
© DELTA-Institut

6.2.3 Partnersituation und Familienstand

Die Partnersituation ist ein zentraler Faktor für jene mit aktuellem Wunsch nach einem Kind. 69 Prozent aller ungewollt Kinderlosen leben in fester Partnerschaft (2013 waren es 58 Prozent): 47 Prozent unverheiratet, 21 Prozent verheiratet, ein Prozent in eingetragener Lebenspartnerschaft – und möchten ein Kind. 31 Prozent der ungewollt Kinderlosen sind ledig ohne feste Partnerin

beziehungsweise festen Partner.¹⁵ Der Anteil nicht verheirateter Paare mit unerfülltem Kinderwunsch ist mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Verheirateten mit unerfülltem Kinderwunsch. Dieser hohe Anteil unverheirateter Paare mit unerfülltem Kinderwunsch zeigt, wie wichtig und realitätsadäquat die Erweiterung der Bundesförderrichtlinie am 7. Januar 2016 war, sodass auch jene, die in einer auf Dauer angelegten nicht ehelichen, heterosexuellen Lebensgemeinschaft leben, finanzielle Unterstützung aus Bundesmitteln erhalten.



Signifikant sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Von allen ungewollt kinderlosen Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren sind 74 Prozent in fester Partnerschaft (50 Prozent unverheiratet, 23 Prozent verheiratet, ein Prozent in eingetragener Lebenspartnerschaft). Von den ungewollt kinderlosen Männern sind „nur“ 62 Prozent in fester Partnerschaft (43 Prozent unverheiratet, 18 Prozent verheiratet).

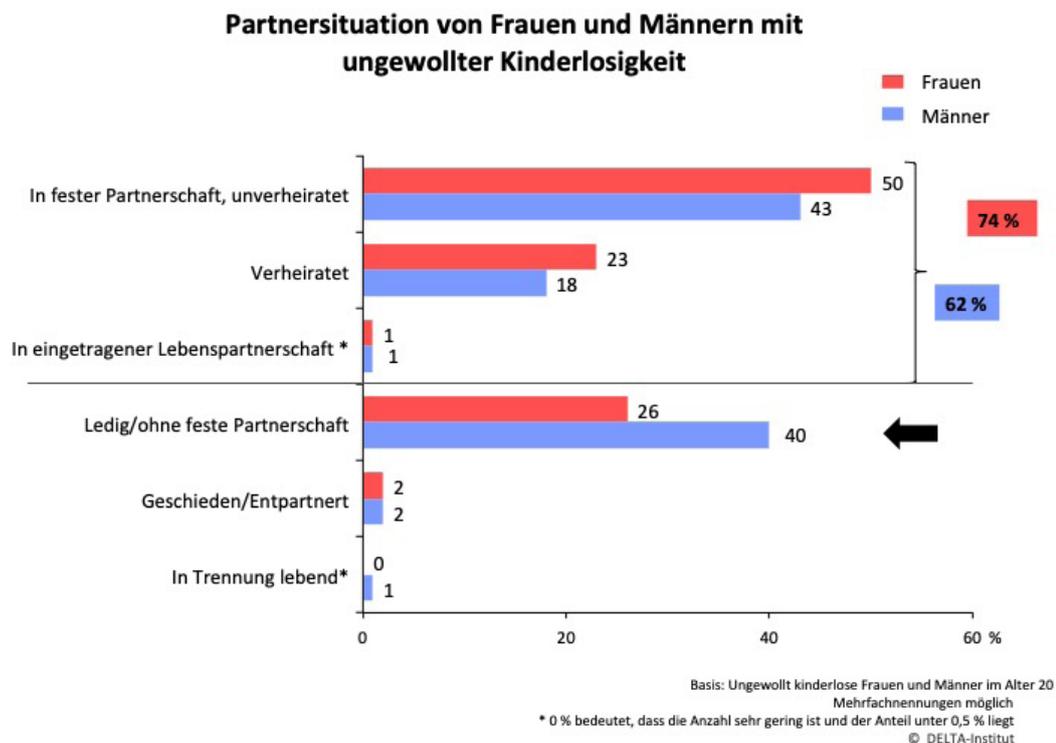
Frauen mit Kinderwunsch sind häufiger in einer festen Partnerschaft als Männer mit Kinderwunsch. Daraus lässt sich *nicht* ableiten, dass bei Frauen grundsätzlich Partnerschaft und Elternschaft enger miteinander verknüpft wären als bei Männern, oder bei Männern eher entkoppelt. Der Befund zeigt aber, dass Frauen häufiger *trotz* bestehender Partnerschaft kein Kind bekommen und Männer einen unerfüllten Kinderwunsch

¹⁵ Von jenen 31 Prozent ohne feste Partnerschaft sind 96,5 Prozent Singles, 1,2 Prozent leben in Trennung und 3,5 Prozent sind geschieden/entpartnert.

haben, weil sie keine feste Partnerin haben. Bei Frauen zeigt sich, dass ein Kinderwunsch sich oft erst durch die feste Partnerschaft (nicht eheliche Lebensgemeinschaft oder Ehe) manifestiert, weil mit der Partnerschaft der entsprechende Rahmen besteht und die Elternschaft insofern eine sichere soziale und materielle Grundlage hat, in gewissem Sinne subjektiv legitimiert ist. Für die allermeisten Frauen (außer Postmaterielle, Expeditiven, Hedonisten) ist ein Kind ohne den passenden Partner keine wünschenswerte Perspektive, sondern wäre ein *Worst-Case-Szenario*.

Groß ist der Anteil der Männer, die sich ein Kind wünschen, aber in keiner festen Partnerschaft leben:

Das ist die Situation für 40 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer, hingegen nur für 26 Prozent der Frauen. Mutter- beziehungsweise Vatersein ist für sie eine große Sehnsucht, obwohl sie derzeit keinen Partner beziehungsweise keine Partnerin haben. Die Befunde der qualitativen Grundlagenstudie zeigen: Für sie ist der Wunsch nach einem Kind ein projektiver Ausdruck ihrer Sehnsucht überhaupt nach Partnerschaft sowie nach Familie mit den Assoziationen „Halt finden: ein Zuhause haben“/„Liebe weitergeben“/„eine Aufgabe für die Zukunft haben“/„Sinn im Leben“.



Bei neun Prozent aller kinderlosen Paare hat einer der Partner bereits **ein Kind oder mehrere Kinder aus einer früheren Beziehung**.

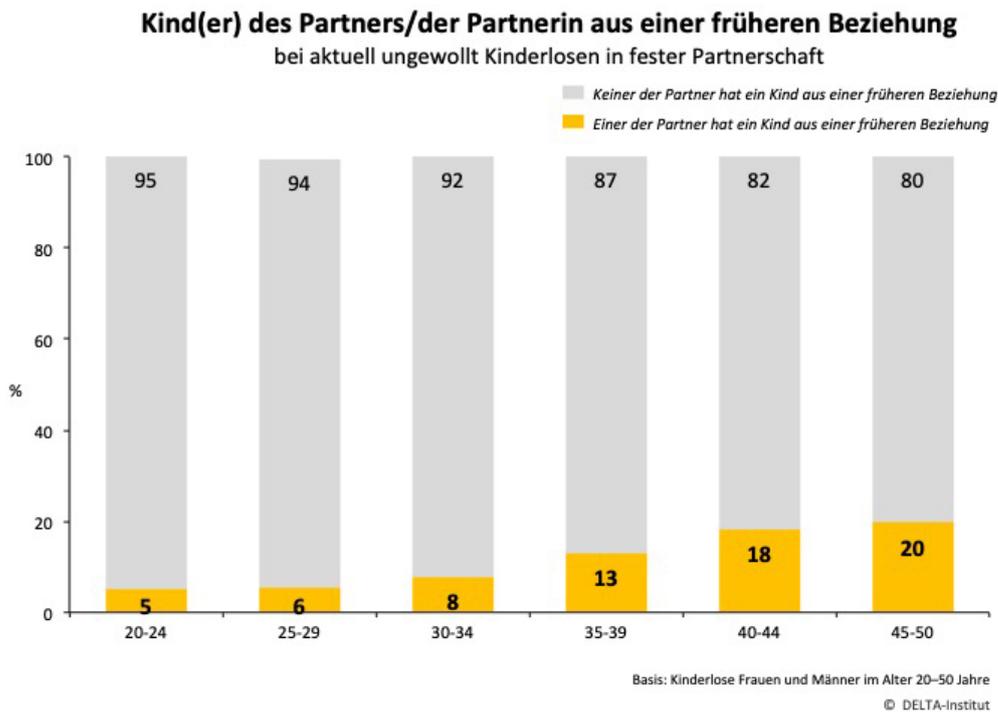
- Eine Partnerin mit Kind(ern) aus einer früheren Beziehung haben sechs Prozent der ungewollt kinderlosen Männer in fester Partnerschaft (von diesen haben 50 Prozent der Partnerinnen ein Kind, 44 Prozent zwei Kinder, sechs Prozent drei oder mehr Kinder).

- Von den ungewollt kinderlosen Frauen in fester Partnerschaft haben elf Prozent einen Partner mit Kind/Kindern aus einer früheren Beziehung (von diesen Männern haben 62 Prozent ein Kind, 27 Prozent zwei Kinder, zehn Prozent drei oder mehr Kinder).

91 Prozent aller kinderlosen Paare haben beiderseits noch kein Kind. Doch diese Konstellation verändert sich im Verlauf der Biografie durch

Partnerbindung und -neufindung. Schon bei Paaren unter 25 Jahren hat bei fünf Prozent einer der Partner bereits ein Kind. Dieser Anteil steigt zunächst sukzessive, dann sprunghaft ab dem 30. Lebensjahr. In der Altersgruppe von 35–39 Jah-

ren haben 13 Prozent der ungewollt Kinderlosen aktuell eine Partnerin/einen Partner, die beziehungsweise der bereits ein Kind hat.¹⁶ Bei 40- bis 44-Jährigen sind es 18 Prozent, bei 45- bis 50-Jährigen 20 Prozent.



Das hat nicht notwendig zur Folge, dass bei jener Partnerin beziehungsweise jenem Partner, die oder der bereits ein Kind hat, der Kinderwunsch nicht so stark ist wie bei jener oder jenem, die beziehungsweise der noch kein eigenes leibliches Kind hat. Hier betonen diese Frauen und Männer, dass ihre *Partnerschaft kinderlos* ist, sie gern ein *gemeinsames* Kind hätten und unter diesem unerfüllten Kinderwunsch leiden. Gleichwohl besteht eine Asymmetrie zwischen beiden Partnern, und zwar in der Eigenerfahrung (habe schon ein eigenes Kind versus habe noch kein eigenes Kind) sowie in der wechselseitigen Fremdperspektive (ich habe noch kein Kind, aber meine Partnerin/mein Partner). Auch hier gibt es durch die qualitativen Interviews empirische Anhaltspunkte dafür, dass diese Asymmetrie die

Partnerschaft und den gemeinsamen Kinderwunsch zwar stützen kann, aber auch zur Belastung wird, wenn sich die Partner darüber nicht offen und behutsam verständigen, sondern sich in solitären Perspektiven und Fremdwahrnehmungen (-motiven, -projektionen) verstricken und einnisten.

6.2.4 Milieustruktur

Es wäre unzutreffend, verzerrend und verkürzend, davon auszugehen, ungewollte Kinderlosigkeit sei eine Frage der Schichtzugehörigkeit und sei typisch für die Oberschicht und obere Mittelschicht: Hier ist das Modell der sozialen Schichtung unzureichend und macht deutlich, wie

¹⁶ Dieses Kind beziehungsweise die Kinder aus einer früheren Beziehung leben im gleichen Haushalt des Paares mit unerfülltem Kinderwunsch oder im Haushalt der Expartnerin (seltener des Expartners), oder sind bereits erwachsen und leben in eigenen Haushalten.

wichtig der differenzierte Blick auf soziale Milieus ist:

- Im Werteabschnitt A „Gemeinsame Traditionen“ ist ungewollte Kinderlosigkeit über alle Schichten hinweg vergleichsweise selten. Sie reicht von den Milieus der „Konservativen“ in der Oberschicht und oberen Mittelschicht bis zum Milieu der „Traditionellen“ der Mittelschicht und Unterschicht. Das zeigt der Vergleich der Milieuanteile in der Bevölkerung im Altersabschnitt 20 bis 50 Jahre mit der Milieuverteilung ungewollter Kinderlosigkeit im gleichen Altersspektrum (vergleiche die beiden folgenden Grafiken).
- Im Werteabschnitt B1 „Selbstverwirklichung – Status, Besitz, Teilhabe“ sind die Anteile ungewollt Kinderloser in den Milieus der „Benachteiligten“ und der „Bürgerlichen Mitte“ relativ gering, hingegen im Milieu „Etablierte“ überdurchschnittlich hoch. Hier zeigt sich ein klares soziodemografisch-hierarchisches Gefälle:
 - In der Unterschicht im Milieu „**Benachteiligte**“ (sechs Prozent) mit kurzen Ausbildungswegen, einfachen Berufsqualifikationen und früher Berufseinmündung ist ungewollte Kinderlosigkeit relativ selten (der Anteil liegt deutlich unter dem Bevölkerungsanteil dieses Milieus von 14 Prozent).
 - Ebenfalls unterdurchschnittlich mit elf Prozent ist der Anteil ungewollter Kinderlosigkeit in der „**Bürgerlichen Mitte**“, für die Familie elementarer Teil ihrer Identität, Voraussetzung für Anerkennung und vollständige Teilhabe der sozialen Nahwelt sind, mit der Folge, dass der Kinderwunsch nicht lange aufgeschoben wird, sondern sehr bald nach dem Berufseinstieg realisiert werden soll. Aber auch wenn der relative Anteil ungewollt Kinderloser in diesem Milieu signifikant geringer ist als der Milieuanteil in der Bevölkerung dieser Altersgruppe (19 Prozent), so sind mit elf Prozent der relative Anteil und die absolute Anzahl ungewollt Kinderloser insgesamt relativ

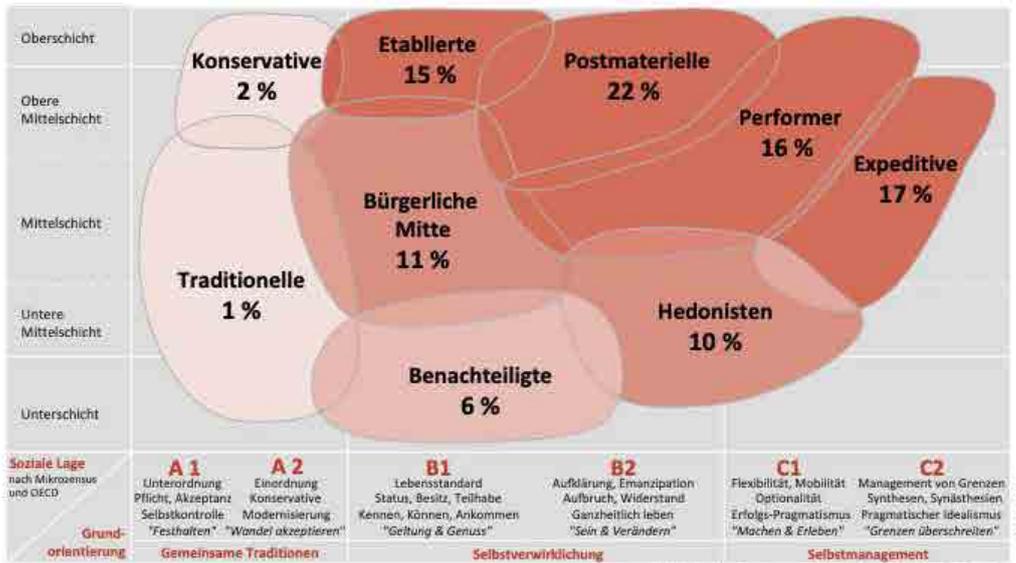
hoch. Mehr als jede(r) zehnte mit unerfülltem Kinderwunsch kommt aus diesem Milieu.

- Im Milieu der „**Etablierten**“ hingegen, die mehrheitlich eine akademische Berufsqualifikation haben, hinsichtlich ihrer ökonomischen Ausstattung sowie ihres sozialen und kulturellen Kapitals an der Spitze unserer Gesellschaft stehen, und bei denen Frauen ihren Kinderwunsch zunehmend länger für eigene berufliche Belange aufschieben, ist der Anteil ungewollt Kinderloser mit 15 Prozent deutlich größer als der Milieuanteil (sechs Prozent) in diesem Alterssegment.

Insgesamt kommen 32 Prozent aller ungewollt Kinderlosen aus diesen drei Milieus (Etablierte, Bürgerliche Mitte, Benachteiligte) dieses Achsenabschnitts.

- Im benachbarten Achsenabschnitt B2 „Selbstverwirklichung – Aufklärung, Emanzipation, Widerstand“ gibt es das zuvor beschriebene starke sozialhierarchische Gefälle der Anteile ungewollter Kinderlosigkeit nicht. Hier sind die Anteile ungewollter Kinderlosigkeit in allen Schichten und Milieus relativ hoch. Im Milieu „**Postmaterielle**“ liegt der Wert mit 22 Prozent deutlich über dem Milieuanteil dieses Altersausschnitts (zehn Prozent). Auch in den Milieus „**Performer**“ (16 Prozent) und „**Hedonisten**“ (elf Prozent) sind die Anteile ungewollt Kinderloser hoch, auch wenn sie etwas unter dem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe (Performer 18 Prozent, Hedonisten 14 Prozent) liegen. **Insgesamt kommen 48 Prozent aller ungewollt Kinderlosen aus diesen drei Milieus.**
- Im Achsenabschnitt C „Selbstmanagement“ ist hauptsächlich das Milieu „**Expeditiv**“ verortet, das einen Anteil von 17 Prozent aller ungewollt Kinderlosen stellt (auch hier deutlich über dem Bevölkerungsanteil der 20- bis 50-Jährigen von zwölf Prozent).

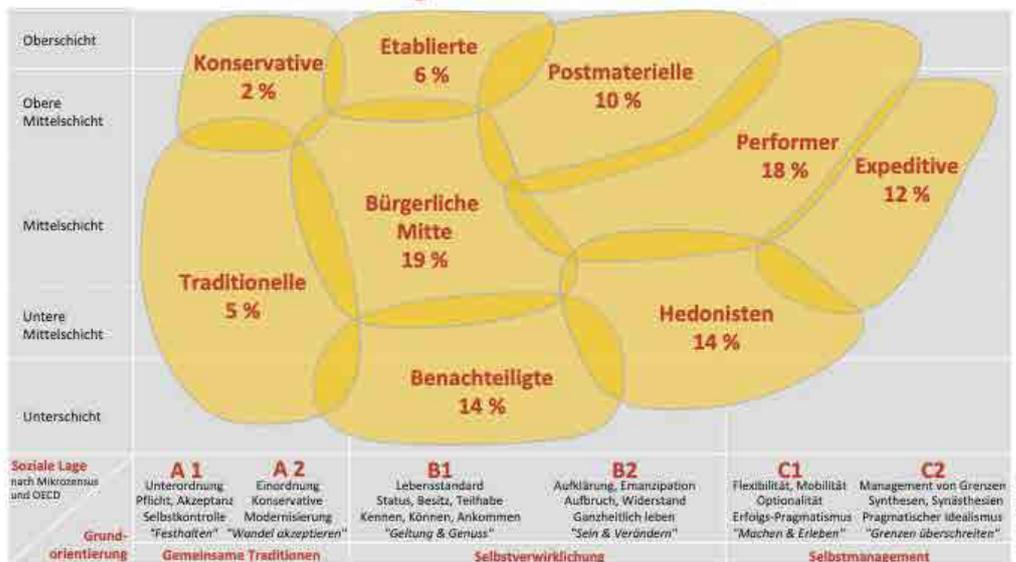
Milieuverteilung von ungewollt Kinderlosen der Bevölkerung im Alter von 20 bis 50 Jahren



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre



Milieuverteilung der Bevölkerung im Alter von 20 bis 50 Jahren



Deutschsprachige Wohnbevölkerung

Sich ein Kind sehr wünschen und dennoch kein Kind bekommen, trifft vor allem Menschen in gehobenen moderneren Milieus: „Etablierte“, „Postmaterielle“ und „Performer“. **53 Prozent aller ungewollt kinderlosen Frauen und Männer kommen aus diesen drei gesellschaftlichen Leitmilieus.** In allen drei Milieus sind – in dem hier betrachteten Generationenausschnitt – eine akademische Ausbildung der normative Standard (wenngleich es im Milieu der „Postmateriellen“ einige gibt, die sich nach der Schule bewusst für ein spezifisches Handwerk oder einen sozialen Dienstleistungsberuf entschieden haben; gleichwohl schließen davon viele später ein Studium an). Gerade weil ihre Ausbildung lang ist, ein Studiensemester oder ein größerer Teil des Studiums im Ausland absolviert wird, bei manchen die Promotion folgt sowie beim Berufseinstieg von ihnen selbstverständlich berufliche Flexibilität und Mobilität als künftige Führungskräfte verlangt werden, schieben sie ihre Familiengründung deutlich länger als andere auf. Die meisten haben die Zielmarke, nach den ersten Karriereschritten mit gesicherten beruflichen Verhältnissen und einem stabilen Arbeitsalltag ein Kind zu bekommen, um ihre Elternschaft verantwortlich zu gestalten und für ihr Kind da zu sein. Da der richtige Zeitpunkt selten durch äußerliche Umstände eindeutig markiert ist; da Projekte und Verantwortlichkeiten eine Reduktion des Arbeitspensums nicht nahelegen, und weil sich stets neue Chancen und Herausforderungen bieten, schieben viele ihren ersten Kinderwunsch auf die Zeit deutlich nach dem 30. Lebensjahr hinaus – und wundern sich, wenn es dann nicht gleich klappt.

Groß ist vor allem bei „Performern“ und „Etablierten“ das Vertrauen in die moderne Medizintechnologie einer Kinderwunschbehandlung. Gerade Frauen aus diesen Milieus – und einige Männer –

wollen sich alle Optionen offenhalten und gehen etwa das Konservieren von Eizellen aktiv an (Social Freezing, Medical Freezing), wenn ihre aktuelle Berufstätigkeit mit einer Familiengründung derzeit nicht vereinbar ist, ihre Partnerin oder ihr Partner derzeit noch kein Kind will, die Frau im Fall der Elternschaft in eine traditionelle Arbeitsteilung zu rutschen droht oder eine Erkrankung (Schilddrüse, Krebs, Autoimmunerkrankung oder Ähnliches) eine aktuelle Schwangerschaft nicht möglich macht oder nicht ratsam erscheinen lässt.

Gleichwohl scheint überraschend, dass der höchste Anteil ungewollt Kinderloser im Milieu der „Postmateriellen“ liegt – und nicht etwa bei „Performern“. Der Grund liegt in der milieuspezifischen Alltagsphilosophie und Identität begründet. Für „Postmaterielle“ ist ihr Kinderwunsch eher Teil ihrer Vision von einem guten und ganzheitlichen Leben; insofern halten sie länger an diesem Wunsch fest und geben ihn nicht auf. Für „Performer“ hingegen ist der Kinderwunsch eine sehr stark gewollte Option – aber eben nur eine *Option*, zu der sie aufgrund ihrer flexiblen Mentalitätsstruktur und Lebensphilosophie eine Alternative entwickeln: Wenn sich ein Ziel partout nicht erreichen lässt, auch durch längere und methodenintensive Versuche nicht, dann verabschieden sie sich von dieser Vorstellung. Das ist der Grund, warum der Anteil ungewollt Kinderloser bei „Postmateriellen“ signifikant höher ist: Sie halten länger an ihrer Utopie von Muttersein, Vatersein, Familie fest.

7

Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit

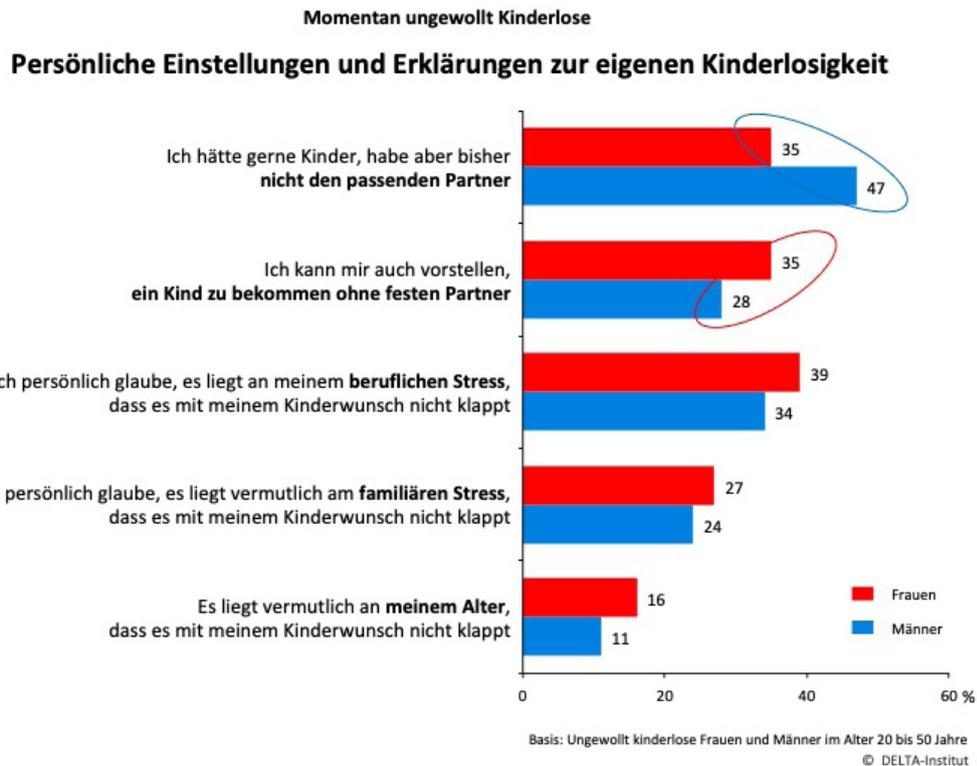
Kinderlosigkeit trotz Kinderwunsch ist für die Betroffenen eine subjektiv paradoxe Situation, für die sie nach einer plausiblen Erklärung suchen. Für ihren bisher nicht realisierten Kinderwunsch greifen sie zu auf ein gesellschaftlich vorfabriziertes, kulturell bereitgestelltes und sozial akzeptiertes Spektrum von Erklärungen. Diese sind bei Frauen und Männern je unterschiedlich gewichtet, und diese Gewichte verschieben sich mit

zunehmendem Alter. Auch in ihren Aktivitäten zur fachlichen Aufklärung über die wirklichen Ursachen unterscheiden sich Ältere von Jüngeren, Frauen von Männern. Im subjektiven Universum der Vermutungen und Erklärungen, Einstellungen und Verhaltensweisen lassen sich drei Felder unterscheiden: (1) persönliche; (2) biologische und medizinische; (3) partner(schafts-)bezogene.

7.1 Persönliche Einstellungen und Erklärungen

Dass es mit dem Kinderwunsch nicht klappt, liege am eigenen **beruflichen Stress**, meinen 39 Prozent der Frauen und 34 Prozent der Männer. 2013 waren diese Anteile mit 16 und 19 Prozent deutlich geringer. Dies verweist darauf, dass beruflicher Stress sich als kulturell etabliertes Erklärungsmuster bewährt hat, sofern es subjektive Plausibilität bietet, die Ursache bei einem äußeren Umstand identifiziert – dadurch entlastet und Erklärungssicherheit bietet, und zugleich als pragmatische Alltagshypothese Ansätze für die Möglichkeit einer Lösung bietet. „Beruflicher Stress“ als Ursache ist für Frauen wie für Männer deutlich plausibler – und partnerschaftlich unproblematischer als „**privater, familiärer Stress**“ –, zumal die Ursache externalisiert ist in die Sphäre außerhalb der Partnerschaft. Doch auch 27 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer sehen im

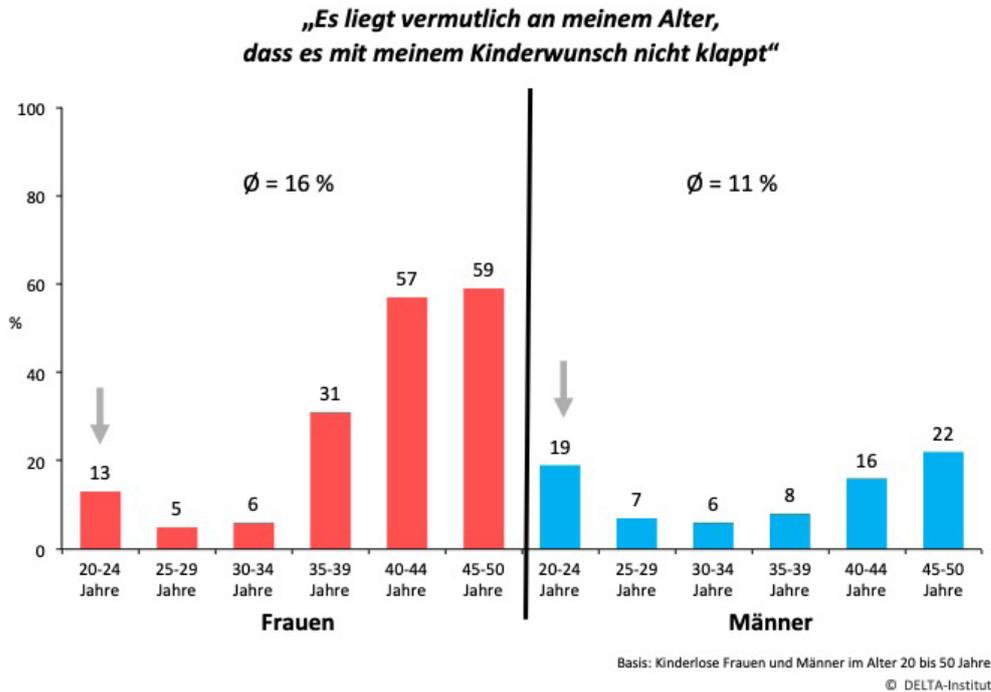
familiären Stress eine Ursache dafür, dass die Frau nicht schwanger wird – meistens induziert durch das bisher vergebliche intensiviertere Bemühen um Maßnahmen für eine Schwangerschaft. An Bedeutung gewinnt dieser Befund, wenn man ihn mit 2013 vergleicht: Damals sagten nur fünf Prozent der Frauen und vier Prozent der Männer, dass ihre Kinderlosigkeit im familiären Stress gründe. Die Anteile sind seitdem um mehr als das Fünffache gestiegen. Die in beiden Hinsichten (beruflich, familiärer) gestiegenen Werte geben keine Auskunft über tatsächlich gestiegene, objektive Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Vielmehr zeigen die Befunde eine gestiegene Sensibilität ungewollt Kinderloser für den Faktor Stress, ob dieser nun im Beruflichen oder im Privaten oder in beiden Sphären sich steigend identifiziert wird.



Das eigene pure (biologische) Lebensalter als Ursache dafür, dass eine Schwangerschaft nicht erfolgt, sehen im Durchschnitt 16 Prozent der Frauen und elf Prozent der Männer – diese Differenz zwischen den Geschlechtern ist statistisch signifikant und inhaltlich relevant. Diese Prozentwerte für das gesamte Altersspektrum von 20- bis 50-jährigen verdecken, dass die eigentliche Kluft in der geschlechtsspezifischen Fruchtbarkeitsvorstellung erst im Alter ab etwa 35 Jahren beginnt und dann umso größer ist: Dass die nicht gelingende Schwangerschaft vermutlich am eigenen Alter liegt, vermuten im Alter von 35 bis 39 Jahren 31 Prozent der Frauen und nur acht Prozent der Männer (Differenz von 23 Prozentpunk-

ten), im Alter zwischen 40 und 44 Jahren 57 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer (Differenz von 41 Prozentpunkten) und zwischen 45 und 50 Jahren 59 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer (Differenz von 37 Prozentpunkten).

Auffällig ist das Handeln besonders junger Menschen mit ihrem Alter: Mehr als jede zehnte ungewollt kinderlose Frau (13 Prozent) und fast jeder fünfte Mann (19 Prozent) zwischen 20 und 24 Jahren vermutet schon im eigenen Alter einen Grund für den sich nicht erfüllenden Kinderwunsch.



Ungewollte Kinderlosigkeit hat nicht nur äußerliche Ursachen, sondern liegt bei einem Teil auch in der Einstellung zu ihrer Partnerin/ihrem Partner (die/den man für ein gemeinsames Kind für ungeeignet hält), an der Einstellung der Partnerin oder des Partners (die oder der kein Kind will) – oder an der mangelnden Gelegenheitsstruktur, weil man keine Partnerin, beziehungsweise keinen Partner hat: Wenn sich der Kinderwunsch nicht erfüllt, liegt das bei einem Teil daran, dass sie einfach keinen festen Partner haben, andere haben eine Partnerin/einen Partner, aber mit dieser beziehungsweise diesem können sie kein Kind bekommen. Sie halten an ihrem Kinderwunsch weiter fest und schieben ihn auf. Damit stellen sie unter Umständen ihre Partnerschaft zur Disposition.

- 35 Prozent aller ungewollt kinderlosen Frauen hätten gern Kinder, haben aber nach eigener Aussage bisher **nicht den passenden oder keinen Partner**. Von den Single-Frauen sagen 92 Prozent, dass sie weiter an ihrem Kinderwunsch festhalten. Aber auch 14 Prozent der Frauen in fester Partnerschaft wollen Kinder, aber nicht mit ihrem aktuellen Partner (beziehungsweise ihrer Partnerin).

- Ähnlich ist diese Einstellung bei Männern: Hier sagen im Durchschnitt sogar 47 Prozent, dass sie für ihren Kinderwunsch nicht die richtige Partnerin oder derzeit keine Partnerin haben. Von den Singles halten 91 Prozent am Kinderwunsch fest; von den jenen in fester Partnerschaft sagen 20 Prozent, dass sie mit ihrer aktuellen Partnerin (beziehungsweise ihrem Partner) kein Kind bekommen können oder wollen.

Zwar wird der Kinderwunsch überwiegend an eine feste Partnerschaft geknüpft, aber bei einem relevanten, nicht kleinen und in den letzten Jahren größer gewordenen Segment werden mit zunehmendem Leiden unter der Kinderlosigkeit und mit der Bedeutung eines Kindes für den eigenen Lebensentwurf und die eigene Identität die **Partnerschaft und Elternschaft entkoppelt**, werden zu graduell eigenständigen Dimensionen der Lebensweise: Ein Kind zu haben, für es zu sorgen und zu erziehen auch ohne festen Partner, kann sich nicht nur ein großer Teil der Singles vorstellen (53 Prozent der Single-Frauen, 38 Prozent der Single-Männer – im Mittel 45 Prozent),¹⁷ sondern können sich insgesamt von allen ungewollt Kinderlosen 36 Prozent der Frauen und

17 Ihre Elternschaft knüpfen sie an Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung (Frauen), Adoption oder den in Deutschland verbotenen Möglichkeiten der Leihmutterchaft oder Eizellenspende.

28 Prozent der Männer vorstellen (im Mittel 32 Prozent). Selbst von jenen, die aktuell in einer festen Partnerschaft sind, können sich 30 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer vorstellen, ein Kind zu bekommen und für es zu sorgen auch ohne Partnerin beziehungsweise Partner (im Mittel 26 Prozent). Sie stehen in einer Situation der Orientierung und Güterabwägung: Ist ihnen ihre Partnerin beziehungsweise ihr Partner (ihre Partnerschaft) wichtiger als ein Kind – oder umgekehrt? Sind mit ihrer aktuellen Partnerin beziehungsweise ihrem Partner die Chancen auf eigene Elternschaft gering oder äußerst unwahrscheinlich – aufgrund von Unfruchtbarkeit, Krankheit oder weil die Partnerin/der Partner selbst kein Kind will? Wenn ihre Kinderlosigkeit nicht gelingt aufgrund der eingeschränkten Fruchtbarkeit der Partnerin/des Partners, dann bleibt in diesen Fällen der Kinderwunsch und die Partnerschaft wird zur Disposition gestellt. Entscheidend ist, dass in diesen Konstellationen eine bestehende Partnerschaft in Konkurrenz gerät mit dem wachsenden – und mit zunehmendem Alter zeitlich drängenden – Kinderwunsch.

Ungewollt Kinderlose: „Ich kann mir auch vorstellen, ein Kind zu bekommen ohne feste Partnerin oder festen Partner“			
	Aktuell in fester Partner- schaft (69 %)	Ledig, aktuell ohne Partner- schaft (31 %)	Gesamt
Frauen	30 %	53 %	36 %
Männer	21 %	38 %	28 %
Gesamt	26 %	45 %	32 %

Wie groß der Wunsch mitunter ist, dass die eigene Partnerschaft, selbst eine Ehe infrage gestellt wird, zeigt der Befund, dass selbst von den Verheirateten 19 Prozent sich vorstellen können, ein Kind auch ohne feste Partnerin oder festen Partner zu bekommen. Von jenen, die nicht verheiratet in einer festen Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt leben, sagen dies 29 Prozent der ungewollt Kinderlosen. Hier ist der Anteil der Frauen (34 Prozent) deutlich höher als der der Männer (22 Prozent).

Ungewollt Kinderlose in fester Partnerschaft: „Ich kann mir auch vorstellen, ein Kind zu bekommen ohne feste Partnerin oder festen Partner“		
	Verheiratet (21 %)	Unverheiratet in fester Partnerschaft (47 %)
Frauen	20 %	34 %
Männer	18 %	22 %
Gesamt	19 %	29 %

7.2 Biologische Aspekte und medizinische Erklärungen

Obwohl sie seit mehreren Monaten oder Jahren vergeblich versuchen, ein Kind zu bekommen, haben von allen ungewollt Kinderlosen bisher nur 25 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer eine **Ärztin** oder einen **Arzt** aufgesucht zur medizinischen Abklärung, ob die Ursache für die Kinderlosigkeit bei ihr beziehungsweise ihm **organische Ursachen** hat. Diese Anteile sind höher als 2013, als nur 17 Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer dies bis dahin schon unternommen hatten. Insbesondere bei Männern hat sich hier offenbar die Einstellung und praktische Zurückhalten verändert. Aus den qualitativen Interviews wissen wir, dass die treibende Kraft dazu in der Regel die Frau ist, die ihren Partner drängt sich ebenfalls untersuchen zu lassen, a) zeitgleich mit ihr, um die Gemeinsamkeit des Vorhabens zu unterstreichen; b) wenn bei der Frau selbst keine Ursachen für nicht erfolgte Befruchtung festgestellt werden konnte. Gleichwohl zeigt der Befund, dass 75 Prozent aller Frauen und 80 Prozent aller Männer mit bisher unerfülltem Kinderwunsch sich noch nie haben untersuchen lassen hinsichtlich ihrer Fruchtbarkeit.

Man könnte meinen, eine solche Untersuchung macht nur Sinn, wenn man in einer Partnerschaft ist und trotz Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Dabei zeigt die Untersuchung, a) dass auch ein Teil jener aktuell ohne Partnerin oder Partner schon einmal die eigene Fruchtbarkeit hat checken lassen (16 Prozent der Frauen und Männer); b) dass ungewollt Kinderlose in einer

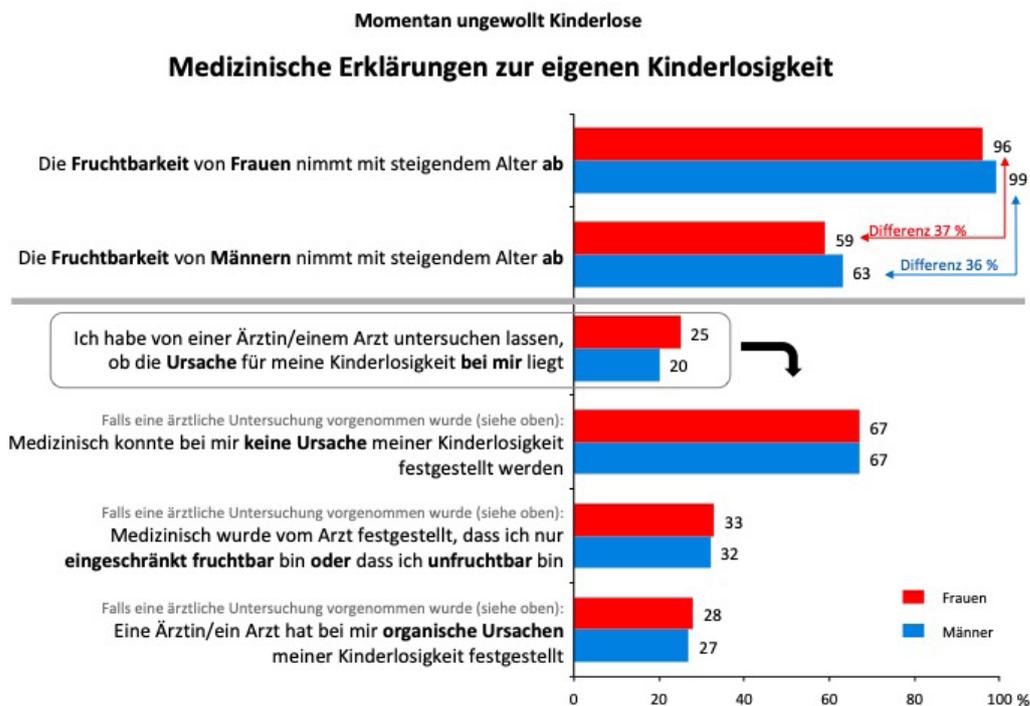
7 Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit

festen Partnerschaft nur geringfügig häufiger so eine Untersuchung vornehmen lassen haben (28 Prozent der Frauen, 23 Prozent der Männer) als jene ohne Partnerschaft. Trotz Partnerschaft und Geschlechtsverkehr wissen über 70 Prozent der ungewollt Kinderlosen nicht, ob bei einem von ihnen organische Ursachen vorliegen, die dafür sorgen, dass die Frau nicht schwanger wird.

Ungewollt Kinderlose: „Ich habe von von einer Ärztin oder einem Arzt untersuchen lassen, ob die Ursache für meine Kinderlosigkeit bei mir liegt“			
	Aktuell in fester Partnerschaft	Ledig, aktuell ohne Partnerschaft	Gesamt
Frauen	28 %	16 %	25 %
Männer	23 %	16 %	20 %
Gesamt	26 %	45 %	23 %

Von denen, die sich ärztlich untersuchen lassen haben, sagen zwei Drittel der Frauen und Männer, dass bei ihnen keine Ursachen ihrer Kinderlosigkeit habe festgestellt werden können. Bei einem Drittel wurde von der Ärztin oder dem Arzt eine eingeschränkte Fruchtbarkeit oder Unfruchtbarkeit festgestellt.

Bemerkenswert ist, dass es nach vorgenommener ärztlicher Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Ursachen ihrer Kinderlosigkeit gibt. Bei etwa gleich vielen Frauen (67 Prozent) wie Männern (67 Prozent) wurden von der Ärztin oder dem Arzt keine medizinischen Ursachen der Kinderlosigkeit festgestellt; umgekehrt wurden bei 33 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer eine eingeschränkte Fruchtbarkeit oder Unfruchtbarkeit festgestellt, sowie bei 28 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer, dass die Kinderlosigkeit andere organische Ursachen hat. Das steht im Gegensatz zu der bei ungewollt kinderlosen Frauen und Männern weitverbreiteten Vorstellung (insbesondere bei jenen, die sich nicht ärztlich untersuchen lassen), dass der Organismus einer Frau hinsichtlich der Befruchtung viel komplexer sei als der des Mannes und dass deshalb viel mehr mögliche Ursachen einer vollständigen oder partiellen Unfruchtbarkeit bei der Frau liegen als beim Mann. Die medizinischen Befunde (nach Selbstauskunft) bestätigen diese Betroffenensicht nicht, sondern geben Anlass zur Vermutung, dass die Ursachen bei beiden Geschlechtern in etwa gleichem Maße liegen.



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Nahezu alle – über 95 Prozent – gehen davon aus, dass die Fruchtbarkeit bei Frauen mit steigendem Alter abnimmt. Hier gibt es im Alltagsverständnis (das zeigen die qualitativen Gruppeninterviews) eine Reihe von Vorstellungen, von linear absteigender Fruchtbarkeit bis hin zu stufen- und schubweiser Reduktion der Fruchtbarkeit von Frauen. Hingegen glauben deutlich weniger, dass auch bei Männern die Fruchtbarkeit mit steigendem Alter zurückgeht – 59 Prozent der Frauen und (sogar mehr) 63 Prozent der Männer sind dieser Auffassung. In ihrer Alltagsvorstellung sinkt mit fortschreitendem Alter, auch forciert im Fall einer ungesunden Lebensführung und durch beruflichen Stress, die Qualität der Spermien hinsichtlich ihrer Beweglichkeit und Geschwindigkeit. Insgesamt aber geht mehr als ein Drittel der ungewollt kinderlosen Frauen (41 Prozent) und Männer (37 Prozent) davon aus, dass die Fruchtbarkeit eines Mannes in der Regel stabil hoch bleibe, und Männer auch in fortgeschrittenem Alter weitgehend uneingeschränkt fruchtbar seien.

○ Im Alter bis 29 Jahren suchen 19 Prozent der **Frauen** trotz unerfülltem Kinderwunsch eine Fachärztin oder einen Facharzt auf. Selbst im Alter zwischen 30 und 34 Jahren klären nur 21 Prozent organische Ursachen ab. Mit dem Alter von etwa 35 Jahren beginnt eine Zäsur und signifikant mehr Frauen lassen sich bei einer Ärztin oder einem Arzt medizinisch auf Ursachen ihrer Kinderlosigkeit untersuchen: 36 Prozent im Alter von 35 bis 39 Jahren, 45 Prozent im Alter von 40 bis 44 und 56 Prozent im Alter von 45 bis 50 Jahren.¹⁸ Insofern erfährt die „Behandlungskurve“ von Frauen mit zunehmendem Alter nach anfänglich schwach steigendem Verlauf eine erhebliche Steigerung. Doch die Mehrheit der Frauen nimmt keine medizinische Ursachenklärung vor: Nur 18 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen im Alter unter 30 Jahren hat eine solche Diagnose vornehmen lassen (82 Prozent nicht), und auch nur 33 Prozent der Frauen über 30 Jahren. Auch wenn sie im Alter über 30 Jahren einen unerfüllten Kinderwunsch haben, lassen sich 67 Prozent der

Frauen nicht hinsichtlich ihrer eigenen Fruchtbarkeit untersuchen.

Insofern gibt es für die Mehrheit der Frauen Barrieren und Hemmnisse; auch eine Scheu und Angst vor einer medizinisch-wissenschaftlich endgültigen und möglicherweise jede Hoffnung nehmenden Diagnose, die ein „Lebensurteil“ bedeuten würde. Ein Teil der Frauen blendet für sich die Möglichkeit der (vollständigen, eingeschränkten) organischen Unfruchtbarkeit aus, zieht sie überhaupt nicht in Betracht, verdrängt, marginalisiert oder tabuisiert diese: Sie sind noch nie auf den Gedanken gekommen, die organischen Ursachen ihrer Kinderlosigkeit zu klären; stützen sich häufig auf individuelle Spekulationen über soziale, emotionale, psychologische Erklärungen, die sich aus fragmentarischen Informationen aus Zeitschriften, Websites und Alltagsgesprächen speisen.

○ Anfangs – in der neuen Generation der jungen **Männer** mit unerfülltem Kinderwunsch – lassen nach eigenen Angaben ebenso viele Männer wie Frauen ihre Fruchtbarkeit untersuchen: 16 Prozent. Wenn der Kinderwunsch in diesem Lebensabschnitt sehr ausgeprägt ist und sich trotz intensiver Bemühungen keine Schwangerschaft einstellt, obwohl doch beide in der Hochphase der Fruchtbarkeit sein sollten, lässt sich ein relevanter Anteil der jungen Männer untersuchen – meistens motiviert durch die Partnerin mit der Vorstellung, dass ein Kind ein gemeinsames Vorhaben ist. Doch mit zunehmendem Alter steigt die Bereitschaft ungewollt kinderloser Männer nach einer medizinischen Diagnostik ihrer Fruchtbarkeit nur gering und signifikant schwächer als bei Frauen derselben Altersgruppe. Selbst im Alter von 40 bis 44 Jahren haben sich nur 24 Prozent der Männer, im Alter von 45 bis 50 Jahren 36 Prozent, untersuchen lassen. Mit zunehmendem Alter steigt die Differenz der Behandlungsprävalenz zwischen Frauen und Männern. Nur 14 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer im Alter unter 30 Jahren haben eine solche

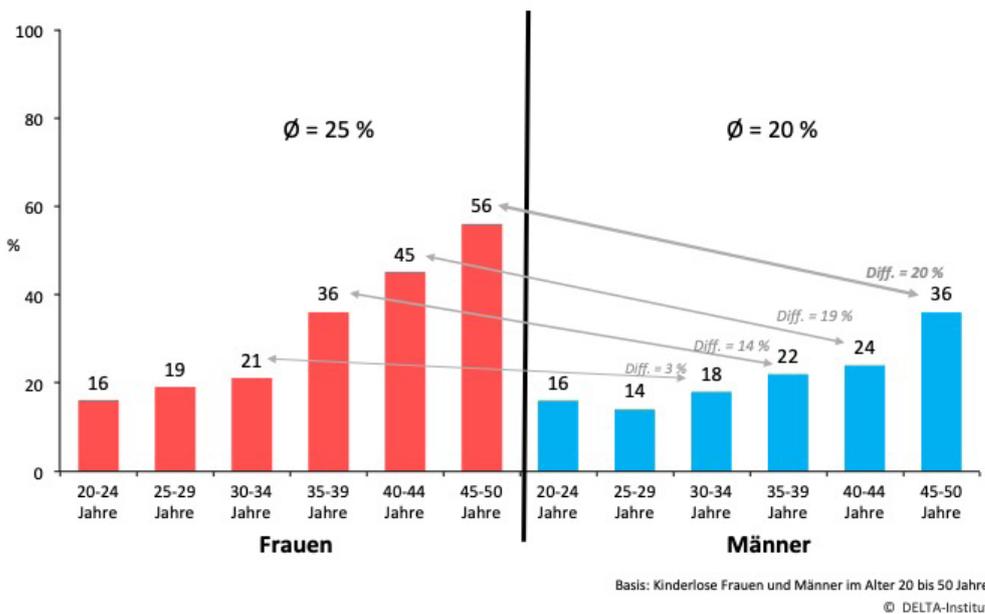
¹⁸ Diese Werte sind kumulativ zu lesen, das heißt, in der jeweiligen Altersgruppe hat der genannte Anteil von ungewollt kinderlosen Frauen eine solche ärztliche Untersuchung vornehmen lassen. Diese muss nicht für alle in diesem Altersabschnitt stattgefunden haben, sondern kann auch vorher schon erfolgt sein. Insofern gibt die Differenz der Prozentpunkte an, wie hoch der Anteil derer ist, die zusätzlich in diesem Altersabschnitt erstmals eine solche Untersuchung vornehmen lassen.

Diagnose vornehmen lassen (86 Prozent nicht), und auch nur 24 Prozent der Männer über 30 Jahren. Selbst im Alter über 30 Jahren lassen sich somit gut drei Viertel (76 Prozent) der Männer mit unerfülltem Kinderwunsch hinsichtlich ihrer eigenen Fruchtbarkeit nicht untersuchen.

In den qualitativen Interviews zeigt sich, dass Männer mehrheitlich eine persönliche, körperliche und situationsbezogene Scheu haben vor einem Test auf ihre Fruchtbarkeit. Während für Frauen die regelmäßige gynäkologische Untersuchung ein selbstverständlicher Teil ihrer Gesundheitsvorsorge ist, ist für Männer der Gang zur Andrologin oder Urologin beziehungsweise zum Andrologen oder

Urologen äußerst selten, der ihnen peinlich ist und den sie nur bei erheblichen körperlichen Beschwerden auf sich nehmen, oder auf Wunsch beziehungsweise Drängen der Partnerin. Für die Mehrheit der Männer ist ihre Fruchtbarkeit der voreingestellte Modus und sehr eng geknüpft an ihre Identität von Männlichkeit („Mann ist fruchtbar“). Möglicherweise ist die urologische Untersuchung für viele Männer noch so sehr stigmatisiert, dass sie umso fester an ihrer uneingeschränkten Fruchtbarkeit festhalten. So haben Männer auch bei dauerhaft unerfüllter Kinderlosigkeit die Tendenz, als Ursache andere kontingente Faktoren (Stress) oder Faktoren bei ihrer Partnerin zu vermuten, und tabuisieren so die Möglichkeit der eigenen organischen Unfruchtbarkeit.

„Ich habe von einer Ärztin bzw. einem Arzt untersucht lassen, ob die Ursache für meine Kinderlosigkeit bei mir liegt“



Risikoschwangerschaft – dieser Begriff steht für ungewollt Kinderlose für ein realistisches, bedrohliches Szenario, das mit zunehmendem Alter an statistischer Wahrscheinlichkeit zunimmt. Bei einer Risikoschwangerschaft ist die Mutter des Kindes unmittelbar betroffen, der Vater des Kindes mittelbar. Nahezu alle sagen (97 Prozent der Frauen, 92 Prozent der Männer), ihnen sei bewusst, dass die Wahrscheinlichkeit einer Risikoschwangerschaft mit steigendem Alter zunimmt. Das erhöht den Druck, doch jetzt endlich schwanger zu werden, um eine Risikoschwangerschaft mit lebensgefährdenden Risiken für das Kind sowie die

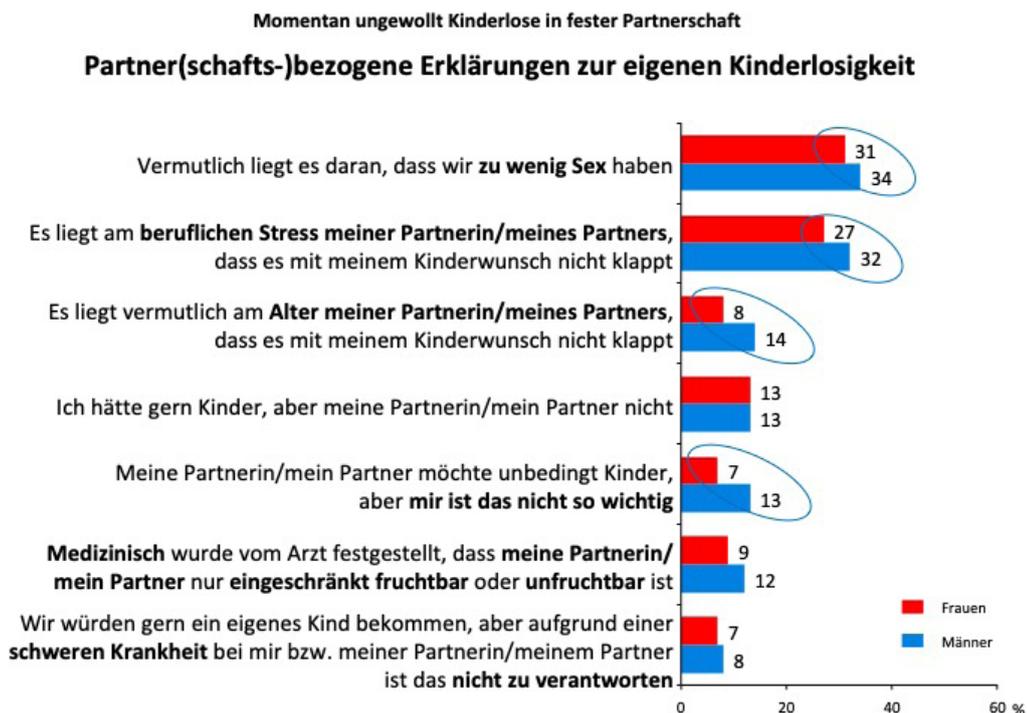
Mutter möglichst zu vermeiden. Dabei zeigt sich, dass ungewollt Kinderlose mehrheitlich keine konkreten Vorstellungen haben und sich meist nicht genau informieren, was unter den Begriff „Risikoschwangerschaft“ fällt, worin genau die Risiken bestehen. Durch die Diffusität gewinnt dieses Label den Charakter einer angstbesetzten Drohkulisse, für die es zwar reale medizinische Implikationen gibt, die für ungewollt Kinderlose aber überwiegend eine diffus-rationale (bei spekulativen Assoziationen auch irrationale), vor allem Zeitdruck und Stress steigernde Komponente bedeutet.

7.3 Partner(schafts-)bezogene Erklärungen

Bei der Suche nach Gründen und Ursachen eigener Kinderlosigkeit bei sich selbst (beruflicher Stress, familiärer Stress, das eigene Lebensalter, keine geeignete Partnerin beziehungsweise kein geeigneter Partner) oder hinsichtlich biologisch-medizinischer Aspekte entwickeln die Frauen und Männer einen breiten Horizont mit multifaktoriellen Erklärungen, wobei sie den einzelnen Faktoren (meist diffus) ein unterschiedliches Gewicht zuschreiben. Richtet sich der Blick auf die Partnerin beziehungsweise den Partner, dann potenziert sich das Feld möglicher Ursachen bis hin zur Unübersichtlichkeit, zumal die einzelnen Aspekte in Wechselwirkung miteinander stehen. Was bei einem selbst als mögliche Ursache überlegt wird, kommt auch bei der Partnerin oder beim Partner in Betracht – vor allem beruflicher Stress, das Lebensalter und eingeschränkte Fruchtbarkeit. Vermutet wird aber auch, dass die Partnerin/der Partner nicht in gleicher Weise wie man selbst ein Kind will (oder eigentlich kein Kind will), oder umgekehrt, dass bei der Partnerin/dem Partner der Kinderwunsch ungleich größer ist als bei einem selbst. Bei all diesen Aspekten haben Männer für ihre Partnerin häufiger diese Vermutung als umgekehrt Frauen mit Blick auf ihren Partner. Gleichwohl ist festzustellen, dass nur etwa

jede beziehungsweise jeder Zehnte in den genannten Belangen eine Ursache sieht, warum die Schwangerschaft nicht gelingt. Nur bei zwei Ursachenbündeln sehen deutlich mehr, nämlich ein Drittel der ungewollt Kinderlosen, einen Grund für den nicht realisierten Kinderwunsch: beruflicher Stress (27 Prozent der Frauen vermuten dies bei ihrem Partner; 32 Prozent der Männer bei ihrer Partnerin) und zu wenig Sex: 31 Prozent der Frauen und 34 Prozent der Männer sind der Auffassung, dass zu seltener Geschlechtsverkehr ein Grund ihrer Kinderlosigkeit ist.

Wie sehr diese Faktoren zusammenwirken, illustrieren die qualitativen Interviews. So erzählten mehrere Frauen und Männer, dass sie selbst und/oder ihre Partnerin beziehungsweise ihr Partner beruflich eingespannt seien, auf Dienstreisen und daher oft nicht daheim; dass sie berufs- und mobilitätsbedingt abends oft müde und zu müde für Sex seien; dass sie mit Blick auf den Kinderwunsch und den Eisprung der Frau den Sex am Abend oder am freien Wochenende zunehmend als Termin, als Pflicht, als „Aufgabe“ wahrnahmen, was den Stress erhöht und die Partnerschaft belastet.

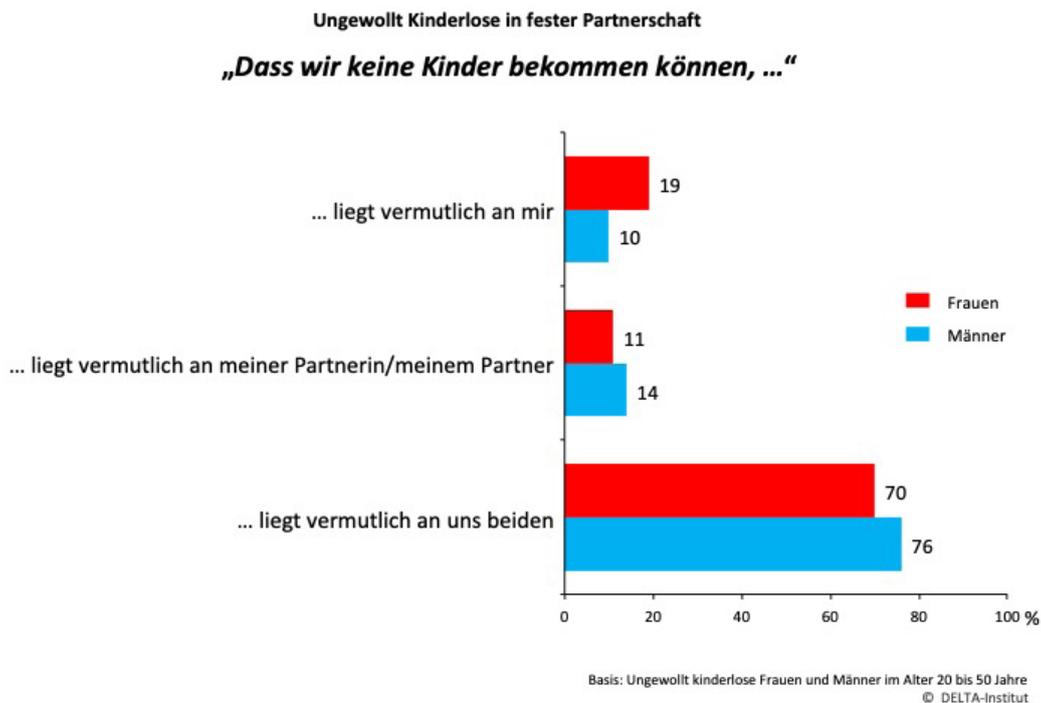


Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

7.4 Zuschreibungen in der Partnerschaft: An wem liegt es?

Mehrheitlich *sagen* Frauen und Männer in einer Partnerschaft, dass es vermutlich an beiden liege, dass sie keine Kinder bekommen (70 Prozent der Frauen, 76 Prozent der Männer). Diese Einschätzung basiert nicht auf einer sicheren, fachlich erstellten Expertise, sondern ist eine Vermutung, die aus Gründen des Respekts und der Solidarität sowie des gemeinsam getragenen Schicksals auch die „Schuldfrage“ nicht nur einer Partnerin

beziehungsweise einem Partner aufbürden will, sondern die diffuse Schimäre errichtet, *irgendwie* seien beide beteiligt. Damit wird die Partnerin beziehungsweise der Partner geschützt; die Aussage ist Ausdruck partnerschaftlicher Solidarität. Eine einseitige Zuschreibung der Ursache an einen Partner ist deutlich seltener – aber es fällt auf, dass Frauen in diesen Fällen eher bei sich selbst die „Schuld“ suchen.



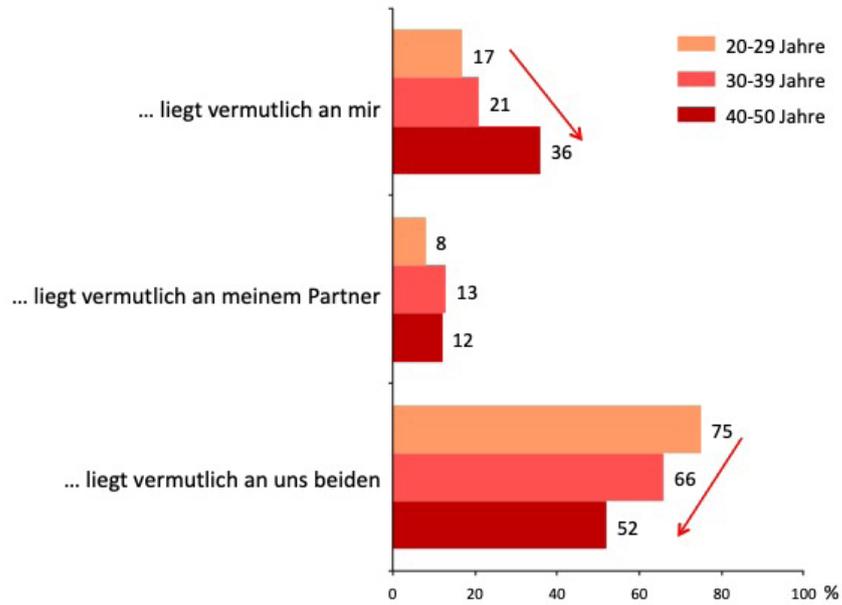
Mit zunehmendem Alter sinkt die Tendenz, die Ursache für die Kinderlosigkeit sehr diffus beiden zuzuschreiben.

- Frauen tendieren mit zunehmendem Alter dazu, die Ursache primär bei sich selbst zu vermuten und die Verantwortung für eine Lösung an sich selbst zu adressieren.
- Männer neigen mit zunehmendem Alter dazu, die Ursache primär bei der Frau zu vermuten.

Diese Engführung der vermuteten Ursache auf die Frau setzt diese unter erhöhten Druck, an diesen Ursachen zu arbeiten und sich gegebenenfalls medizinische Hilfe zu holen (**zunehmender Druck auf die Frau**); und es entlastet den Mann von der Verantwortung, sich mit den Ursachen auseinanderzusetzen und sich um Lösungen zu kümmern (**Dispens des Mannes**).

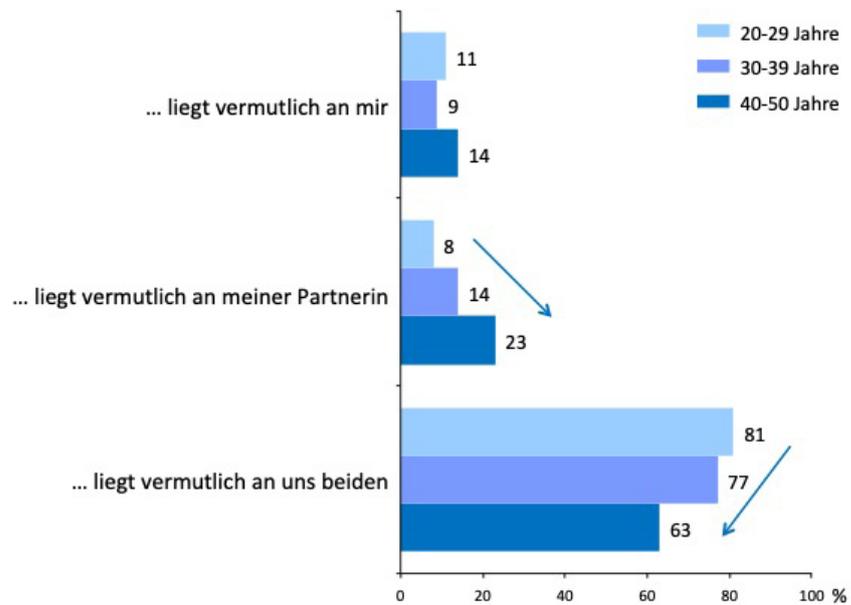
7 Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit

Ungewollt Kinderlose **Frauen** in fester Partnerschaft „Dass wir keine Kinder bekommen können, ...“



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter 20 bis 50 Jahre in fester Partnerschaft
© DELTA-Institut

Ungewollt Kinderlose **Männer** in fester Partnerschaft „Dass wir keine Kinder bekommen können, ...“



Basis: Ungewollt kinderlose Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren in fester Partnerschaft
© DELTA-Institut

8

Dauer ungewollter Kinderlosigkeit

8.1 Erstmals der konkrete Wunsch nach einem Kind

In welchem Erwachsenenalter hatten kinderlose Frauen und Männer *erstmalig* den Wunsch, *jetzt* ein Kind zu wollen? Und wie viele Jahre sind sie schon ungewollt kinderlos und leben mit der Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit? Erstmals den *konkreten* Wunsch nach einem Kind, die allein oder gemeinsam getroffene Entscheidung für Elternschaft und Familie, hatten Frauen und Männer im Alter von durchschnittlich 25 Jahren – allerdings verdeckt dieser Mittelwert, dass das Spektrum breit beziehungsweise die Varianz sehr groß ist. Die Spannweite reicht von 14 bis 48 Jahre, und ist bei Frauen und Männern identisch, allerdings gibt es zwischen anderen Gruppen zum

Teil signifikante Unterschiede, die in der folgenden Übersicht markiert sind. Gleichwohl liegen die Mittelwerte bei den verschiedenen Gruppen (differenziert nach Geschlecht, sexueller Orientierung, Lebensform, soziales Milieu) zwischen 22 und 27 Jahren. Das durchschnittlich jüngste Alter des erstmaligen Kinderwunsches ist im Bereich von 14 bis 18 Jahren; das höchste Alter des erstmaligen konkreten Kinderwunsches liegt in diesen Teilgruppen im Bereich zwischen 34 und 48 Jahren. Diese Daten belegen die biografische, soziodemografische und soziokulturelle Pluralität und Individualität des erstmaligen Wunsches nach einem Kind.

Ungewollt Kinderlose: „In welchem Erwachsenenalter hatten Sie zum ersten Mal den konkreten Wunsch nach einem Kind?“					
Einheit = Alter	Mittelwert	Minimum	Maximum	Spannweite	Varianz
Geschlecht					
Frauen	24,8	14	48	34	24,97
Männer	25,4	14	48	34	33,28
Sexuelle Orientierung					
Heterosexuell	25,4	14	48	34	27,03
Lesbisch	23,9	18	34	16	20,12
Schwul	24,6	17	40	23	36,59
Lebensform (aktuell)					
Ledig, Single	24,5	14	48	34	30,81
In fester Partnerschaft, unverheiratet	24,9	14	48	34	25,09
Verheiratet	26,1	16	45	29	29,77
In eingetragener Lebenspartnerschaft	26,5	17	40	23	41,13
In Trennung lebend	26,6	18	38	20	33,34
Soziales Milieu					
Etablierte	26,1	14	42	28	27,76
Postmaterielle	25,9	14	48	34	30,76
Performer	25,9	15	48	33	30,26
Konservative	26,0	16	38	22	35,04
Traditionelle	22,4	14	39	25	33,98
Bürgerliche Mitte	24,8	15	45	30	27,05
Benachteiligte	23,7	15	40	25	26,78
Expeditive	24,0	14	45	31	23,01
Hedonisten	23,2	16	40	24	21,59
Gesamt	25,0	14	48	34	28,52

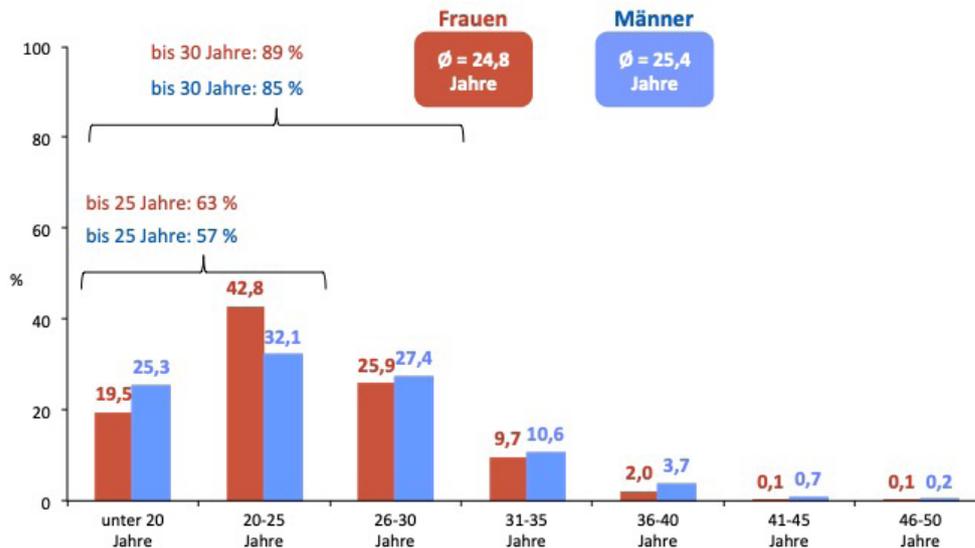
Jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann mit Kinderwunsch will diesen schon im frühen Erwachsenenalter realisieren. Diese Werte sind identisch mit jenen von 2013. Es gibt nur leichte Tendenzen, dass der Wunsch zu einem Kind in der nachwachsenden Generation junger Erwachsener noch etwas früher beginnt. Bis zum 25. Lebensjahr hatten 63 Prozent der Frauen und 57 Prozent der

Männer erstmals die Vorstellung, *jetzt* ein Kind bekommen zu wollen.¹⁹ Im Alter zwischen 26 und 30 Jahren konkretisiert und aktualisiert sich der Kinderwunsch für 26 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer. Insgesamt haben somit 89 Prozent der Frauen und 85 Prozent der Männer im Alter bis 30 Jahren erstmals den Wunsch nach einem Kind.²⁰

19 Im Jahr 2013 waren dies 61 Prozent der Frauen und 57 Prozent der Männer.

20 Im Jahr 2013 waren dies 87 Prozent der Frauen und 84 Prozent der Männer.

In welchem Erwachsenenalter hatten Sie zum ersten Mal den konkreten Wunsch nach einem Kind?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

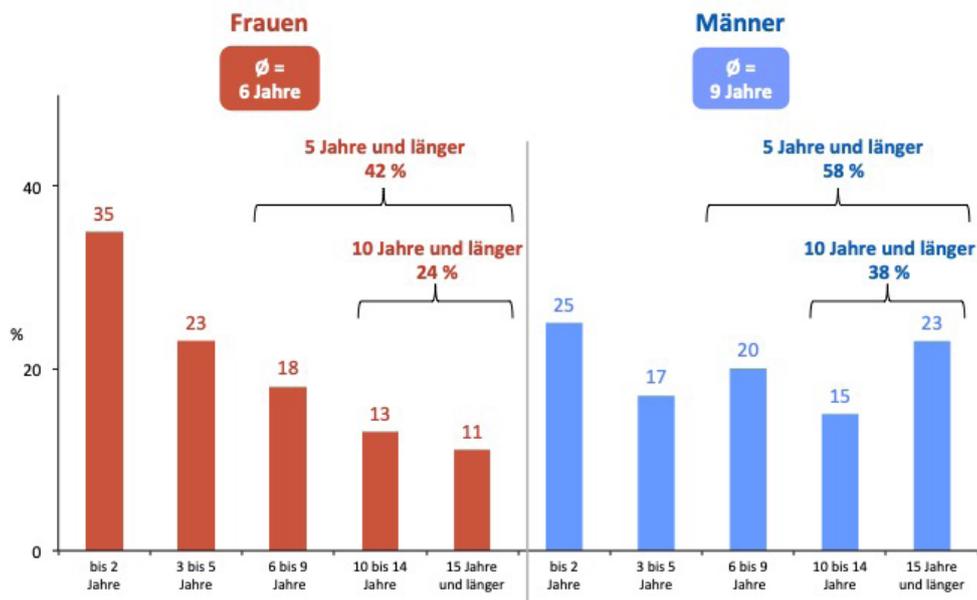
8.2 Dauer des bisher unerfüllten Kinderwunsches

Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch wollen nicht erst seit kurzer Zeit, sondern mehrheitlich seit vielen Jahren schon ein Kind. Mehr als die Hälfte versucht schon länger als fünf Jahre, mehr als ein Viertel seit mehr als zehn Jahren bisher vergeblich ein Kind zu bekommen. Im Durchschnitt haben Frauen im Altersspektrum von 20 bis 50 Jahren seit sechs Jahren, Männer seit sieben Jahren den konkreten Wunsch nach einem eigenen Kind. Die Situation ungewollter Kinderlosigkeit ist für viele ein Dauerzustand. Zunächst zu ungewollt Kinderlosen im **gesamten Altersspektrum von 20 bis 50 Jahren**:

- 42 Prozent der Frauen und 58 Prozent der Männer hatte erstmals vor **mehr als fünf Jahren** den konkreten Wunsch nach einem Kind.
- Für ein Viertel der Frauen (24 Prozent) und mehr als ein Drittel der Männer (38 Prozent) dauert der Wunsch nach einem Kind bereits **zehn Jahre und länger an**.
- Elf Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer wollen ein Kind schon seit **15 Jahren und länger**.²¹

²¹ Im Vergleich zu 2013 waren mehr Männer mehrere Jahre lang ungewollt kinderlos. 2013 waren 32 Prozent der Männer seit 15 Jahren ungewollt kinderlos (heute 38 Prozent), 52 Prozent mehr als fünf Jahre (heute 58 Prozent). Bei Frauen zeigt sich eine solch deutliche Anspannung der Situation nicht: 2013 hatten 22 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen länger als 15 Jahre den Kinderwunsch (heute 24 Prozent), länger als fünf Jahre 42 Prozent (identisch zu heute).

Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches



Differenz zwischen dem Lebensalter und dem Alter, in dem sie/er zum ersten Mal den konkreten Wunsch nach einem Kind hatte

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

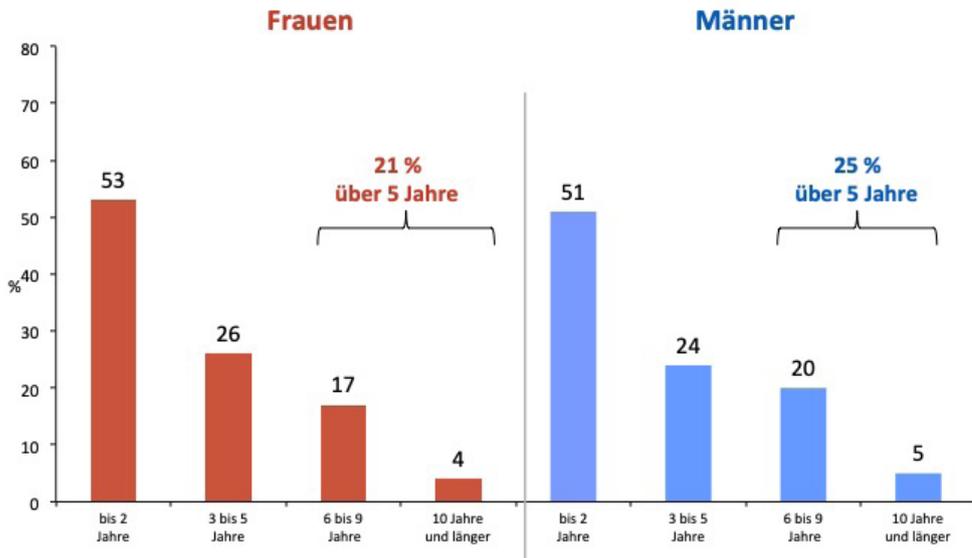
Die Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches ist natürlich **abhängig vom Lebensalter**:

- Bei Jüngeren **bis zum Alter von 29 Jahren** ist die maximale Dauer ungewollter Kinderlosigkeit altersbedingt enger begrenzt. Aber auch im Alter bis 29 Jahre wollen 21 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen und 25 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer schon seit mehr als fünf Jahren ein Kind, knapp die Hälfte seit drei bis fünf Jahren.
- Im **Alter zwischen 30 und 39 Jahren** haben 34 Prozent der Frauen und 35 Prozent der Männer den Wunsch nach einem ersten Kind schon seit über zehn Jahren; 56 Prozent der Frauen und 59 Prozent der Männer seit über fünf Jahren. Im Vergleich zu 2013 hat sich in dieser Altersgruppe der unerfüllte Kinderwunsch signifikant verlängert: Mehr Frauen und Männer warten bisher erfolglos mehrere Jahre auf ein erstes Kind.²²
- Im **Alter zwischen 40 und 50 Jahren** haben ungewollt Kinderlose eine deutlich längere Biografie des vergeblichen Hoffens auf ein Kind: 82 Prozent der Frauen und 93 Prozent der Männer haben seit mehr als fünf Jahren den Wunsch nach einem Kind; 73 Prozent der Frauen und 82 Prozent der Männer zehn Jahre und länger; 54 Prozent der Frauen und 65 Prozent der Männer seit mehr als 15 Jahren. Ihr Wunsch hat sich bis heute nicht erfüllt.

²² 2013 hatten in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen 27 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer den Wunsch nach einem ersten Kind schon zehn Jahre und länger; 53 Prozent der Frauen und 62 Prozent der Männer bereits länger als fünf Jahre.

Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches

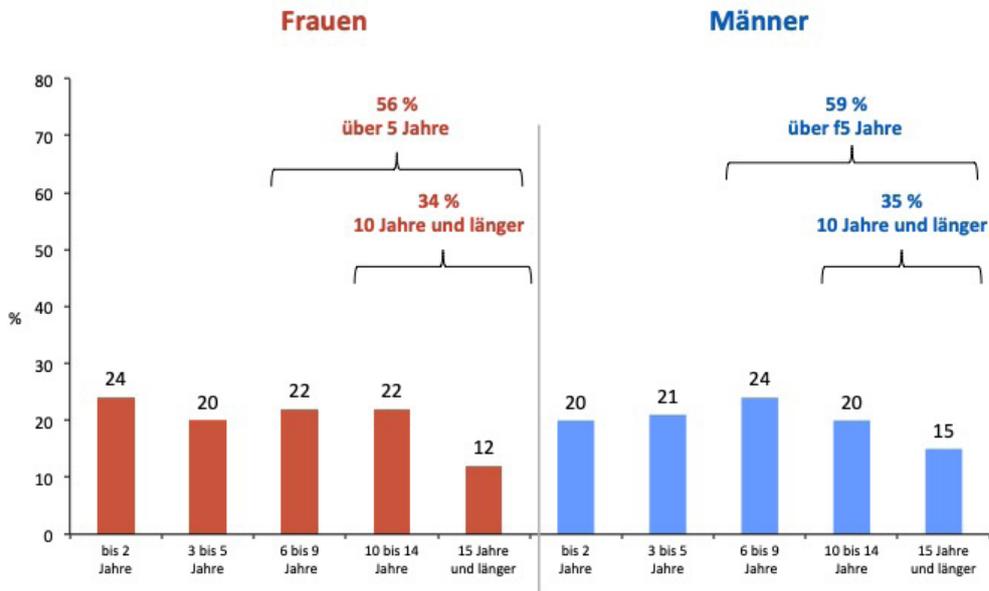
Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 29 Jahren



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre © DELTA-Institut

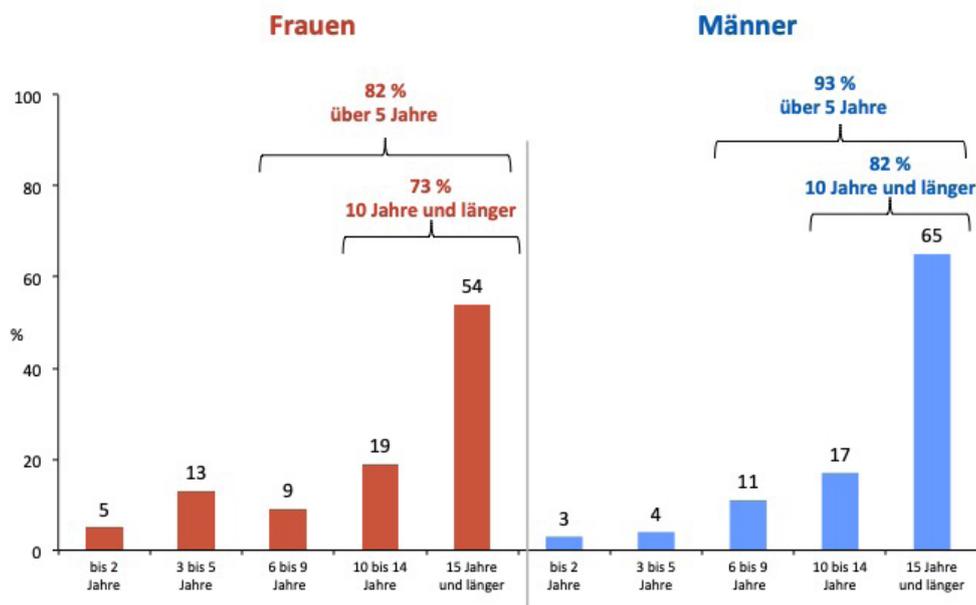
Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches

Ungewollt Kinderlose im Alter von 30 bis 39 Jahren



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre © DELTA-Institut

Ungewollt Kinderlose im Alter von 40 bis 50 Jahren



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Für die Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass die Angaben *subjektive Biografiedarstellungen* sind, von der gegenwärtigen Situation und Befindlichkeit gefärbte Rückblicke. Zentral ist die Botschaft: Das Thema Kinderwunsch spielt seit vielen Jahren schon eine Rolle. Dabei kann nicht vorausgesetzt werden, dass die Partnerschaftsbiografie stets stabil und kontinuierlich war.

Partnerschaft und Familienstand haben zweifellos einen erheblichen Einfluss auf den Kinderwunsch. Aber die Vorstellung, ein Kinderwunsch entstehe erst auf dem Boden einer bestehenden und stabilen Partnerschaft, greift zu kurz. Eine stabile Partnerschaft ist zwar mitbestimmend; der rechtliche Rahmen einer Ehe ist oft auslösend, jetzt oder demnächst gern ein Kind zu wollen – jedoch nicht für diese prinzipielle Lebensentscheidung (nur Ausnahmen sagen, dass sie eigentlich keine Kinder wollen, aber sich für Kinder entschieden haben, weil sie mit dieser konkreten Partnerin/diesem Partner zusammen seien). Nahezu alle Frauen und Männer wünschen sich zwar, dass eine Partnerschaft ein Leben lang hält. Sie wissen aber auch, dass sehr viele Paare sich trennen. Dieses Alltagswissen hat erheblichen Einfluss auf den Kinderwunsch insofern, als der Kinderwunsch heute zunehmend entkoppelt wird von der in früheren (traditionellen) Zeiten

unbedingt erforderlichen Rahmenbedingung einer stabilen Partnerschaft. Kinderwunsch und Partnerschaft entwickeln sich in unserer Gesellschaft mit individualisierten (Partnerschafts-) Biografien sukzessive zu eigenständigen Dimensionen.

Die folgende Differenzierung gibt lediglich Auskunft über die **aktuelle Partnersituation**.

Frauen:

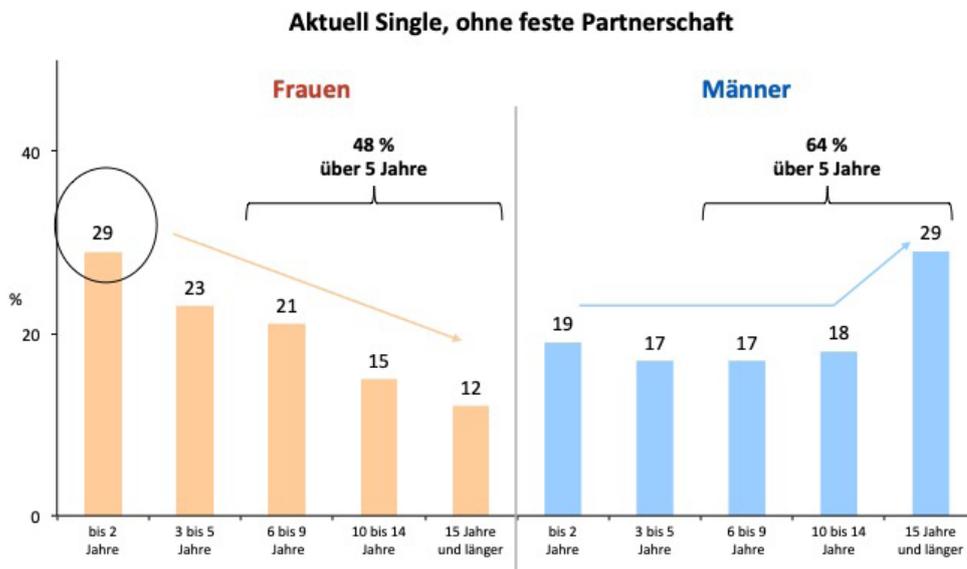
- Von den Frauen **ohne festen Partner** haben 29 Prozent in den letzten zwei Jahren erstmals den konkreten Wunsch nach einem Kind gehabt; 23 Prozent vor drei bis fünf Jahren und 48 Prozent vor mehr als fünf Jahren. Ein Teil dieser Frauen hat noch keinen Partner gefunden, ein anderer Teil hat sich vom damaligen Partner getrennt, weil die Partnerschaft nicht funktionierte, auch weil ihr Partner noch oder dauerhaft kein Kind will (oder umgekehrt: der Partner hat sich von der Frau getrennt, weil diese auf ein Kind drängte). Wenn Frauen mit Kinderwunsch keinen festen Partner (mehr) haben, bleibt der Wunsch nach einem Kind bestehen, auch wenn er sich derzeit nicht einfach realisieren

lässt (es sei denn über Fremdsamenspende, Embryonenspende oder Ähnliches – mit der Perspektive, alleinerziehend zu sein).

- Frauen in einer **nicht ehelichen Lebensgemeinschaft** haben im Vergleich zu Singles die kürzere Dauer ihres bisher unerfüllten Kinderwunsches: 41 Prozent wollen seit zwei Jahren ein Kind, 24 Prozent seit drei bis fünf Jahren (insgesamt 65 Prozent seit bis zu fünf Jahren). Dies ist ein Indikator dafür, dass in einer stabilen Partnerschaft (zum Beispiel durch das Zusammenwohnen im gemeinsamen Haushalt) der Wunsch nach einem Kind aktualisiert und konkretisiert wird.
- **Verheiratete** Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch haben diesen Kinderwunsch in der Regel deutlich länger (47 Prozent über fünf Jahre) als Frauen, die heute in einer nicht

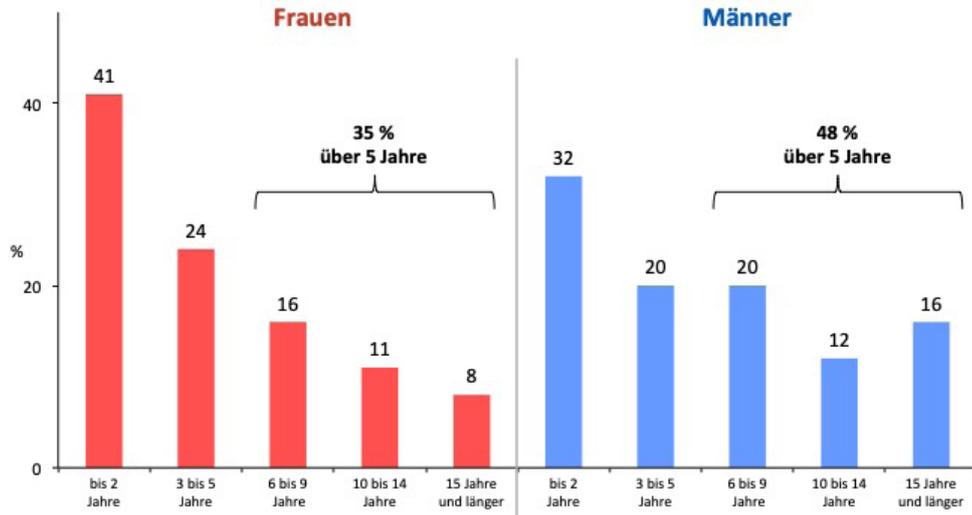
ehelichen Lebensgemeinschaft sind (35 Prozent über fünf Jahre). 29 Prozent der verheirateten Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch wollen seit über zehn Jahren schon ein Kind; 14 Prozent sogar seit über 15 Jahren. Eine Ursache für die lange Dauer ist das späte Heiratsalter, wodurch sich die „Wartezeiten auf ein Kind“ über die mitunter wechselnden Phasen als Single und unverheiratetes Paar kumulieren. Insofern dürfen aus diesen Daten nicht die Schlüsse gezogen werden, dass in einer Ehe die Dauer ungewollter Kinderlosigkeit am längsten ist (denn auch vorher hatten viele schon den Kinderwunsch), oder dass für nicht ehelichen Lebensgemeinschaften die ungewollte Kinderlosigkeit relativ kurz dauert und daher diese keine Zielgruppe für Aufklärung, Kinderwunschbehandlungen und psychosoziale Beratungen darstellen.

Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches



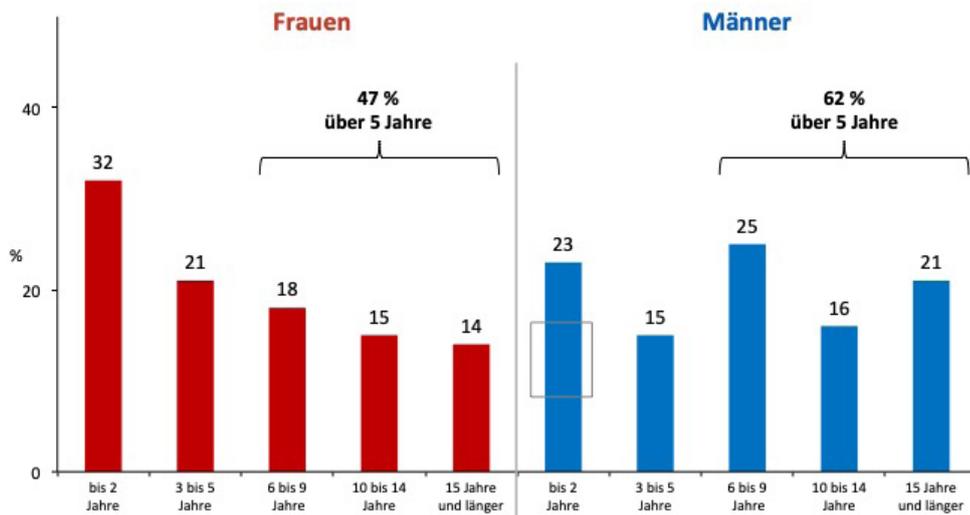
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches In fester Partnerschaft unverheiratet Nicht eheliche Lebensgemeinschaft



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Dauer des bisher unerfüllten Kindeswunsches Verheiratet



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Männer:

- 64 Prozent der Männer, die derzeit **ohne feste Partnerin** sind, wollen seit mehr als fünf Jahren Kinder (2013 waren dies 56 Prozent), 47 Prozent seit über zehn Jahren. Sie haben die richtige Partnerin für eine Familiengründung noch nicht gefunden, oder ihre Partnerschaft ging auseinander bevor Kinder kamen, oder die frühere Partnerin konnte oder wollte keine Kinder bekommen; oder der Mann war/ ist eingeschränkt fruchtbar.
- Männer aktuell in einer **nicht ehelichen Lebensgemeinschaft** wollen seit deutlich längerer Zeit als ihre Partnerin ein Kind: 48 Prozent der Männer (35 Prozent der Frauen) wollen schon seit mehr als fünf Jahren ein Kind.
- **Verheiratete** Männer mit unerfülltem Kinderwunsch wollen mit 62 Prozent mehrheitlich und auch häufiger als 2013 (52 Prozent) seit mehr als fünf Jahren ein Kind; 37 Prozent seit über 15 Jahren (2013: 24 Prozent).

In allen drei dieser Familienstände ist der Anteil der Männer mit lang andauerndem Kinderwunsch signifikant größer als bei Frauen. Auffällig ist, dass bei Frauen unabhängig vom Familienstand der Anteil ungewollt Kinderloser mit der Dauer ungewollter Kinderlosigkeit nahezu linear sinkt. Statistisch sprechen wir von einem negativen Zusammenhang: Je länger der Kinderwunsch unerfüllt andauert, umso geringer ist der Anteil von ungewollt kinderlosen Frauen. Das scheint banal zu sein – doch dass dies nicht so ist, zeigt der Blick auf Männer, denn bei diesen besteht dieser Zusammenhang eben nicht: Bei männlichen Singles verteilen sich die Anteile ungewollter Kinderlosigkeit relativ konstant auf die Dauer der „Wartejahre“ – und gehen bei jenen, die seit über 15 Jahren den Wunsch haben, sogar nach oben. Bei Männern in nicht ehelicher Lebensgemeinschaft sinken – ähnlich wie bei Frauen – die Anteile ungewollt Kinderloser, je länger die Kinderlosigkeit andauert. Bei verheirateten Männern hingegen ist kein monoton steigendes oder fallendes Muster erkennbar, sondern vielmehr eine Wellenbewegung. Das deutet darauf

hin, dass verheiratete Männer einen tendenziell diskontinuierlichen Prozess ihres Kinderwunsches haben, während dieser bei Frauen im Zeitverlauf stabil und konstant ist. Zugleich lassen die eher kürzeren „Warte- und Leidensdauern“ bei Frauen hinsichtlich ihrer Kinderlosigkeit darauf schließen, dass Frauen (1) eher als Männer ihren Kinderwunsch realisieren; (2) wenn sich dieser nicht einstellt, sie sich von diesem innerlich eher verabschieden als Männer; und vor allem (3) in früheren Jahren einen Kinderwunsch haben als Männer, von denen ein erheblicher Teil erst nach dem Alter von 30, 35 oder 40 Jahren den konkreten Wunsch nach einem Kind hat.

Das lässt den Schluss zu, dass bei bestehendem Kinderwunsch vor einer Ehe und auch während einer Ehe **Männer und Frauen unterschiedliche zeitliche Perspektiven in Bezug auf Elternschaft entwickeln**. Frauen und Männer mit Kinderwunsch haben unterschiedlich lange „Wartezeiten“ auf ein erstes Kind, andere Perspektiven und Erwartungen in Bezug auf eine Partnerschaft. Sie haben bei grundsätzlichem Wunsch nach einem Kind auch andere Vorstellungen vom „passenden“ Partner und seiner Rolle als Vater, knüpfen je andere Erwartungen an den Beginn einer neuen Partnerschaftsform.

8.3 Der Gedanke, dass es auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt

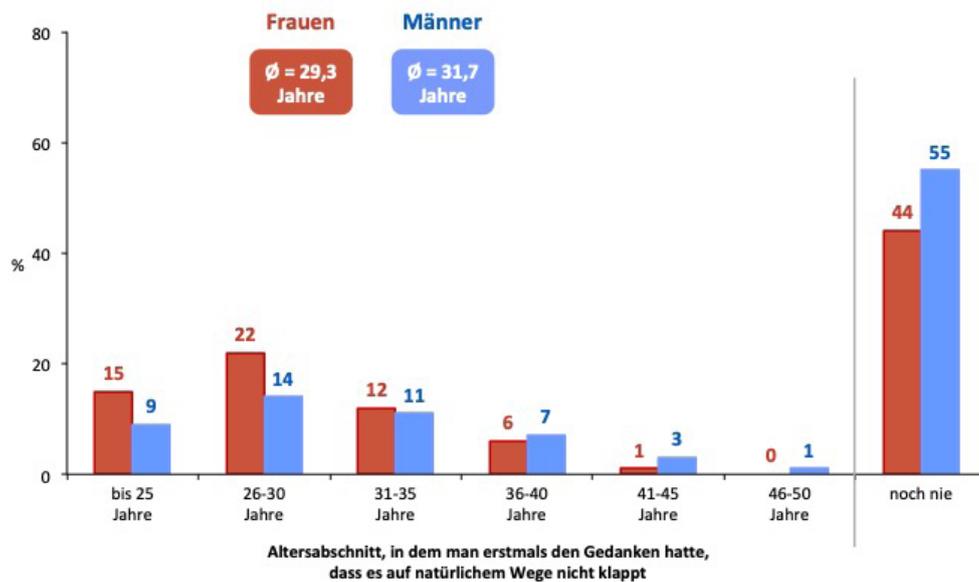
Auch wenn Frauen und Männer viele Jahre lang vergeblich auf ein erstes Kind hoffen, ist **44 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer noch nie (!) der Gedanke gekommen, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege, das heißt ohne eine Kinderwunschbehandlung, möglicherweise nicht klappt**.

Bis zum Alter von 25 Jahren hatten 15 Prozent der Frauen und neun Prozent der Männer schon mal den Gedanken, vielleicht unfruchtbar oder eingeschränkt fruchtbar zu sein. Sie wollen ein

Kind und dieses Alter scheint biologisch optimal. Mit zunehmendem Alter haben keineswegs immer mehr Kinderlose den Gedanken an eine eigene Unfruchtbarkeit (der Anteil geht sogar

zurück). Das hat vor allem damit zu tun, dass die meisten ihre Familiengründung auf später verschieben (auf die Zeit um das 30. Lebensjahr oder danach) und bis dahin verhüten.

In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Gedanken, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Sich nicht mit der Möglichkeit der eigenen Unfruchtbarkeit auseinanderzusetzen, hat auch damit zu tun, dass viele diesen Gedanken verdrängen. Denn wenn sich die Möglichkeit der eigenen Unfruchtbarkeit bestätigen würde, hätte dies für viele *subjektiv* peinliche und defizitäre Konsequenzen (1) in Bezug auf die *Partnerschaft*: Unfruchtbarkeit wird reflexhaft als Mangel, Defizit und in weiterem Sinne auch „Schwäche“ wahrgenommen und bewertet, damit als Risiko für die Intim- und Sozialbeziehung innerhalb der Partnerschaft. Insofern ist auch in einer engen Partnerschaft das Thema einer möglichen Unfruchtbarkeit oftmals tabuisiert. (2) In Bezug auf die *Geschlechtsidentität*: Fruchtbar zu sein, ist im Alltagsbewusstsein vieler eng gekoppelt an die eigene Identität, uneingeschränkt und vollständig („ganz“) Frau beziehungsweise Mann zu sein. Die Diagnose einer Unfruchtbarkeit oder eingeschränkten Fruchtbarkeit ist vorbewusst mit dem Risiko konnotiert, geschlechtlich als Mangelwesen

entlarvt zu sein – mit Konsequenzen für das Selbstwertgefühl. Dies zeigt zum einen, wie sehr gesellschaftlich normierte Geschlechterrollenbilder mit biologischen Funktionen verknüpft sind; zum anderen, wie unmittelbar Geschlechterrollenbilder in den privat-intimen Bereich eindringen. (3) Die Diagnose einer eingeschränkten Fruchtbarkeit hätte die Konsequenz zur Folge, sich entscheiden zu müssen a) für den Abschied vom Kinderwunsch oder b) für Hilfe von außen. Verdrängung ist hier ein Weg, sich dem nicht auszusetzen.

Auch beim lang unerfüllten Kinderwunsch haben nur wenige Frauen und noch weniger Männer den Verdacht der eigenen Unfruchtbarkeit oder der Unfruchtbarkeit der Partnerin/des Partners. Bemerkenswert ist das **hohe Zutrauen in die eigene Fruchtbarkeit** bei Frauen selbst im Alter deutlich über 30 Jahre – und noch mehr bei Männern:

8 Dauer ungewollter Kinderlosigkeit

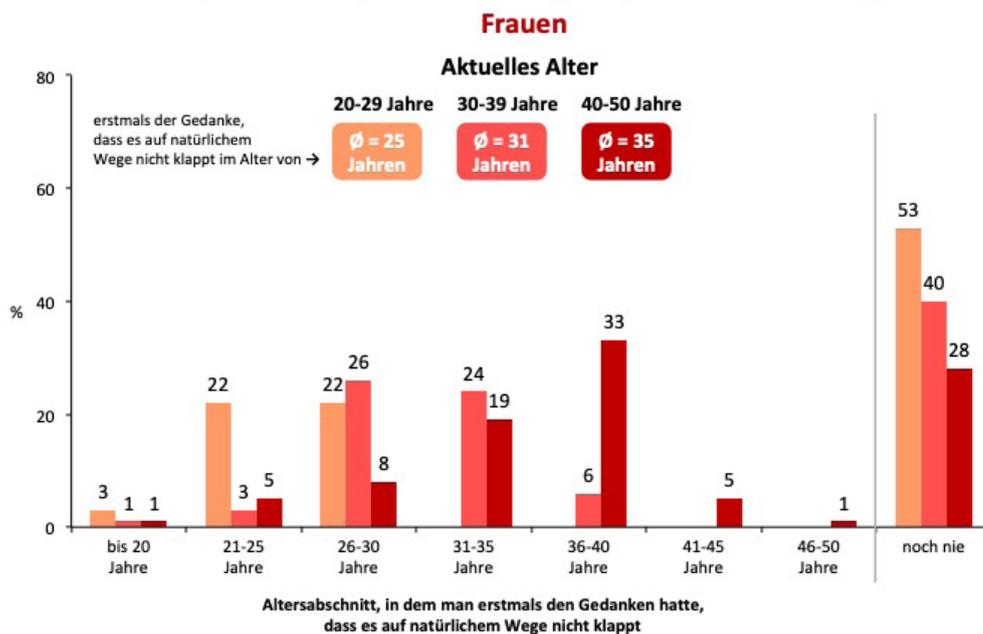
- Im Alter bis 29 Jahre hatten 53 Prozent der Frauen und 62 Prozent der Männer mit un-erfülltem Kinderwunsch noch nie Zweifel an ihrer eigenen Fruchtbarkeit.
- Im Alter von 30 bis 39 Jahren hatten 40 Prozent der Frauen und 59 Prozent der Männer noch nie den Gedanken, dass ihr Kinderwunsch sich ohne Kinderwunschbehandlung möglicherwei-se nicht erfüllt.
- Selbst bei 40- bis 50-Jährigen haben 28 Prozent der Frauen und 46 Prozent der Männer mit Kinderwunsch keinen Zweifel an ihrer Frucht-barkeit und sind sicher, dass sie ohne Kinder-wunschbehandlung ein Kind bekommen können.

Im Vergleich zu 2013 ist zwar der Anteil jener gesunken, die sich noch nie Gedanken um eine mögliche eigene Unfruchtbarkeit gemacht haben (2013: 55 Prozent der Frauen, 66 Prozent der Männer); aber zugleich ist das Alter gestiegen, in dem Frauen und Männer sich erstmals darüber Gedanken machen. Es ist durchaus plausibel und kann als ein Fortschritt der Aufklärung begriffen werden, dass sukzessive bei mehr Frauen und

Männern das Thema einer eingeschränkten Fruchtbarkeit oder möglichen Unfruchtbarkeit in den Horizont rückt – doch das geschieht erst in späterem Lebensabschnitt und nach längerer Zeit erfolglosen Bemühens um ein eigenes Kind.

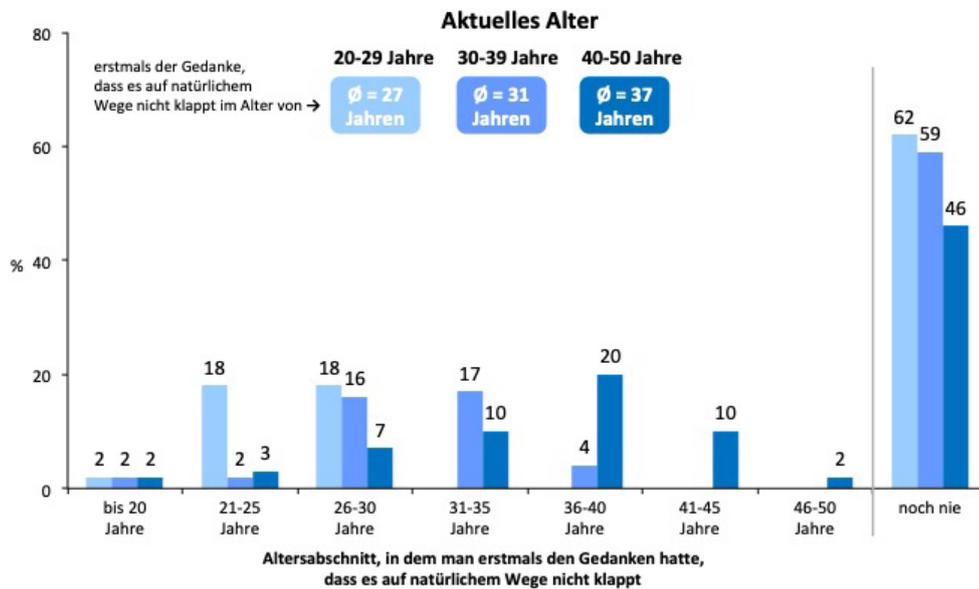
- Frauen im Alter **unter 30 Jahren** hatten 2013 eine eigene eingeschränkte Unfruchtbarkeit erstmals im Alter von durchschnittlich 24 Jahren in Erwägung gezogen – 2020 hingegen im Alter von 25 Jahren. Bei Männern unter 30 Jahren geschah dies 2013 durchschnittlich im Alter von 23 Jahren – 2020 hingegen im Alter von 27 Jahren (plus vier Jahresstufen im Durch-schnitt). Zunehmend mehr jüngere Männer sehen das Thema, aber vergleichsweise spät.
- 2013 hatten von den **30- bis 40-jährigen** Frauen das erste Mal an eine mögliche Unfruchtbar-keit im Alter von durchschnittlich 30 Jahren gedacht – 2020 hingegen im Alter von 31 Jah-ren; Männer dieser Altersgruppe im Jahr 2013 im Alter von 28 Jahren – 2020 hingegen im Alter von 31 Jahren: bei Männern ein Anstieg um drei Jahre, bei Frauen um durchschnittlich ein Jahr.

In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Gedanken, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt?



In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Gedanken, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt?

Männer



Basis: Ungewollt kinderlose Männer im Alter 20 bis 50 Jahre
© DELTA-Institut

Die Mehrheit der Frauen und (bei noch mehr) Männer hat vorbewusst das **Selbstbild uneingeschränkter Fertilität**. Ohne äußeren Anlass gibt es kaum Zweifel an der eigenen Fruchtbarkeit. Die Vorstellung, nur eingeschränkt fruchtbar oder (ganz) unfruchtbar zu sein, ist weitgehend tabuisiert. Auch die Möglichkeit, dass die Partnerin/der Partner unfruchtbar sein könnte, gerät erst dann – und nur bei einer Minderheit – in den Blick, wenn sie trotz gemeinsamen Kinderwunsches und passenden Rahmenbedingungen viele Jahre lang kein Kind bekommen. Die **Tabuisierung des Unfruchtbarkeitsverdachts** ist ein **Massenphänomen mit soziokulturellen, sozialisationsbiografischen und politischen Ursachen**.

Ursächlich gibt es weiterhin, wie schon 2013, eine **enge Wechselwirkung mit der Dominanz des Themas Verhütung** in der Phase der Jugend und bei jungen Erwachsenen: Wer von Jugend an jahrelang verhütet hat, **kommt gar nicht mehr auf die Idee, unfruchtbar zu sein** und bei einem Kinderwunsch auf eine Kinderwunschbehandlung angewiesen zu sein. Mit dem Thema Verhü-

tung setzen sich nahezu alle jungen Frauen und Männer selbstverständlich und aus Selbstschutz auseinander. Verhütung (bei wenigen durch Enthaltung von Sex vor der Ehe) ist normal, omnipräsent, permanent und dient der Vermeidung des Risikos, ungewollt schwanger zu werden. Wer nicht (jedes Mal) verhütet, hat das hohe Risiko einer Schwangerschaft – so die Vorstellung. Darin stecken die zwingende Logik und Botschaft einer uneingeschränkten Fertilität und sogar besonders ausgeprägten, starken, *riskanten* Fruchtbarkeit.

Vor allem im Bereich der **Sexualaufklärung von Jugendlichen** mit verschiedenen Kommunikationsmaßnahmen und Beratungsangeboten wird einseitig der Fokus auf Verhütung und Vermeidung von Teenagerschwangerschaften gelegt, und das Thema einer möglichen Unfruchtbarkeit verdrängt, tabuisiert und damit performativ negiert.²³ Die Fokussierung der Aufklärungsarbeit auf Verhütung transportiert damit implizit als ungewollten Nebeneffekt die Botschaft selbstverständlicher Fertilität.

23 Ein Beispiel ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Website: <https://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung>, auch das Jugendportal der BZgA: www.loveline.de

8 Dauer ungewollter Kinderlosigkeit

Diese **Engführung der Schwangerschaftsaufklärung auf Verhütung** gründet im dezidierten Auftrag durch den politischen Akteur an die Bildungs- und Sozialarbeit. Deutlich sind die Spätfolgen dieser einseitigen, eindimensionalen Jugendaufklärung mit Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung: Die feste Überzeugung von der eigenen Fruchtbarkeit auch gegen die Alltagsevidenz ist eine Ursache für das biografische Aufschieben des Kinderwunsches, die Distanz gegenüber einer Kinderwunschbehand-

lung sowie des letztlich hohen Anteils ungewollt Kinderloser. Selbst in späterem Alter ziehen nur wenige kinderlos Gebliebenen überhaupt in Erwägung, unfruchtbar zu sein und ohne Kinderwunschbehandlung kein Kind bekommen zu können. Insofern wäre dringend zu überlegen, ob die bisherige **Aufklärung von Jugendlichen in Richtung Verhütung ergänzt werden sollte durch eine Aufklärung in Richtung Fertilität** (vor allem eingeschränkte Fertilität, Infertilität).

Ungewollt Kinderlose: „In welchem Erwachsenenalter hatten Sie zum ersten Mal den Gedanken, dass es mit einem eigenen Kind auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappt?“					
Einheit = Alter	Mittelwert	Minimum	Maximum	Spannweite	Varianz
Geschlecht					
Frauen	29,3	14	50	36	30,22
Männer	31,7	15	50	35	46,26
Sexuelle Orientierung					
Heterosexuell	30,2	15	50	35	34,91
Lesbisch	28,9	22	45	23	20,32
Schwul	27,9	19	41	22	32,56
Lebensform (aktuell)					
Ledig, Single	30,3	14	50	36	45,40
In fester Partnerschaft, unverheiratet	29,5	15	50	35	34,30
Verheiratet	31,1	16	50	34	32,59
In eingetragener Lebenspartnerschaft	32,0	23	41	18	34,63
In Trennung lebend	30,3	23	45	22	44,23
Soziales Milieu:					
Etablierte	31,6	15	50	35	37,73
Postmaterielle	31,2	19	50	31	31,95
Performer	30,8	16	50	34	38,80
Konservative	32,1	22	41	19	23,80
Traditionelle	32,0	20	40	20	38,00
Bürgerliche Mitte	30,1	15	50	35	38,45
Benachteiligte	28,6	18	50	32	39,78
Expeditive	27,9	14	50	36	32,65
Hedonisten	29,1	18	50	32	39,67
Gesamt	30,2	14	50	36	37,52

9

Einstellungen zum Kinderwunsch

Mehrdimensional und facettenreich sind die *Beweggründe für* den Kinderwunsch, aber auch *gegen* ein Kind. Der jeweilige Kosmos von Einstellungen speist sich aus verschiedenen Quellen der eigenen Biografie, aus (Schlüssel-)Erlebnissen, rationalen Erwägungen und emotionalen Befindlichkeiten, persönlichen Maximen und gesellschaftlichen (internalisierten) Erwartungen. Die quantitativen Messungen der Einstellungen zum Kinderwunsch wurden in Deutschland seit den 1980er-Jahren von verschiedenen sozialwissenschaftlichen, psychologischen und medizinischen Forschungseinrichtungen vorgenommen und die Instrumente (Fragebögen, Skalen) sukzessive verfeinert, kondensiert und präzisiert.²⁴ Veränderungen des Fragenspektrums und einzelner Fragenformulierungen waren notwendig, weil sich manche Aspekte als unerheblich oder nicht mehr zeitgemäß erwiesen hatten, weil die Bedeutungsäquivalenz von Items gewährleistet werden musste,²⁵ und weil durch den soziokulturellen Wandel neue Motive, Ziele und Einstellungsdimensionen hinzukamen. Große Anerkennung fand die Untersuchung von Stöbel-Richter/Brähler (2000) mit einem umfassenden Fragebogen zu Kinderwunschmotiven.²⁶ Diese Items wurden in der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftrag-

ten Repräsentativbefragung 2013 übernommen, ergänzt durch neue Aspekte aus der qualitativen Untersuchung (insgesamt 31 Items zu Kinderwunscheinstellungen). In der hier dokumentierten Wiederholungsstudie 2020 wurden noch 19 Items, die sich als besonders erkenntniserhellend erwiesen, in identischer Formulierung zur Messung von Kinderwunscheinstellungen in der Befragung eingesetzt.

9.1 Hierarchie der Einstellungen und Motive

Die Haltungen zu Kinderlosigkeit setzen sich zusammen aus einer Vielzahl einzelner Einstellungen und Motive. Diese sind nicht gleich bedeutsam, sondern unterscheiden sich darin, wie zentral, wie verbreitet, wie fest verankert oder peripher sie für die jeweilige Haltung sind. Die Gesamthaltung einer Person erweist sich als relativ konsistentes und kohärentes Ensemble, die einerseits aus diesen vielfältigen Aspekten der Einstellungen und Motive besteht, aber als

24 Vergleich Rosenstiel 1978, Mittag/Jagenow 1984, Lukesch 1986, Roth 1988, Nave-Herz 1988, Hölzle 1989, Brüderl 1990, Kaufmann 1990, Schön 1990, Grundmann/Huinink 1991, Schneewind/Vaskovics 1992, Schwarz 1992, Gloger-Tippelt 1994, Richter 1994, Rost/Schneider 1995, Höhn/Dorbritz 1996, Schneider 1996, Beck-Gernsheim 1998, Huinink/Brähler 1999

25 Durch den gesellschaftlichen Wandel verändern sich auch die Bedeutungshorizonte von Begriffen. Um dasselbe zu messen und die Bedeutungsäquivalenz sicherzustellen, ist es daher mitunter notwendig, ein Item zu verändern.

26 Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschmotiven (LKM); vergleiche Stöbel-Richter/Brähler (2000): Persönliche Kinderwunschmotive und Einstellungen zum Kinderwunsch in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, in: Brähler, Elmar/Felder, Hildegard/Straus, Bernhard (Hg.): Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 17 Fruchtbarkeitsstörungen, Göttingen, S. 72–87

Haltung mehr ist als die Summe der Einzelmotive. Die Haltungen kinderloser Frauen und Männer verschiedener Milieus und Lebensphasen unterscheiden sich zum Teil erheblich. Insofern stellen die Einstellungen zur Kinderlosigkeit eine Hierarchie der Beweggründe, Motive und Meinungen dar. Sie sind Elementarbausteine, die miteinander verbunden eine spezifische Architektur der Grundhaltungen für oder gegen einen Kinderwunsch bilden.

Im Folgenden geht es zunächst um die Rangfolge (Verbreitung, Bedeutsamkeit, Mainstream) der einzelnen Einstellungen für die Gesamtheit aller 20- bis 50-jährigen ungewollt Kinderlosen. Ein hoher Verbreitungsgrad ist ein Indikator dafür, dass Einstellungen mehrheitlich geteilte Grundüberzeugungen sind; eine geringe Verbreitung, dass diese Einstellungen spezifisch und typologisch für Minderheiten sind, zum Beispiel als kulturelle Avantgarde, als milieu-, lebensphasen- oder generationenspezifische Haltung, aufgrund exponierter Distinktion (Werte, Lebensstil) oder aufgrund der Erfahrung beziehungsweise aus Sorge vor materieller Enge, sozialer Benachteiligung und Ähnliches.

Vier Einstellungen werden derzeit von über 80 Prozent der ungewollt Kinderlosen geteilt und illustrieren die überaus große Wertschätzung gegenüber Kindern und Elternschaft, die nicht nur prinzipiell begründet ist, sondern konkret auf die

eigene Person und Partnerschaft bezogen und dabei die existenzielle Erfahrungs- und Erlebnisdimension vom Leben mit einem Kind hervorhebt:

• Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meiner Partnerin/meinem Partner	95 %
• Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben	94 %
• Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben	91 %
• Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen	83 %

Um Veränderungen oder Konstanz in den Einstellungen zwischen 2013 und 2020 zu erkennen, sind in der folgenden Tabelle die einzelnen Statements sortiert nach der höchsten Zustimmung im Jahr 2020, wodurch eine Einstellungshierarchie illustriert wird. Die letzte Spalte zeigt die Prozentdifferenzen zwischen 2020 und 2013, rot markiert sind statistisch signifikante Unterschiede.

	Untersuchung 2020	Untersuchung 2013	Differenz
	%	%	%
Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meiner Partnerin/meinem Partner	95	98	-3
Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben	94	99	-5
Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben	91	96	-5
Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen	83	87	-4
Es gibt zu wenig Betreuungsmöglichkeiten/Kitas für Kinder	77	69	+8
Ein Kind gibt mir das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben	74	71	+3
Wer keine Kinder hat, dem wird oft gesagt, dass man bei vielen Themen nicht mitreden kann	68	59	+9
Ein Kind gibt meinem Leben erst den wahren Sinn	63	66	-3
Mutterschaft gehört zum Frausein dazu	63	58	+5
Es fehlt die nötige staatliche Unterstützung für Familien mit Kind beziehungsweise Kindern	62	61	+1
Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu	56	50	+6
Menschen ohne Kinder haben in unserer Gesellschaft viele finanzielle Vorteile	55	56	-1
Frauen, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	43	34	+9
Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel	39	20	+19
Mit einem Kind habe ich in unserer Gesellschaft einen höheren Status	38	27	+11
Mit einem Kind kann ich meine Fruchtbarkeit beweisen	36	29	+7
Männer, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	33	29	+4
Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung	31	14	+17
Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe	25	9	+16

- Der wohl wichtigste Befund ist, dass die Rangfolge der Einstellungsaspekte (gemessen an der Häufigkeit der Zustimmung) im Vergleich zu 2013 weitgehend gleichgeblieben ist. Es gibt einzelne Verschiebungen zwischen zwei Stufen, aber – bis auf signifikante Ausnahmen – ist ein Aspekt nicht mehrere Rangstufen sprunghaft nach oben gestiegen oder nach unten gerutscht.
- Zu den signifikanten Ausnahmen: Erheblich an Verbreitung gewonnen haben die Aspekte „Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel“ (Anstieg um 19 Prozentpunkte auf aktuell 39 Prozent) und „Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung“ (Anstieg um 17 Prozentpunkte auf 31 Prozent), die ein Indikator sind für **gewachsene Diskriminierungserfahrungen** von ungewollt

- Kinderlosen. Das bestätigt die um 16 Prozentpunkte gestiegene Aussage „Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe“, der derzeit ein Viertel aller ungewollt Kinderlosen (25 Prozent) zustimmt. Das waren 2013 nur neun Prozent. Bei der Interpretation dieser Befunde ist darauf zu achten, dass hier nicht objektive Diskriminierung gemessen wird (falls das überhaupt möglich sein sollte), sondern subjektive Wahrnehmungen und Deutungen, die mit dem werte- und emotionsbesetzten Wort Diskriminierung verbunden werden, die aber damit nicht weniger bedeutsam, sondern im Gegenteil als subjektive Erfahrungen reale soziale Tatsachen sind.
- Es gibt auffällige Signale einer – wieder in der subjektiven Wahrnehmung – situativen und sozialen Ausgrenzung, auch mangelnder

Partizipation und gesteigener Exklusion, weil man kein Kind hat. Das betrifft Gesprächsrunden und soziale Kreise, in denen man zu hören bekommt, dass man als Kinderlose bei vielen Themen nicht mitreden kann: Diese Erfahrung machen 68 Prozent (Zunahme um neun Prozentpunkte).

4. Die Stigmatisierung von Kinderlosigkeit ist nach den aktuellen Befunden weiterhin weitverbreitet und in den letzten Jahren gestiegen: 43 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen haben den Eindruck, dass Frauen, die keine Kinder wollen, als egoistisch gelten (2013: 34 Prozent). Ähnliches gilt für Männer: Männer, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch, ist die Erfahrung von 33 Prozent (2013: 29 Prozent). Dies ist insofern bedeutsam, weil diese Frauen und Männer ja Kinder wollen, aber es sich bei ihnen bisher nicht realisiert hat. Aber diese Aussagen sind auch insofern instruktiv, weil zur sozialen Verschleierung ihres unerfüllten Kinderwunsches, der eingeschränkten Fruchtbarkeit oder Unfruchtbarkeit gegenüber ihrem beruflichen und privaten Umfeld ein erheblicher Teil die Kulisse errichtet, (noch) keine Kinder zu wollen. Das hat auch die Schutzfunktion, nicht immer wieder gefragt zu werden und sich rechtfertigen zu müssen, warum man noch kein Kind hat, obwohl man doch eigene will. Mit wachsender Stigmatisierung gewollter Kinderlosigkeit jedoch verliert diese Schutzzone ihre Funktion und wird zum Schauplatz anderer Stigmatisierung, die zu einer paradoxen Konstellation führt: Sie wollen Kinder, es klappt bisher nicht und werden als egoistisch stigmatisiert, weil sie keine Kinder wollen. Das führt in der persönlichen Risikoabwägung zur Frage, was das stärkere Stigma ist: Unfruchtbarkeit oder Egoismus (Berufsfixierung, Karrieregeilheit oder Ähnliches).
5. Die Stigmatisierungstendenzen – durch Fremdstigmatisierung und Selbststigmatisierung – hängen eng damit zusammen, dass Frauen und Männer ihre **Geschlechtsidentität zunehmend stärker an Muttersein beziehungsweise Vatersein knüpfen**. „Mutterschaft gehört zum Frausein dazu“ sagen 63 Prozent der ungewollt Kinderlosen (2013: 58 Prozent); „Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu“ sagen 56 Prozent (2013: 50 Prozent). Der soziale Druck und die persönliche Sehnsucht nach einem

eigenen Kind verdichten sich darin, dass mehr als die Hälfte aller ungewollt Kinderlosen ihre Identität als Frau beziehungsweise Mann an Elternschaft knüpft. Wenn diese aber nicht gelungen ist, stellt das eine *bisher unvollendete Identität* dar. Wenn sich Elternschaft auch künftig nicht realisiert, bedeutet das eine *final unvollständige*, nur bruchstückhafte, auch *gescheiterte Identität*.

6. 62 Prozent der ungewollt Kinderlosen (63 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer) sind der Meinung, dass es an **staatlicher Unterstützung für Familien mit Kind(ern)** mangle und das staatliche Engagement hinter den Erfordernissen zurückbleibe. Diese Einstellung haben Kinderlose in allen Altersgruppen und Lebensphasen mehrheitlich. Hier hat sich seit 2013 in der Wahrnehmung und der Bewertung von ungewollt Kinderlosen nichts verändert. Im Weiteren beklagen noch mehr, nämlich 77 Prozent (81 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer), dass es zu wenig Kita-Betreuungsmöglichkeiten gebe. (2013 waren dies 69 Prozent – ein statistisch signifikanter Anstieg um acht Prozentpunkte).

Dies ist eine wichtige Botschaft, (1) weil der Wunsch nach einem Kind trotz der – aus ihrer Perspektive – mangelnden staatlichen Unterstützung besteht; (2) weil trotz des Rechtsanspruchs auf einen Kitaplatz und den Ausbau der Kitaplätze in den vergangenen Jahren sich diese Defizitdiagnose noch verstärkt hat; (3) weil ungewollte Kinderlosigkeit nicht nur als private Angelegenheit begriffen, sondern der Staat hier in der Mitverantwortung gesehen wird. Die Entscheidung für oder gegen Kinder wird nicht nur im engen Horizont der persönlichen Biografie und Geschlechtsidentität getroffen, sondern auch im weiteren Horizont der bestehenden Rahmenbedingungen sowie der kurzfristigen und langfristigen Nebenfolgen. Insofern sind Betreuungsmöglichkeiten (Kitas), die finanziellen Belastungen der Familie, die Konsequenzen für die Erwerbsbiografie, die (traditionelle oder gleichgestellte) Aufgabenteilung von Frauen und Männern, die finanzielle Existenz- und Alterssicherung von Anfang an zentrale Aspekte der Orientierung und Entscheidung. Diese Einstellung unzureichender staatlicher Unterstützung zielt vor allem auf das noch unzureichende Angebot an Kitaplätzen mit Qualität: kleine Gruppen, Ambiente und ästhetische Einrichtung,

das Programm- und Aktivitätsspektrum, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Talente, Ernährung, Kreativität und Innovationskraft, Orientierung an vor allem zeitlichen Bedarfen der Eltern, hohe Kosten für einen Kitaplatz (vor allem bei privaten Anbieterinnen und Anbietern in Großstädten, wenn nicht ausreichend kommunale Kitaplätze vorhanden sind), fachliche und kommunikative Kompetenz der Fachkräfte und deren Weiterbildung an aktuellen Erkenntnissen der neueren Pädagogik, Psychologie, Lerntheorie, Neurowissenschaften; multiprofessionelle Teams in den Kitas. 69 Prozent aller ungewollt Kinderlosen beklagen, dass es zu wenig Betreuungsmöglichkeiten für Kinder gibt. Die Einstellung unzureichender staatlicher Unterstützung geht aber darüber hinaus und umfasst das Ensemble von finanziellen Entlastungen von Familien sowie die vom Gesetzgeber zu schaffenden Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen: zum Beispiel Lohnsteuerklassensystem; Anreize für Erziehungszeiten für Väter; Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs von Frauen.

Spannungsreich sind die **geschlechtsspezifischen Rollenbilder**:

- Für 61 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen und für 67 Prozent der Männer ist **Mutterschaft** ein tragendes und notwendiges **Element für Frausein**. Damit hat mehr als die Hälfte der Frauen ohne Kinder den Selbstverdacht beziehungsweise das Stigma einer „nicht vollständigen Geschlechtsidentität“, nicht ganz Frau zu sein. Dieses Bild, was eine „vollständige“ Frau ausmacht, haben mehr Männer als Frauen. Die Identitätsverknüpfung von Frausein mit Muttersein wird von Männern also nicht nur geteilt, sondern wesentlich mit erzeugt, gestützt und verstärkt; sie sind Co-Konstrukteure der Wirklichkeitsauffassung, dass einer kinderlosen Frau etwas Wesentliches fehle.
- Ähnlich haben 64 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer die Vorstellung, dass **Vaterschaft** zum Mannsein gehört – aber diese Auffassung haben nur 49 Prozent der Frauen mit Blick auf Männer. Aber immerhin die Hälfte der Frauen und zwei Drittel der Männer begreifen **Vaterschaft** als **Kernelement von vollständigem Mannsein**. Mehr

Männer als Frauen verknüpfen die Geschlechtsidentität mit Elternschaft. Der Erwartungshorizont und Erwartungsdruck sind für ungewollt kinderlose Männer in Bezug auf Elternschaft größer als für Frauen. Kein Kind zu haben beeinträchtigt für Männer häufiger und stärker sowohl ihre Identität und Vergewisserung als Mann als auch die uneingeschränkte Anerkennung einer Frau. Kein Kind zu haben, berührt ihre soziale Konstruktion von richtigem Mannsein und richtigem Frausein, sät Zweifel an der Bestätigung ihrer Männlichkeit und der uneingeschränkten Fraulichkeit von Frauen.

Das verweist darauf, wie groß der Druck von ungewollt kinderlosen Männern ist; dass Männer – im Vergleich zu Frauen – größere Schwierigkeiten eines alternativen, von ihnen selbst gleichermaßen anerkannten Lebensentwurfs ohne Kind haben. Der Wunsch nach einem Kind hat für einen erheblichen Teil der Männer mit unerfülltem Kinderwunsch (mehr als für Frauen) tendenziell den Charakter der Eindimensionalität, für die es allenfalls unzureichende Kompensation oder weltanschauliche Bewältigungsmuster gibt. Es gibt Grund zu der Annahme, dass in der medialen Berichterstattung und in fachlichen Diskursen (zu Reproduktionsmedizin und behandlungsunabhängiger psychosozialer Beratung) die Gruppe der Männer mit ungewollter Kinderlosigkeit lange nachgeordnet thematisiert wurde; während Frauen reflexhaft im Fokus stehen, gilt Männern meist nur der zweite Blick.

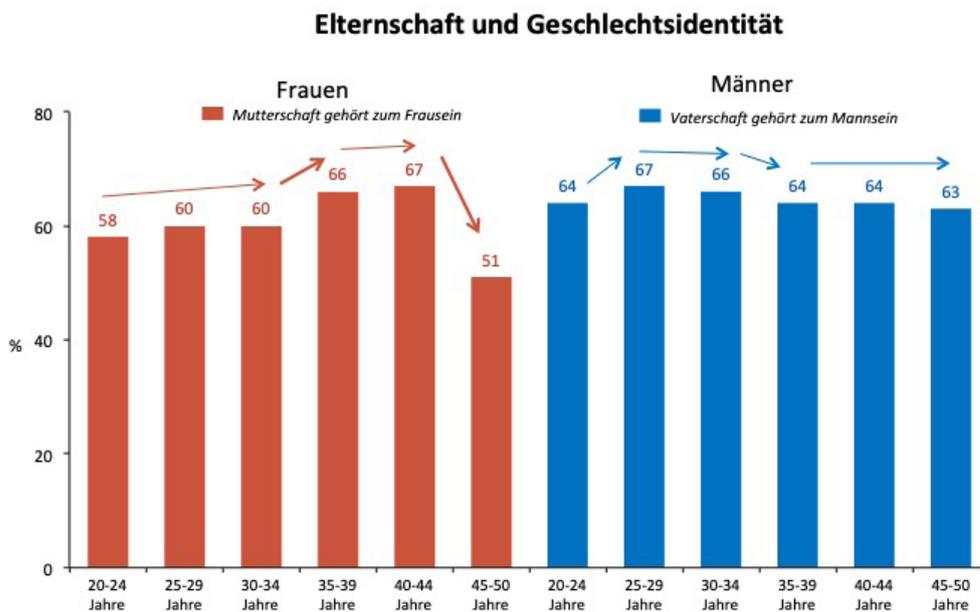
Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass deutlich mehr Frauen als Männer unabhängig von einer Kinderwunschbehandlung eine psychosoziale Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch in Anspruch nehmen, dass Männer – wenn sie solche nutzen – dies primär nach Aufforderung ihrer Partnerin beziehungsweise gemeinsam nutzen, aber äußerst selten aus eigener Initiative und „nur für sich selbst“ (siehe Kapitel 11). Die zuvor beschriebenen Befunde der bei Männern sehr häufig engen Koppelung von männlichem Identitätsentwurf an **Vaterschaft** geben Hinweise auf den erheblichen Bedarf an einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung bei ungewollt kinderlosen Männern.

9 Einstellungen zum Kinderwunsch

Die Haltung, dass Muttersein zum Frausein elementar dazugehört, verändert sich bei Frauen mit noch unerfülltem Kinderwunsch im Lebensverlauf. Gleichwohl ist in allen Altersstufen mehr als die Hälfte aller ungewollt kinderlosen Frauen dieser Auffassung. Anfangs haben 58 Prozent der Frauen diese Perspektive. Dieser Anteil steigt in den folgenden Altersstufen nur wenig, aber ab einem Alter von etwa 35 Jahren sprunghaft auf 66 Prozent; auch ein Effekt des subjektiv drängenden Kinderwunsches, wenn das Zeitfenster immer kleiner wird. Doch gegen Ende der fünften Lebensdekade, etwa ab einem Alter von 45 Jahren, löst ein relevanter (gleichwohl kleiner) Teil der Frauen diese notwendige Bedingung der Elternschaft von ihrer Identität als Frau. Sie entkoppeln Elternschaft von ihrer Geschlechtsidentität. Gleichwohl sind in dieser Altersphase weiterhin 51 Prozent der Auffassung, dass Mutterschaft für ihr Frausein ein notwendiger Bestandteil ist, den sie aktuell und wohl endgültig nie haben werden.

Sehr viel gleichförmiger, unaufgeregter und stabiler ist die Auffassung bei Männern. In allen

Altersgruppen sind zwischen 63 Prozent und 67 Prozent der Männer der Auffassung, dass Mannsein und Vatersein einander bedingen. Damit durchlaufen ungewollt kinderlose Männer eine weniger „wechselhafte“ Karriere ihrer Geschlechtsidentität als Frauen – aber auch einem quantitativ „höheren Niveau“. Männern fällt es tendenziell signifikant schwerer als Frauen, ihre Identität als Mann von ihrem Wunsch nach einem Kind (ein Kind gezeugt haben; Vatersein) zu lösen; das Leben als Mann ohne Kind uneingeschränkt gleichwertig zu sehen zum Wunsch nach Familie. Die Befunde legen die – noch in qualitativen Untersuchungen zu prüfende – Hypothese nahe, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine größere Elastizität und Flexibilität nach Neuorientierung haben, wenn sich ihr Wunsch nach einem Kind nicht erfüllt, dass Männer sehr viel stärker – wenn auch nicht immer kommuniziert und nach außen sichtbar (das normative Leitbild vom „starken Mann“) – unter ihrer Kinderlosigkeit leiden und dauerhafter als Frauen und in der Forschungsliteratur bisher thematisiert.



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Stärker als Männer trifft hingegen Frauen die partielle soziale Exklusion und die thematische Kompetenzabsprache mit der Aussage, dass sie als „Kinderlose“ bei vielen Themen nicht mitreden könnten beziehungsweise sollten: 72 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen und 63 Prozent der

Männer berichten von diesen Erfahrungen. So hat sich überwiegend bei Frauen (42 Prozent), aber auch bei einem Drittel der Männer (34 Prozent) die Annahme etabliert, dass es in unserer Gesellschaft als Makel gilt, kein Kind zu haben.²⁷

	Frauen 2020	Männer 2020	Differenz Frauen – Männer
	%	%	%
Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meiner Partnerin/meinem Partner	96	93	+3
Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben	96	92	+4
Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben	92	91	+1
Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen	84	83	+1
Es gibt zu wenig Betreuungsmöglichkeiten/Kitas für Kinder	81	72	+9
Ein Kind gibt mir das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben	72	76	-4
Wer keine Kinder hat, dem wird oft gesagt, dass man bei vielen Themen nicht mitreden kann	72	63	+9
Ein Kind gibt meinem Leben erst den wahren Sinn	61	66	-5
Mutterschaft gehört zum Frausein dazu	61	67	-6
Es fehlt die nötige staatliche Unterstützung für Familien mit Kind beziehungsweise Kindern	63	60	+3
Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu	49	64	-15
Menschen ohne Kinder haben in unserer Gesellschaft viele finanzielle Vorteile	53	59	-6
Frauen, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	43	42	+1
Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel	42	34	+8
Mit einem Kind habe ich in unserer Gesellschaft einen höheren Status	34	44	-10
Mit einem Kind kann ich meine Fruchtbarkeit beweisen	31	42	-11
Männer, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	30	37	-7
Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung	32	30	+2
Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe	27	23	+4

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

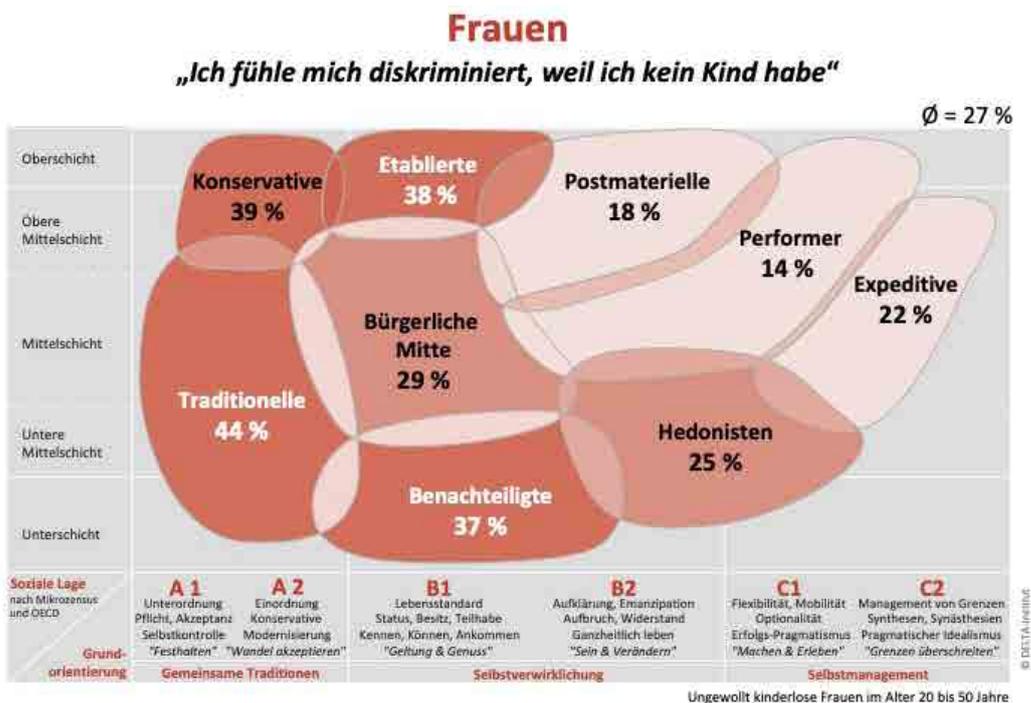
27 Wie alle Perspektiven auf Gesellschaft beschreiben diese Zahlen die soziale Struktur nicht objektiv, sondern sind soziale Konstruktionen auf der Grundlage von gedeuteten Erfahrungen. Inwieweit diese die expliziten Äußerungen und ablehnenden Verhalten anderer wiedergeben, oder sie erwachsen sind aus der eigenen und bisher vergeblichen Sehnsucht, endlich ein Kind zu bekommen; beziehungsweise inwieweit soziale Erfahrungen im Lichte dieses Wunsches als Makel und Stigma interpretiert werden, lässt sich nur sehr aufwendig, aber nicht im Rahmen einer standardisierten Repräsentativbefragung untersuchen. Entscheidend als objektive soziale Tatsache aber ist die Einstellung der Mehrheit ungewollt kinderloser Frauen und Männer, dass Kinderlosigkeit in der Gesellschaft ein Makel ist – und sie diese Resonanz der Gesellschaft spüren, diesen Makel an sich wahrnehmen.

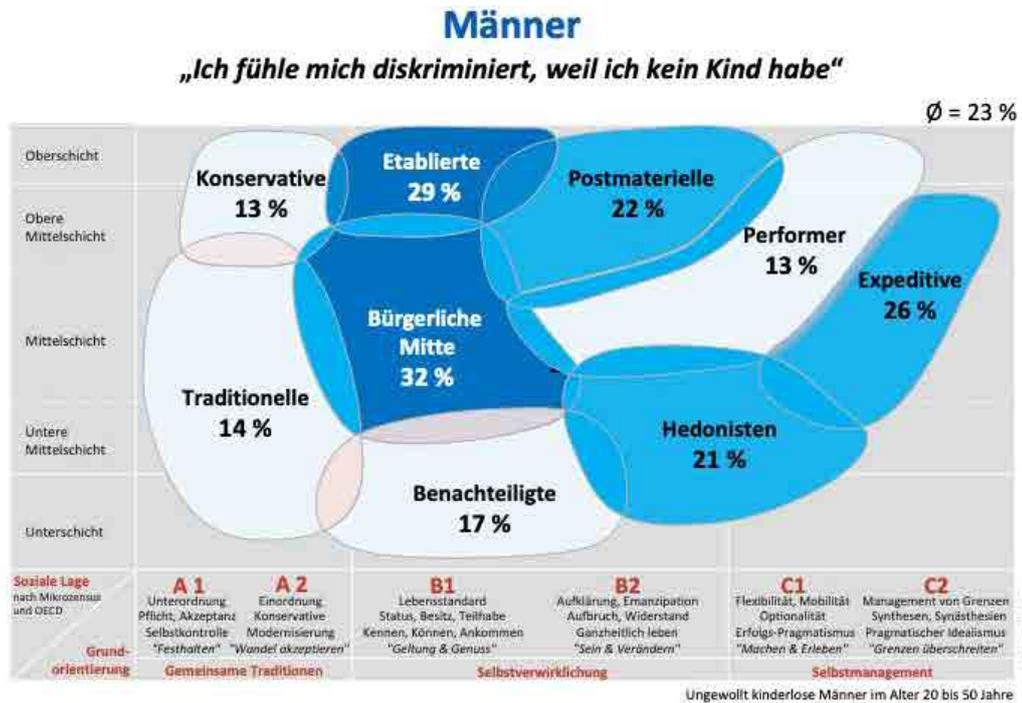
Die folgenden beiden Grafiken illustrieren, inwieweit sich Frauen aus verschiedenen Milieus diskriminiert fühlen aufgrund ihrer Kinderlosigkeit, ebenso diese milieuspezifische Wahrnehmung von Männern. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede und Brüche nicht nur zwischen Frauen aus unterschiedlichen Milieus, sondern auch zwischen Frauen und Männern desselben Milieus.

- Das Gefühl, ausgegrenzt, stigmatisiert und diskriminiert zu werden, weil sie kein Kind haben, machen vor allem **Frauen** in den Milieus „Traditionelle“ und „Konservative“: Hier ist Mutterschaft kulturell verankert als sinnstiftende Existenz und Pfeiler der in diesem Milieu institutionalisierten traditionellen Rollenteilung. Ähnlich häufig sehen sich „Etablierte“ diesem Druck zur Mutterschaft ausgesetzt. Diese in der Regel beruflich sehr hoch qualifizierten Frauen in verantwortlichen Leitungspositionen machen die Erfahrung, dass in ihrem beruflichen Umfeld seitens der Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten und Untergebenen, der beruflichen Gesprächs- und Netzwerkpartnerinnen und -partner sowie im privaten verwandtschaft-

lichen und nachbarschaftlichen Umfeld von ihnen als erfolgreiche Frau erwartet wird, dass sie der „einer Frau zukommenden“ Möglichkeit der Mutterschaft gerecht werden. Ansonsten haben sie den Makel der überhehrgeizigen und unberechenbaren, radikalen und „kalten“ Karrierefrau, die privat keine Familie und damit keine Sphäre zur Balance hat. Auffällig ist auch, dass in anderem Umfeld der modernen Unterschicht in den Milieus der „Benachteiligten“ und „Hedonisten“ ähnlich häufig Diskriminierungserfahrungen gemacht werden, freilich mit gänzlich anderen Motiven. Deutlich seltener erfahren Frauen in den Milieus der „Performer“, „Postmateriellen“ und „Expeditiven“ solche Stigmatisierungen und ausgrenzende Benachteiligungen.

- Gänzlich anders gelagert sind bei ungewollt kinderlosen **Männern** die Diskriminierungserfahrungen: Hier erfahren weniger Männer in den Milieus der „Traditionellen“, „Konservativen“ und „Benachteiligten“ solche Benachteiligung, sondern primär in der „Bürgerlichen Mitte“, aber – ähnlich wie Frauen – auch im Milieu der „Etablierten“.





In manchen Milieus machen Frauen und Männer ähnliche und ähnlich häufig Diskriminierungserfahrungen wegen ihrer Kinderlosigkeit, in anderen Milieus sind diese Erfahrungen von Frauen und Männern qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich: In keinem Milieu ist der Gap zwischen Frauen und Männern in der Diskriminierungserfahrung so groß wie bei „Traditionellen“ (Frauen 44 Prozent, Männer 14 Prozent: Gap = 30 Prozent). Dann folgen die Milieus „Konservative“ (Frauen 39 Prozent, Männer 13 Prozent: Gap = 26 Prozent), „Benachteiligte“ (Frauen 37 Prozent, Männer 17 Prozent: Gap = 20 Prozent). Deutlich geringer oder nahezu kaum vorhanden ist eine solche Kluft in den Milieus der „Performer“, „Hedonisten“ und „Exeditiven“ – somit Milieus im rechten Bereich der Milieulandkarte, den soziokulturell jüngsten Milieus mit einem programmatisch anti-traditionellen Partnerschaftsmodell (auch wenn das in der Praxis mitunter anders ausfällt). Gleichwohl bedeuten diese etwa gleich hohen Anteile von Diskriminierungserfahrungen von Frauen und Männern derselben Milieuzugehörigkeit nicht, dass in einer Partnerschaft jeweils beide in gleichem Maße in ihrem Alltag Diskriminierung erleben: Die Zahlen beschreiben Milieuanteile, nicht Partnerschaftsle-

vel. Die Betroffenheit und subjektive Wahrnehmung können in der Partnerschaft auch zum Beispiel im Milieu der „Performer“ sehr ungleich sein; umgekehrt gibt es Partnerschaften im traditionellen Milieu, in denen beide Diskriminierung erleben.

Wenn Milieus dadurch charakterisiert und voneinander unterschieden sind, dass sie nicht nur unterschiedliche materiell-finanzielle Ressourcen haben, sondern unterschiedliches *kulturelles Kapital* (Wissen und ästhetisches Urteil, Bildung und Geschmack, Kompetenz in der Aneignung und Anwendung von Kenntnissen sowie künstlerische Befähigung) und *soziales Kapital* (Beziehungsnetzwerke, aus denen sie Wertschätzung und sozialen Kredit beziehen), dann ist damit verbunden, dass auch die Ressourcen zur **Immunsierung** gegenüber Stigmatisierung und Diskriminierung, zur **situativen und strategischen Bewältigung** sowie die Fähigkeiten und Mechanismen zur **Resilienz** in den Milieus je anders ausgeprägt und gelagert sind. Das verlangt nach Unterstützungen seitens der psychosozialen Beratung, die hier milieudifferenziert und milieudäquat das **Empowerment dieser Kompetenzen** unterstützen könnte.

Die folgenden Grafiken illustrieren für jedes Milieu, wie sehr für Frauen die Mutterschaft zum Frausein dazugehört, und wie sehr für Männer die Vaterschaft zum Mannsein. Für Männer ist diese Koppelung insgesamt enger als für Frauen, aber nicht in allen Milieus, sondern abhängig von der Milieuzugehörigkeit.

- In den Milieus „Konservative“, „Postmaterielle“, „Expeditiv“ und „Hedonisten“ knüpfen Frauen und Männer ihre Identität gleichermaßen an Vaterschaft beziehungsweise Mutterschaft (auf je anderem Anteilsniveau – „Konservative“ häufiger als „Hedonisten“, diese häufiger als „Postmaterielle“).
- In den Milieus „Traditionelle“, „Etablierte“, „Bürgerliche Mitte“ und „Performer“ hingegen ist Vaterschaft viel mehr und enger an Mannsein geknüpft als das bei Frauen desselben Milieus ist hinsichtlich ihrer Mutterschaft.

In der Milieulandschaft lässt sich ein soziokultureller Prozess der sukzessiven Entkoppelung von Geschlechtsidentität von der Elternschaft ausmachen. Dieser verläuft bei Frauen und Männern desselben Milieus ähnlich und erzeugt zwischen den Milieus Bruchlinien.

- Am stärksten und engsten ist Mutterschaft beziehungsweise Vaterschaft an die Geschlechtsidentität geknüpft in den Milieus im Achsenabschnitt A *Gemeinsame Traditionen* –

in den Milieus der „Traditionellen“ und „Konservativen“. Bei Frauen strahlt dieser Konnex in die moderne Unterschicht im Milieu „Benachteiligte“; bei Männern hingegen deutlich stärker in die Milieus „Etablierte“ und „Bürgerliche Mitte“ im Achsenabschnitt B1 Geltung und Genuss.

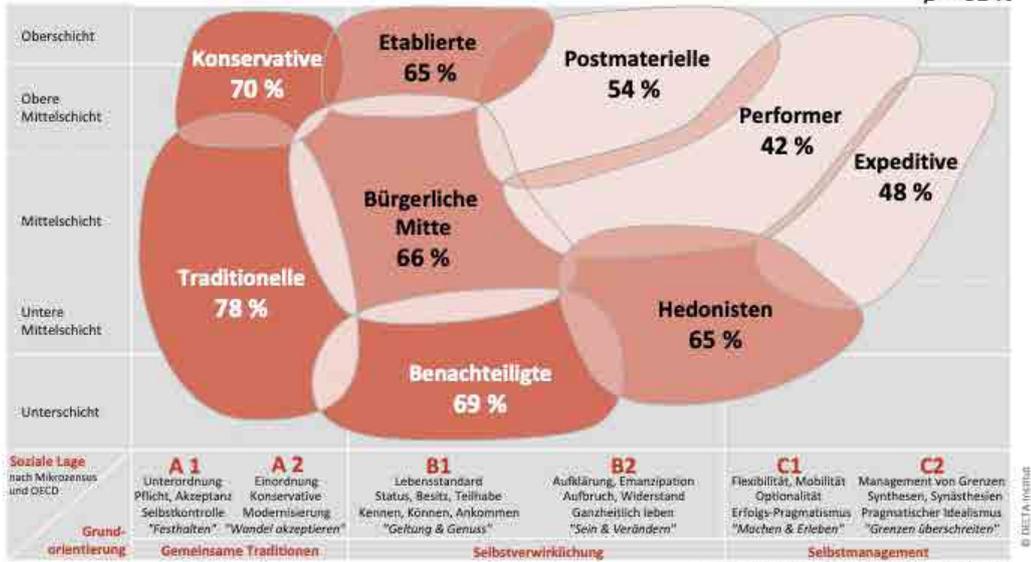
- Dann erfolgt ein Bruch zu den gehobenen, moderneren beziehungsweise postmodernen Milieus „Postmaterielle“, „Performer“ und „Expeditiv“, bei denen es eine deutlich schwächere Definition von Geschlechtsidentität über Elternschaft gibt (wenngleich dies hier bei etwa der Hälfte der Fall ist).

In den vorherigen Abschnitten wurde deutlich, dass es zwischen den sozialen Milieus eher geringe Unterschiede gibt zur Frage, wann man erstmals den konkreten Wunsch nach einem Kind hatte, oder wann man zum ersten Mal den Gedanken hatte, dass eine Elternschaft auf natürlichem Wege wohl nicht gelingt. Der Wunsch nach einem Kind ist nicht milieuspezifisch, auch der unerfüllte Kinderwunsch nicht, auch nicht das Alter des erstmaligen Zweifels an der eigenen Fruchtbarkeit. Sehr starke Unterschiede zwischen den Milieus tun sich allerdings auf, wenn es um den Lebensentwurf geht: Inwieweit ist Elternschaft ein alternativloses Lebensziel, ist unverzichtbarer Baustein der persönlichen Identität sowie der sozialen Anerkennung?

Frauen

„Mutterschaft gehört zum Frausein dazu“

Ø = 61 %

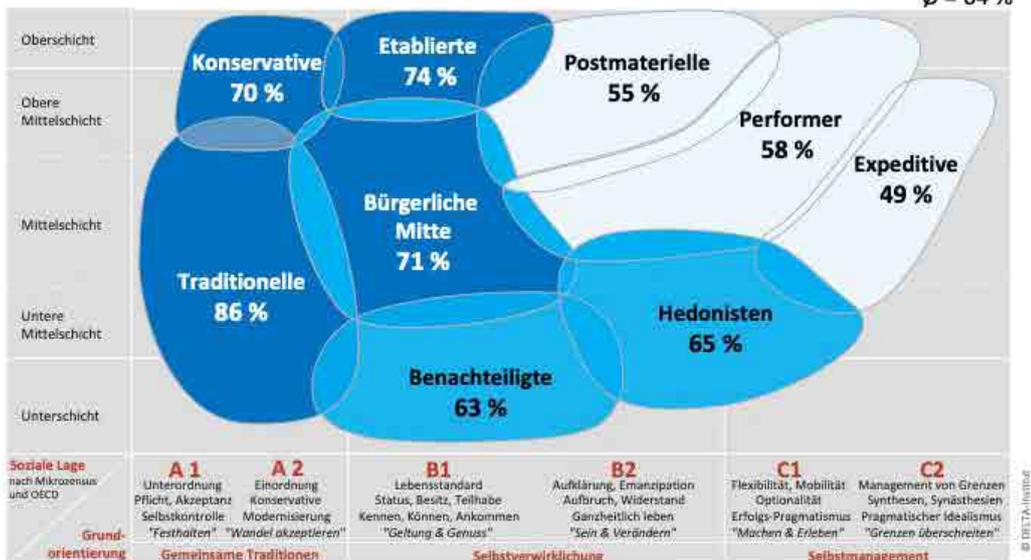


Ungewollt kinderlose Frauen im Alter 20 bis 50 Jahre

Männer

„Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu“

Ø = 64 %



Ungewollt kinderlose Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

9.2 Vier Hauptdimensionen von Kinderwunscheinstellungen

Im Ensemble der vielen Einstellungen zum Kinderwunsch ließen sich 2013 unter Einbezug von gewollt und ungewollt Kinderlosen sieben Hauptdimensionen identifizieren.²⁸ In der Untersuchung 2020 wurden nur ungewollt Kinderlose befragt; die Itemskala umfasst daher 2020 nicht mehr 31, sondern 19 Items.²⁹ In dem komplexen multidimensionalen Raum der miteinander verschränkten Einstellungen werden in der Untersuchung 2020 **vier Hauptdimensionen** identifiziert (Basismotive, Wahrnehmungsfelder, Argumentationswelten), die in den einzelnen Einstellungen kristallin werden und in denen sich einzelne Aspekte und Facetten dieser Hauptdimension zeigen:³⁰

Faktor 1: Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen

Faktor 2: Ein Kind als substanzieller Bestandteil: Lebenssinn & sozialer Status

Faktor 3: Das Kind erleben – Liebe geben: Familie als Liebesgemeinschaft (vormals: Identität und Lebenssinn durch ein Kind)

Faktor 4: Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern

Im Vergleich zu 2013 zeigt sich eine erhebliche Verschiebung in diesem Faktorenraum. Diese besteht nicht darin, dass nur noch vier statt sieben Faktoren statistisch extrahiert wurden (zwei der 2013 identifizierten Hauptfaktoren waren auf gewollte Kinderlosigkeit fokussiert). Die signifikante Veränderung in diesem Faktorenraum besteht darin, dass nicht – wie 2013 – als erster Faktor „Identität und Lebenssinn durch ein Kind“ extrahiert wird (obwohl dessen Items die höchste Zustimmung erfahren), sondern der Faktor „*Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen*“. Dieser Aspekt hat nicht nur quantitativ an Bedeutung gewonnen (was anschaulich an der gestiegenen Zustimmung der zugehörigen Items erkennbar ist) und betrifft immer mehr ungewollt Kinderlose, sondern hat qualitativ an Kontur gewonnen als ein eigenständiger Faktor, der weitgehend unabhängig ist von den anderen Hauptdimensionen. Die folgende Tabelle der Faktorenmatrix zeigt die Zuordnung der einzelnen Aspekte zu den Hauptdimensionen.³¹

28 In folgender Rangfolge: (1) Identität und Lebenssinn durch ein Kind, (2) Verlust und Einschränkung individueller Freiheiten durch ein Kind, (3) Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern, (4) Ein Kind als substanzieller Bestandteil: Komplettierung von Mannsein/Frausein (5) Soziale Ausgrenzung Kinderloser, (6) Einschränkungen in Partnerschaft und Sozialkontakten durch ein Kind, (7) Höherer sozialer Status durch ein Kind; siehe Wippermann, Carsten: Kinderlose Frauen und Männer: Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2014, S. 164 ff.

29 Ein Grund für die Reduktion der Itemskala war, dass einige Items nur die Lebenslage und Kinderwunschsichtweise von gewollt Kinderlosen ansprachen, was für ungewollt Kinderlose dieser Untersuchung ohne Belang ist. Ein zweiter Grund ist, dass einzelne Items sich 2013 als nicht trennscharf erwiesen beziehungsweise wenig zur statistischen Varianzaufklärung beitrugen.

30 Dabei wurde jeweils das gleiche statistische Verfahren wie 2013 eingesetzt: Hauptkomponentenanalyse; Eigenwertkriterium = 1 (ein Faktor sollte mindestens die Erklärungskraft eines Items haben); Varimax-Rotation, Itemanalyse bezüglich der Stabilität der Skala und des Beitrags eines Items zur Skala.

31 Die Faktorenmatrix enthält die Korrelationskoeffizienten (nach Bravais/Pearson) zwischen dem einzelnen Item und dem jeweiligen Faktor. In diesem Kontext werden die Korrelationskoeffizienten als Faktorladungen bezeichnet. Die Werte bewegen sich im Intervall zwischen -1 und +1 mit folgender Bedeutung: Je näher der Koeffizient dem Wert -1 ist, umso stärker ist der negative lineare Zusammenhang zwischen Item und Faktor; je näher der Koeffizient dem Wert +1 ist, umso stärker ist der positive lineare Zusammenhang zwischen Item und Faktor. Ist der Koeffizient nahe dem Wert 0, so besteht kein linearer Zusammenhang.

	Hauptdimensionen (Faktoren)			
	1 Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen	2 Ein Kind als substanzieller Bestandteil (Lebenssinn & sozialer Status)	3 Das Kind erleben – Lie- be geben: Familie als Liebesgemeinschaft	4 Unzureichende Infrastrukturen für Eltern
Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung	0,77	0,24		
Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel	0,76			
Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe	0,75			
Wer keine Kinder hat, dem wird oft gesagt, dass man bei vielen Themen nicht mitreden kann	0,63		0,23	0,13
Mit einem Kind habe ich in unserer Gesellschaft einen höheren Status	0,61	0,32		
Frauen, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	0,57	0,22		0,28
Männer, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	0,46	0,41	-0,14	0,30
Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu	0,11	0,78	0,13	
Mutterschaft gehört zum Frausein dazu	0,13	0,78	0,17	
Ein Kind gibt meinem Leben erst den wahren Sinn	0,14	0,63	0,37	
Ein Kind gibt mir das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben		0,54	0,49	
Mit einem Kind kann ich meine Fruchtbarkeit beweisen	0,36	0,49		
Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben			0,79	
Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meiner Partnerin/meinem Partner			0,77	
Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben		0,13	0,70	
Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen		0,36	0,63	
Es fehlt die nötige staatliche Unterstützung für Familien mit Kind beziehungsweise Kindern	0,10			0,75
Es gibt zu wenig Betreuungsmöglichkeiten/Kitas für Kinder	0,13	-0,21	0,28	0,66
Menschen ohne Kinder haben in unserer Gesellschaft viele finanzielle Vorteile		0,23	-0,10	0,63

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Die Rotation ist in sieben Iterationen konvergiert. Es werden 64 Prozent der Gesamtvarianz durch diese vier Faktoren erklärt.

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

Die den Kinderwunsch bestimmenden Hauptfaktoren³² sind sehr unterschiedlich in ihrer Verbreitung und normativen Kraft, auch hinsichtlich ihrer befördernden oder hemmenden Wirkung. Bei der Interpretation dieser Hauptdimensionen im Einstellungs- und Erfahrungsraum von ungewollt Kinderlosen sind einerseits die Verbreitungen (Anteile) und Relationen zueinander relevant, andererseits die Veränderungen seit 2013. Dabei gilt es zu beachten, die Prozentwerte nicht absolut zu interpretieren, sondern jeweils relativ.

- In der Verbreitung der Hauptdimensionen (Zustimmung) steht an erster Stelle jener, dessen Items die höchsten Zustimmungswerte erhalten: **Das Kind und seine Entwicklung erleben, Familie als Liebesgemeinschaft**. Mit großem Abstand vor allen anderen Faktoren ist für über 90 Prozent der kinderlosen Frauen und Männern diese Vorstellung präsent, dass Kinder in äußerst positiver Weise eine Bereicherung für Identität und Lebenssinn sind: Das betrifft die Partnerschaft (Kind als Ausdruck der Liebe und Gemeinsamkeit), das Erlebnis der Entwicklung eines eigenen Kindes in den verschiedenen Entwicklungsstadien bis hin zur Sehnsucht, mit dem Kind „ein richtiges Zuhause zu haben“ und in bestimmter Hinsicht „angekommen“ zu sein. Bei ungewollt Kinderlosen beschreibt das keinen Ist-Zustand, sondern eine Sehnsucht und Soll-Vorstellung. Aufgrund der hohen Zustimmung (von über 80 Prozent der Befragten) ist dieser Faktor nahezu omnipräsent, weniger trennscharf und korreliert relativ hoch mit den anderen Dimensionen.
- In der Verbreitungshierarchie an zweiter Stelle steht die Feststellung von **unzureichenden gesellschaftlichen Infrastrukturen für Eltern**. Mehr als zwei Drittel (Zustimmung in diesem Faktorenraum von 70 Prozent) nehmen wahr, dass es zu wenig Kitaplätze gibt, die Betreuungssituation in Kitas und Grundschule

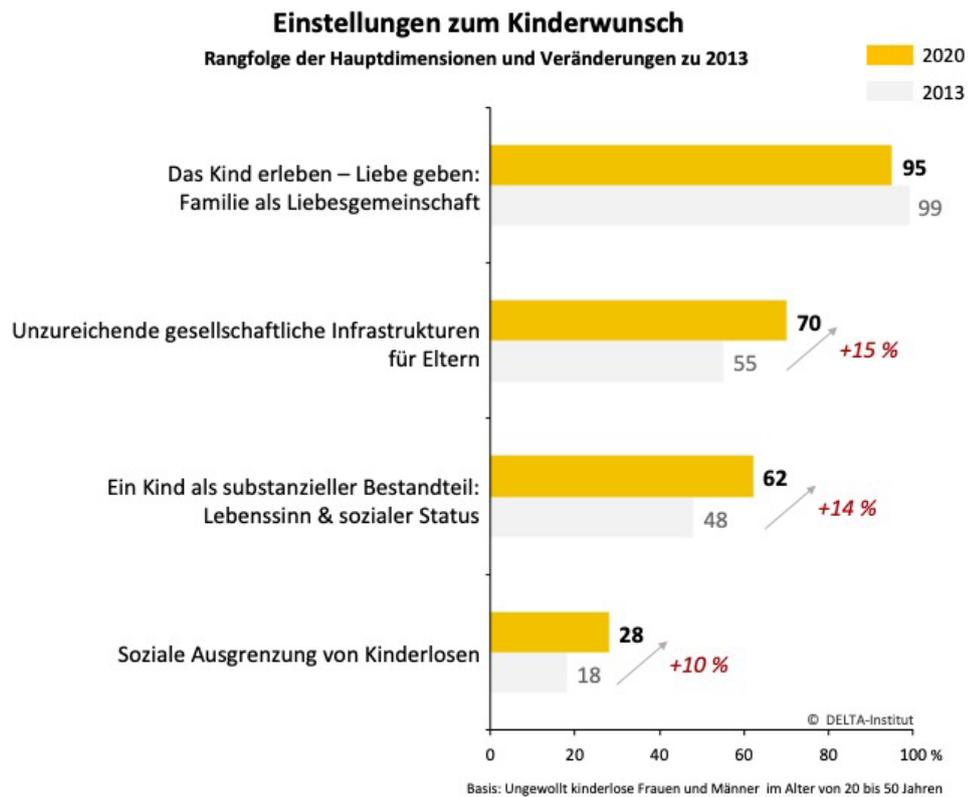
unzureichend ist für eine gleichzeitige Erwerbstätigkeit zur eigenständigen Existenzsicherung (insbesondere von Frauen), die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Familien mit Kindern in unserer Gesellschaft unzureichend sind, es viele Hürden und hohe finanzielle Belastungen und Benachteiligungen gibt (vor allem beruflich). Insbesondere wird beklagt, dass es an der nötigen staatlichen Unterstützung für junge Familien mangelt und Menschen ohne Kinder in der Gesellschaft viele finanzielle Vorteile haben. Damit stellen jene, die selbst aktuell keine Kinder haben, die Gerechtigkeitsfrage. Im Vergleich zur Einstellungssituation 2013 hat diese Perspektive an Verbreitung und Bedeutung erheblich zugenommen (Anstieg um 15 Prozentpunkte von 55 auf 70 Prozent in diesem Faktorenraum).

- In der Verbreitung auf Rang 3 liegt der Einstellungsraum, dass **ein Kind substanzieller Bestandteil der eigenen Existenz ist: Ein Kind bedeutet Lebenssinn**. Dazu aber ist seit 2013 eine neue Facette hingekommen: ein Kind auch als **sozialer Status und Vergewisserung** für ein richtiges, vollständiges Mannsein beziehungsweise Frausein, auch als Beleg der eigenen Fruchtbarkeit (als persönliches Signal der Identität, aber auch nach außen als performatives Signal sozialer Anerkennung). Ein Kind bedeutet zugleich und gibt das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben; und das, obwohl diese Frauen und Männer selbst (noch) kein Kind haben. Er drückt somit ihre Vision von einem richtigen und guten Leben aus, das für sie noch nicht Realität ist. Diese Einstellungsdimension hat seit 2013 ebenfalls erheblich an Ausweitung gewonnen, sodass heute mehr als die Hälfte aller ungewollt Kinderlosen diese Perspektive hat (Anstieg um 14 Prozentpunkte von 48 auf 62 Prozent in diesem Faktorenraum).

32 Die statistische Berechnung der einzelnen Faktoren erfolgt als normierter Summenscore. Dazu wurde das arithmetische Mittel der drei Leititems jeder Dimension verwendet und damit auf die ursprüngliche Skala von 1 (volle Ablehnung) bis 4 (volle Zustimmung) bezogen. Da dieser Skala durch den Mittelwert nicht mehr diskret, sondern stetig ist (Nachkommastellen), wurde die Skala von 1 bis 4 halbiert; Zustimmung bei Werten über 2,5; Ablehnung bei Werten unter 2,5. Bewusst wurden nicht die in der Faktorenanalyse berechneten Faktorenwerte verwendet, weil diese (aufgrund der Varimax-Rotation) in einem virtuellen mathematischen Raum berechnet werden, der nicht dem realen Dimensionsraum der Befragung entspricht und somit nicht mehr klar und sinnvoll interpretierbar ist.

- Der markanteste Einstellungsraum³³ liegt in der quantitativen Rangordnung auf Platz 4 und beschreibt die Wahrnehmung, dass **Kinderlose in der Gesellschaft partiell ausgegrenzt**, von bestimmten Themen ausgeschlossen werden. Auch dieser Faktor ist seit 2013 erheblich gewachsen (Anstieg um zehn Prozentpunkte von 18 auf 28 Prozent in diesem Faktoren-

raum), sodass mehr als jede und jeder Vierte der Auffassung ist, dass Kinderlosigkeit für ihn beziehungsweise sie gesellschaftliche Abwertung bedeutet. Kein Kind zu haben ist ein **Makel in der Gesellschaft und ein Stigma**. Dazu gehört der Vorwurf des Egoismus und das Gefühl, diskriminiert zu werden, weil man kein Kind hat.



Bei zwei der vier Hauptdimensionen gibt es kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern, wohl aber bei zwei Aspekten, die das besondere Dilemma für Frauen mit Kinderwunsch zeigen:

1. Frauen nehmen häufiger wahr, dass in unserer Gesellschaft Kinderlosigkeit als Makel gilt, Kinderlose als „egoistisch“ stigmatisiert, partiell ausgegrenzt und mitunter diskriminiert werden. Das illustriert, dass für Frauen nicht nur das biologische Zeitfenster für Fertilität kleiner ist als bei Männern und damit

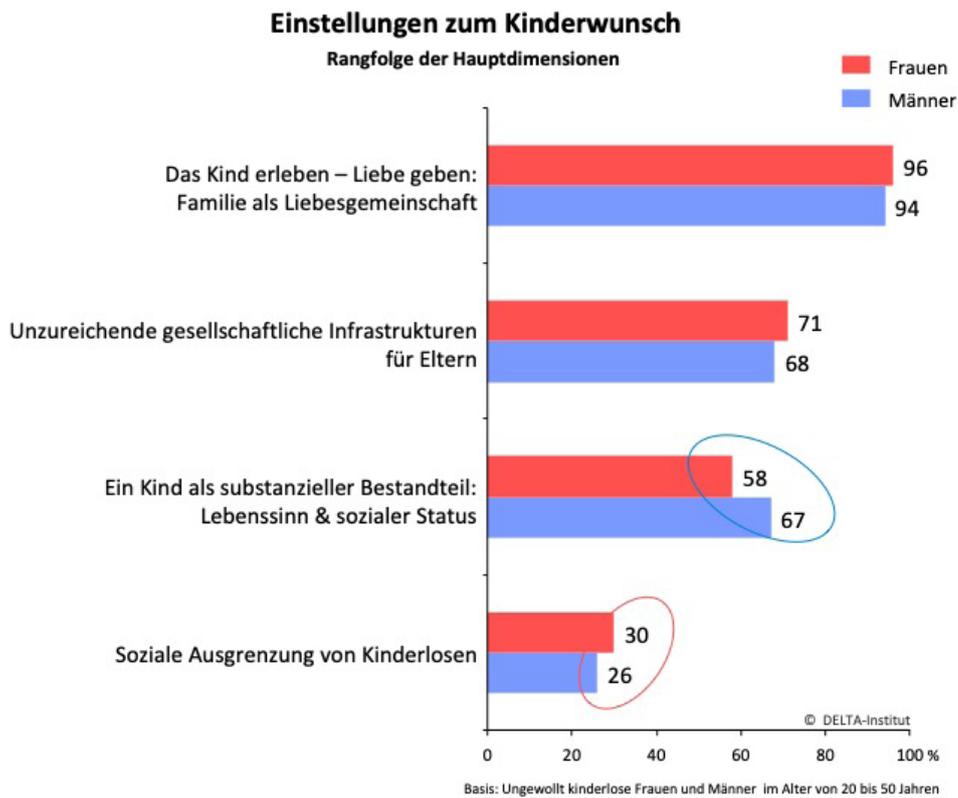
der Entscheidungsdruck für oder gegen ein Kind früher steigt und höher ist, sondern auch der soziale Druck lastet sehr viel stärker auf Frauen als auf Männern. Zugleich nehmen Frauen die organisatorischen Hürden und gesellschaftliche Nachteile differenzierter und umfassender wahr als Männer. Sie beobachten bei jungen Eltern, dass es nach der Geburt des Kindes zu einer Retraditionalisierung der Rollenteilung kommt, auch bei Paaren, die bisher auf gleicher Augenhöhe lebten und auch ihre Elternschaft „eigentlich“ gleichge-

33 Markant meint hier, dass dieser Faktor in der Faktorenanalyse als erster extrahiert wurde, das heißt, sich statistisch am klarsten von den anderen abhebt, das relativ klarste Profil hat; die diesen Faktor anzeigenden Items korrelieren mit diesem Faktor am höchsten und mit den anderen Faktoren am geringsten. Dieser Befund bedeutet nicht, dass dieser Faktor auch die weiteste Verbreitung (Zustimmung) hat, im Gegenteil.

stellt angehen wollten. Die Frau ist in der Regel primär zuständig für die Versorgung und Erziehung des Kindes mit den Konsequenzen, dass die Frau ihre Erwerbstätigkeit reduziert oder unterbricht. Damit sind für Frauen mit der Elternschaft im Vergleich zu ihrem Partner mehr und höhere Risiken verbunden (vor allem in mittel- und langfristiger Perspektive), wie etwa nach der familienbedingten Erwerbsunterbrechung die Gestaltung des beruflichen Wiedereinstiegs (Risiko der Teilzeitbeschäftigung; Verantwortungsverlust), berufliche Flexibilität und Mobilität, Karrierechancen (als Mutter noch kleiner Kinder und nach längerer Erwerbsunterbrechung), systematisch geringe-

res Entgelt auch in mittel- und langfristiger Perspektive, damit verbunden auch erhebliche Risiken für die eigene Existenz- und Alterssicherung. Insofern sehen kinderlose Frauen, dass sie von Hürden, Risiken und Nachteilen der Elternschaft sehr viel stärker betroffen sein werden als ihre Partner.

2. Noch stärker als beim vorherigen Aspekt ist der Geschlechterunterschied bei der existenziellen Sinnzuschreibung von Elternschaft: Signifikant häufiger als bei Frauen ist für ungewollt kinderlose Männer ein Kind substantieller Bestandteil ihrer Identität und auch bedeutsam für sozialen Status.



9.2.1 Veränderungen im Lebenslauf

Einstellungen zum Kinderwunsch sowie Erfahrungen mit der eigenen Kinderlosigkeit sind nicht zeitlos gleich, sondern verändern sich im Lebensverlauf. Eine Änderung in der Haltung zu eigenen Kindern ist bei manchen eine geplante neue Etappe „Familiengründung“, bei anderen ein neu entdecktes persönliches Bedürfnis in ihrem

aktuellen Lebensabschnitt, eine virulent gewordene Zukunftsperspektive, die Realisierung eines bisher zurückgestellten und doch immer schon subkutan vorhandenen Wunsches, und auch eine Neubewertung der beruflichen Situation: Die angestrebten beruflichen Ziele und Karrierestufen sind erreicht, der Beruf allein bietet keine Sinndimension, ein Suchen nach neuen privaten Herausforderungen und nach einem Anker.

Anstöße gibt auch die Partnerin beziehungsweise der Partner mit deren/dessen Bedürfnis nach einem Kind sowie einer gemeinsamen Perspektive nicht nur als Paar, sondern als Familie: Die Familie als Liebesgemeinschaft – diese Perspektive ist bei ungewollt Kinderlosen auf sehr hohem Niveau in den Altersgruppen und im Lebensverlauf konstant (hier zwischen 20 und 50 Jahren), steigt sogar noch mit zunehmendem Alter und wachsendem Kinderwunsch mit der Sorge, dass er sich nicht erfüllen könnte. Gleiches gilt für eine weitere grundlegende Disposition, dass das ersehnte Kind existenzieller Bestandteil für persönlichen Lebenssinn und für sozialen Status ist.

In den älteren Altersgruppen allerdings ist die Wahrnehmung, dass die Infrastrukturen für Eltern unzureichend seien, geringer als bei jüngeren Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch. Bei diesen ist die Sensibilität für gesell-

schaftliche Hürden besonders ausgeprägt, obwohl sie aktuell noch kein Kind haben. Doch trotz ihres defizitsensiblen Blicks und kritischen Urteils auf gesellschaftliche Widrigkeiten für Familien halten sie an ihrem Wunsch nach einem Kind fest. Umgekehrt dazu verstärken sich mit dem Alter die Ausgrenzungs- und Stigmatisierungserfahrungen: Diese machen Jüngere (23 Prozent) deutlich weniger als ältere ungewollt Kinderlose (36 Prozent). Mit zunehmendem Alter erwartet das soziale Umfeld kritischer und normativer, dass man Kinder hat. Wer im Alter über 30 Jahren und besonders über 40 Jahren noch kein Kind hat, macht – zumindest in der eigenen Interpretation des Alltagsgeschehens – die Erfahrung, partiell ausgeschlossen zu sein und bei bestimmten Belangen keine Kompetenz zu haben, nicht berücksichtigt oder gezielt zurückgestellt zu werden, weil man keine Kinder hat.

Faktoren i	Alter →	20 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 50 Jahre	Trend	Differenz
Das Kind erleben – Liebe geben: Familie als Liebesgemeinschaft		94 %	95 %	98 %	→	+ 4 %
Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern		73 %	69 %	63 %	↘	- 10 %
Kind als substantzieller Bestandteil: Lebenssinn & sozialer Status		61 %	61 %	64 %	→	+ 4 %
Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen		23 %	30 %	36 %	↗	+ 13 %

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

9.2.2 Milieudifferenzen

Die Alters- und Lebensphasenperspektive betrachtet die zeitlich-dynamische Veränderung, die Milieuperspektive die soziokulturelle Vielfalt. Jedes Milieu, jede Lebenswelt ist gekennzeichnet durch eine eigene Lebensauffassung und Lebensweise, hat eine spezifische Ausstattung mit kulturellen, sozialen und materiellen Ressourcen, unterscheidet sich von anderen Milieus durch eine eigene Lebenslogik (in Wahrnehmungen, Verarbeitungen, Einstellungen, Präferenzen, Bewertungen, Zielen, Reaktionsmustern).

Um die Frauen und Männer in den verschiedenen Milieus durch Politik, infrastrukturelle Maßnahmen und Angebote sowie deren Kommunikation nicht nur medial durch geeignete Kanäle, sondern vor allem semantisch und stilistisch zu erreichen,

ist es zuvor notwendig, die dominanten Grundorientierungen und Rahmungen zu verstehen. Die Untersuchung zu Einstellungen und Erfahrungen zu ungewollter Kinderlosigkeit zeigt Milieudifferenzen, die durch milieuinterne Geschlechterdifferenzen verstärkt werden.

Die Untersuchung 2013 hatte bezogen auf aktuell oder vorübergehend gewollt Kinderlose die von ultra-konservativer Seite der Bevölkerung geäußerten moralisierenden Vorwürfe empirisch widerlegt, Frauen und Männer aus (post-)modernen Lebenswelten (Postmaterielle, Performer, Expeditiv) würden aus egoistischen Motiven keine Kinder wollen und die Verantwortung sowie die Mühen der Elternschaft scheuen. Im Gegenteil zeigen diese Frauen und Männer dieser Milieus eine hohe Wertschätzung und große Sehnsucht nach eigenen Kindern. Zugleich treten die mit

einer Elternschaft verbundenen Ambivalenzen stärker und schärfer hervor als bei Frauen und Männern in traditionellen Milieus: Die Frauen und Männer dieser Milieus im rechten Bereich der Milieulandschaft sehen sehr klar und kritisch, dass mit einem Kind ihre bisherigen individuellen Freiheiten sicher eingeschränkt würden, dass auch Einschränkungen in der Partnerschaft (unter anderem Zeit zu zweit als Paar, Sex) folgten, dass die bisherigen Sozialkontakte dünner würden und einige verloren gingen – und trotzdem haben diese Frauen und Männer den Wunsch nach einem eigenen Kind.

Im Gegensatz zu traditionellen Milieus treten in den Milieus der „Expeditiven“, „Performer“ und „Postmateriellen“ die mit „Kinderlosigkeit versus Kinderwunsch“ verbundenen Ambivalenzen deshalb so stark hervor, wird der Mangel an Kitaplätzen und werden die unzureichenden Infrastrukturen für Eltern deshalb so heftig beklagt, weil diese Frauen und Männer ein gleichgestelltes Geschlechterrollenbild haben. Während in den Milieus der „Konservativen“ und „Traditionellen“ aufgrund der traditionellen Geschlechterrollenteilung diese Infrastrukturen zur Organisation des Alltags nicht notwendig sind und an der Aufgabenteilung nichts ändern würden, führen mangelnde Kitaplätze und Infrastrukturen für Eltern in den soziokulturell jüngeren Milieus zu einer nicht gewollten Metamorphose der Rollenteilung: von der gleichgestellten Aufgabenteilung aus weltanschaulicher Überzeugung wird aus zunächst temporären und pragmatischen Erwägungen ungewollt und eine – das zeigt die bisherige Praxis – nur schwer zu korrigierende (teil-)traditionelle Rollenteilung.

Solches beobachten kinderlose Frauen und Männer aus den gehobenen (post-)modernen Milieus regelmäßig in ihrem engsten Freundes- und Bekanntenkreis. Die Beobachtung dieser Anreiz- und Strukturfallen lässt viele Kinderlose, vor allem Frauen, zögern mit der Entscheidung für ein Kind. Hingegen in den Milieus der „Traditionellen“ und „Konservativen“ sind diese Strukturfallen kein Grund, ihren Kinderwunsch zurückzustellen, und werden auch keineswegs als *Falle* oder *Risiko* begriffen, denn die Bestimmung und Verantwortung der Frau ist auch ein Muttersein und das darf nicht abhängig gemacht werden von kontingenten Infrastrukturen. Vor die

Alternative gestellt, der Familie oder dem Beruf (eigenes Einkommen) Vorrang einzuräumen, ist in diesen Milieus die Entscheidung prädeterniniert zugunsten der Familie.

Dazu lohnt ein vertiefter Blick auf das breite Spektrum an Einstellungen in der Gesellschaft, die sich nicht erschließt durch einen bloßen hierarchischen Blick auf Ober-, Mittel- und Unterschichten (etwa: Bildungsschichten, Einkommenschichten, Berufspositionen). Die Grenzziehungen laufen wohl auch hierarchisch-vertikal, aber vor allem horizontal, zwischen Milieus unterschiedlicher Lebensauffassung und Lebensweise.

○ In den **traditionellen Milieus** („**Konservative**“, „**Traditionelle**“) dominiert die Vorstellung, dass die Keimzelle einer richtigen und guten Gesellschaft und der normale-normative Rahmen im Leben eines Menschen die *Familie* ist (das Leitbild von Familie ist hier eng die konventionelle Kernfamilie: Ehepaar mit Kindern). Auch überwiegt in diesem Milieu die Vorstellung einer traditionellen Rollenteilung zwischen Mann und Frau: der Mann in der Hauptverantwortung für das Familieneinkommen; die Frau in der Hauptverantwortung für die tägliche Versorgung und Erziehung der Kinder, die Organisation und Erledigung des Haushalts sowie als Zuverdienerin. In diesem lebensweltlichen Normalitätsmodell gilt Kinderlosigkeit als elementare Abweichung. Ungewollt Kinderlose in diesen Milieus sind eine sehr kleine Gruppe (siehe Verteilung in Kapitel 6.2.3); sie fühlen sich „unvollständig“ und sozial ausgegrenzt. Kinderlosigkeit ist ein Makel. Gewollte Kinderlosigkeit ist allenfalls sozial akzeptiert aufgrund einer medizinischen Krankheitsdiagnose, ansonsten ein Tabu und sanktioniertes Stigma, das zumindest teilweise aus der Gemeinschaft ausschließt. Ungewollt Kinderlosigkeit wird interpretiert als schicksalhaftes Unglück, teilweise in religiösen Haushalten auch als ein „zu tragendes Kreuz“ oder als „Prüfung“. Nur wer „gesundigt“ hat durch ungesunde Lebensführung, hat seine Kinderlosigkeit selbst verschuldet und muss nun büßen. Denn der Normalfall ist Elternschaft als der Kern von Identität und Lebenssinn – interessanterweise noch weitaus mehr und unbedingter für Männer als für Frauen

ohnehin schon. Ein Mann ohne Familie, für die er zu sorgen hat, verliert den Kern seiner Bestimmung als Mann, als Ernährer und seinen anerkannten Teil der Gemeinschaft; eine Frau ohne Kinder hat zwar ein existenzielles Defizit, aber behält ihre Sphäre der Zuständigkeit für den Haushalt und kann dazu als moderne Frau sich beruflich und ehrenamtlich engagieren. Das illustriert, warum in diesen Milieus **vor allem Männer an der traditionellen Vorstellung vom Mannsein und Frausein festhalten**, dass Frauen in traditionellen Milieus eher alternative Lebensmodelle akzeptieren und ihre Identität nicht so fest an Elternschaft binden. Das hängt zusammen mit dem für Frauen in diesen Milieus gewachsenen Optionen und breiterem Rollenspektrum: Während Männer ihre Perspektive eindimensional und alternativlos in der Rolle als Haupternährer sehen und sich im Fall der Kinderlosigkeit die Frage *Für-wen?* stellt (funktionale Lücke), können Frauen im Fall der Kinderlosigkeit ihren beruflichen Optionen mehr Gewicht geben, darin Lebensziele und Perspektiven finden.

- Diese übergroße Bedeutung von Elternschaft zeigen auch Frauen in der modernen Unterschicht im Milieu „**Benachteiligte**“ im Achsenabschnitt B1 Lebensstandard, Status, Besitz. Für Frauen dieser materiell relativen und deprivierten Lebenswelt mit geringem kulturellem Bildungskapital (niedrige oder keine Schulabschlüsse; einfache Berufsqualifikationen) und geringem sozialem Kapital (Ausgrenzung durch die Mittelschicht, soziale Schließung im kleinen Kreis; viele kommen aus ihrem Stadtteil kaum heraus) ist ein wichtiges Lebensziel die Anerkennung durch andere durch Aneignung von Statussymbolen. Eines der wichtigsten Statussymbole ist eine eigene, möglichst heile Familie, orientiert an der bürgerlichen Kernfamilie mit traditioneller Rollenteilung. Auch wenn es in ihrem eigenen Umfeld viele alleinerziehende Frauen, häufig von ihrem Partner verlassene Frauen und Patchworkfamilien gibt sowie Frauen, die als Familienernährerinnen oft mehrere (schlecht entlohnte) Jobs haben, ist das Idiom mit höchstem Geltungsanspruch und größter Anerkennungsverheißung eine feste Partnerschaft mit Kind. Eine Frau dieser Lebenswelt,

die im Alter von über 25 oder gar 30 Jahren noch kein Kind hat, ist nicht nur schulisch (mehr oder weniger) am unteren Ende, ist nicht nur beruflich in unteren Positionen mit geringen Aufstiegschancen, sondern ist auch privat gescheitert. Das ist die Wahrnehmung für Akzeptanz und Geltung innerhalb des Milieus. Gleichzeitig ist in diesem Milieu (bemerkenswerterweise auch im Milieu der „Etablierten“, dort allerdings auf einem elaborierten und stilistisch feinen Niveau) das Narrativ institutionalisiert, die „Manneskraft“ erweise sich an seiner Zeugungsfähigkeit. Die Anzahl der Kinder gilt als zweifelsfreier Beleg ausgeprägter, starker Männlichkeit; Zeugungskraft als ursprüngliche Männlichkeit – und zugleich als Kompensation für gesellschaftliche Benachteiligungen im beruflichen und sozialen Bereich.

- Frauen im Milieu „**Bürgerliche Mitte**“ stehen in der Spannung zwischen ihrer Modernisierung des traditionell-normativen Rollenbilds einer „guten Mutter“ und der modernen, berufstätigen Frau mit eigenem Einkommen zur Existenz- und Alterssicherung. Das kulturelle Narrativ in diesem Milieu ist lebensverlaufsorientiert: Ziel in diesem programmatischen Curriculum ist es, eine gute Berufsausbildung zu machen, die Chancen eröffnet, eine Partnerin/einen Partner zu finden, dann eine Familie zu gründen, und dann möglichst Wohneigentum zu erwerben (möglichst mit Garten), um in diesem Rahmen als Familie eine teiltraditionelle Rollenteilung zu praktizieren: Der Mann als familienengagierter Haupternährer; die Frau als Mutter, die überwiegend die Versorgung und Erziehung der Kinder übernimmt und darüber hinaus, meist vormittags, noch erwerbstätig ist in Teilzeit. Dazu gehört das Eingebundensein in die lokale Nahwelt, die sich generationenübergreifend als Gemeinschaft von miteinander verbundenen Familien versteht. Kinderlosigkeit ist auch hier ein Makel, der sich aber durch Engagement partiell kompensieren lässt – und so Anerkennung und Akzeptanz sichert. Ähnlich wie im traditionellen Segment wird hingegen eine dauerhaft gewollte und offensiv behauptete Kinderlosigkeit stigmatisiert, gilt als Ausdruck egoistischer Lebensführung ohne Bereitschaft zur Verant-

wortung und Sorge für andere, sowie – adressiert nur an vollzeiterwerbstätige Frauen (und gerade nicht an Männer) – als „*Karrieregeilheit*“. Allerdings sind hier die sozialen Sanktionen bei gewollter Kinderlosigkeit nicht so harsch und unmittelbar wie im Milieu der „Traditionellen“. Ungewollte Kinderlosigkeit hingegen ist akzeptiert als tragisches Schicksal, was allerdings ein Outing im Kreis von Vertrauten und Eingeweihten voraussetzt (die diese Botschaften diskret weitertragen und so die Akzeptanz in der ganzen Nahwelt sichern). Dann sind Hilfsbereitschaft und Solidarität groß, wird ungewollte Kinderlosigkeit toleriert, auch wenn man keine Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung nutzen möchte.

- Auch **in allen anderen Milieus** der B- und C-Achse ist Grundlage des Kinderwunsches für über 90 Prozent die Vorstellung von Familie als Lebens- und Liebesgemeinschaft: Das Kind erleben, seine Entwicklung begleiten, Leben wachsen sehen – und hier Verantwortung tragen. Das ist das grundlegende Motiv und Fundament der Sehnsucht nach einem Kind. Allerdings hat in diesen Milieus die Familie nicht die exklusive Bedeutung von Lebenssinn und alternativer Lebensweise. Das fällt besonders auf bei ungewollt Kinderlosen im Milieu der „**Hedonisten**“, die zwar auch mit klarer Mehrheit sich nach Familie sehnen; aber hier sind viele Frauen mit Kind in der Lebensrealität alleinerziehend. Viele ungewollt kinderlose Frauen sind selbst Kind einer alleinerziehenden Mutter und wissen um den harten Alltag perforierter Familienbiografien. Insofern findet hier einerseits keine Verklärung von „Familie“ statt, andererseits besteht die Sehnsucht, selbst einmal eine vollständige Familie zu haben, ohne spießbürgerliche Normalität und ohne einen chauvinistisch-traditionellen Partner.
- Soziale Stigmatisierung und Ausgrenzung aufgrund ihrer Kinderlosigkeit erfahren auch Frauen in den Milieus „**Etablierte** und „**Postmaterielle**“. Diese in der Regel beruflich gut und höchst qualifizierten Frauen stehen –

mehr als Männer dieser Milieus – unter erheblichem Druck, nicht nur aufgrund persönlicher Ambitionen beruflich erfolgreich zu sein, sondern auch Familie zu haben. Dahinter steht die in vielen Unternehmen subkutan bestehende Haltung, dass man Spitzenleistungen im Rahmen einer globalisierten Wirtschaft mit steigenden Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und Verfügbarkeit nur auf dem Fundament von Sicherheit und Ordnung erbringen kann. Wenn eine Frau in eine Führungsposition will, ist für sie einerseits dieses Fundament notwendig, andererseits ist es suspekt, wenn sie ihre Familie im Alltag hintenanstellt oder nur (professionell) organisiert. Die Umkehr der traditionellen Rollenteilung wird im Spitzenmanagement der Wirtschaft nicht so selbstverständlich akzeptiert wie bei Männern. Und wenn Frauen die Konsequenz ziehen und zugunsten ihrer Karriere auf Kinder verzichten, haben sie den Makel der radikalen, im weiteren Sinn „unordentlichen“ und „unberechenbaren“ Einzelkämpferin, die keine Sphäre zur Balance hat.³⁴ Groß ist vor allem bei „Postmateriellen“ und „Performern“ die Klage über das unzureichende quantitative und qualitative Angebot an Kitaplätzen, die sich an den beruflichen Bedürfnissen der Frauen und Männer orientieren (stattdessen die Information aus dem Umfeld, dass viele Kitas selbstverständlich von einer traditionellen Geschlechterrollenteilung ausgehen, bei der die Mutter nur halbtags erwerbstätig ist, keine Dienstreisen hat, im Fall einer Krankheit des Kindes schnell erreichbar und vor Ort ist). Insofern sehen kinderlose Frauen dieser Milieus in den aktuellen Infrastrukturen ein Risiko für ihre eigenen Belange und fordern eine stärkere Orientierung an den Lebenswirklichkeiten von (ganztags) erwerbstätigen Frauen und insofern ein radikales Umdenken in Richtung einer gleichberechtigten Akzeptanz des gleichgestellten Rollenmodells in Partnerschaften. Die bisherige Fokussierung und Ausrichtung der Anreize auf das traditionelle Rollenmodell ist der zentrale Grund dafür, dass gut qualifizierte und erwerbstätige

34 Vergleiche Wippermann, Carsten (2010): Frauen in Führungspositionen – Barrieren und Brücken, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, S. 45 ff.

Frauen aus den gesellschaftlichen Leitmilieus ihren Kinderwunsch sukzessive verschieben, (deutlich) über das 30. Lebensjahr hinaus. Wer aber dennoch – bisher vergeblich – ein Kind bekommen möchte, sieht mit noch kritischerem Blick den Mangel an gesellschaftlichen Infrastrukturen und die Hürden, die vor einem liegen, wenn sich der große Wunsch nach einem Kind doch erfüllen sollte. Diese Ambiguität ist ein Grund, warum Frauen und Männer dieser Milieus oft zögern, frühzeitig eine Kinderwunschbehandlung anzugehen. Es liegt in der Regel nicht am Geld, sondern die sich zugleich zeigenden Hindernisse der Alltagsorganisation nach der Geburt eines Kindes lassen zögern.

Aufgrund ihrer Kinderlosigkeit ausgegrenzt, stigmatisiert und benachteiligt zu sein, ist nicht schicht- und klassenspezifisch, sondern betrifft ungewollt Kinderlose in den Oberschichtenmilieus ebenso wie in Unterschichtenmilieus. Diese Stigmatisierung zeigt eine ausgeprägte Geschlechterasymmetrie; sie **trifft vor allem Frauen**: 42 Prozent im Milieu der „Etablierten“, 38 Prozent im Milieu der „Traditionellen“, 34 Prozent der „Hedonisten“ und der „Benachteiligten“ sowie 32 Prozent der „Postmateriellen“ beklagen soziale Benachteiligung aufgrund ihrer Kinderlosigkeit. Bei keiner der Haupteinstellungen ist die Geschlechterkluft so groß wie hier.

Einzig aus den gesellschaftlichen Leitmilieus machen „**Performer**“ und „**Konservative**“ diese Erfahrung der Ausgrenzung weniger. Das liegt bei Performern einerseits an ihrem Selbstbild als Autorinnen und Autoren ihrer eigenen Biografie, zu der es gehört, sich selbstverständlich verschiedene Optionen offenzulassen und sich nicht auf einen Lebensplan zu reduzieren. Zudem sind sie – auch das Teil der zum Teil narzisstischen Ich-Identität – nicht „Opfer“ gesellschaftlicher Benachteiligung, nicht passiv, sondern aktiv. Es verbietet sich daher auch, in Umfragen anzugeben, dass mit ihnen etwas geschehe.

Es mag auf den ersten Blick überraschen, dass ungewollt kinderlose Frauen auch aus den Milieus der „**Traditionellen**“ und auch der „**Bürgerlichen Mitte**“ häufig und heftig die **unzureichenden gesellschaftlichen Infrastrukturen kritisieren**

(insbesondere fehlende Kitaplätze, zu geringe staatliche Unterstützung). Sind es nicht jene Milieus, in denen mit traditioneller oder teiltraditioneller Rollenteilung die Mütter selbst die Versorgung und Betreuung ihrer Kinder übernehmen, statt sie in eine Kita zu geben? Das hat sich in der jungen Generation der Traditionellen verändert. Diese Frauen haben selbst eine berufliche Qualifikation und die wachsende Einstellung, dass ein einziges Einkommen durch einen Hauptverdiener nicht ausreicht und ein hohes Risiko darstellt. Insofern wollen sie ein bis drei Jahre nach der Geburt ihres Kindes wieder in Teilzeit berufstätig sein. Doch ihre eigenen Eltern können oft nicht die Betreuung übernehmen. Neben diesem Faktor kommt eine erhebliche Kritik hinzu an der aus ihrer Sicht mangelnden, in den letzten Jahrzehnten nachlassenden Fürsorge des Staates für Belange der Familie. Obwohl diese Frauen und Männer aktuell noch kein Kind haben, ist ihr Blick auf Gesellschaft davon geprägt, dass trotz vieler familienpolitischer Maßnahmen diese nicht den gegenwärtigen Bedarfen und Lebensrealitäten von Familien gerecht werden. Eine kausalpolitische Erklärung in diesen Milieus ist, dass zugunsten der Unternehmen und marktwirtschaftlicher Strukturen (Arbeitszeiten, Leistungssteigerungen, Flexibilität und Mobilität für die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber) die Lasten und Risiken von Familien getragen werden müssen, zu denen im Vergleich familienpolitische Instrumente (Kindergeld, Elterngeld, ElterngeldPlus, steuerliche Freibeträge et cetera) sehr bescheiden und inadäquat ausfallen.

Wie groß die Unterschiede in den Lebenslogiken der „**Benachteiligten**“ und „**Hedonisten**“ sind, zeigt sich beispielhaft an der Erfahrung von Diskriminierung und dem Bedarf nach entlastenden Infrastrukturen.

○ **Frauen aus dem Milieu „Benachteiligte“** machen sehr viel sensibler die Erfahrung sozialer Ausgrenzung aufgrund ihrer Kinderlosigkeit. In diesem Milieu ist das Kind ein soziales Symbol für Status und Etablierung: Eine kinderlose Frau, so das reflexhafte und präjudizierende Deutungsmuster in diesem Milieu, hat ein Defizit und gehört nicht in vollem Maße dazu. Denn normatives biografisches Ziel ist für junge Frauen, bald eine

eigene Familie zu haben, damit „angekommen“, aufgehoben und versorgt zu sein (dass es für viele sehr häufig zu Trennungen kommt, sie die Rolle der Hauptnährerin übernehmen, ändert nichts an dieser Grundhaltung) und mit einem Kind erst als „richtige, vollständige Frau“ zu gelten. Kinderlosigkeit ist in diesem Milieu keine akzeptierte Option, sondern Makel und Stigma. Vor allem gewollte Kinderlosigkeit ist in hohem Maße diskreditiert, wird vom Umfeld nicht verstanden und daher von Frauen in diesem Milieu oft als unfreiwilliges Schicksal dargestellt – im Gegensatz zu den eigentlichen Beweggründen. Gleichzeitig sehen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, dass ein Kind zwar signifikant für soziale Anerkennung als Frau in ihrer sozialen Nahwelt ist, andererseits aber auch mit mittel- und langfristigen Risiken verbunden ist: Wenn Frauen in diesen Milieus schwanger werden, übernehmen sie – neben der Erledigung des Haushalts – klaglos und selbstverständlich die Aufgabe, das Kind zu versorgen und zu erziehen. Hingegen ist der Partner davon weitgehend freigestellt. Er ist aber die letzte Instanz, höchste Autorität und hat die Funktion, ein Machtwort zu sprechen, sowie das Geld für den Lebensunterhalt zu erwirtschaften. In diesem Milieu herrscht ein hierarchisches traditionelles Rollenverhältnis – und ungewollt kinderlose Frauen beobachten in ihrem Umfeld diese Familienstrukturen. Sie sehen dabei auch, dass sehr häufig die Frau die eigentliche Familienernährerin ist, die neben der Familienarbeit oft durch einen, zwei oder drei Jobs den größten Teil des Haushaltseinkommens erwirtschaftet (oft durch Frühschichten, Spätschichten und sonstige Putzdienste, die sie neben ihrem eigentlichen Hauptjob haben). Gleichwohl wird dies nach innen und außen tabuisiert. In keinem Milieu ist der Anteil der Familienernährerinnen so groß wie im Milieu der „Benachteiligten“. Zudem machen sie die Beobachtung, dass ein relevanter Teil der Frauen aus ihrem Umkreis von ihrem Partner verlassen wurden: Unvollständige und

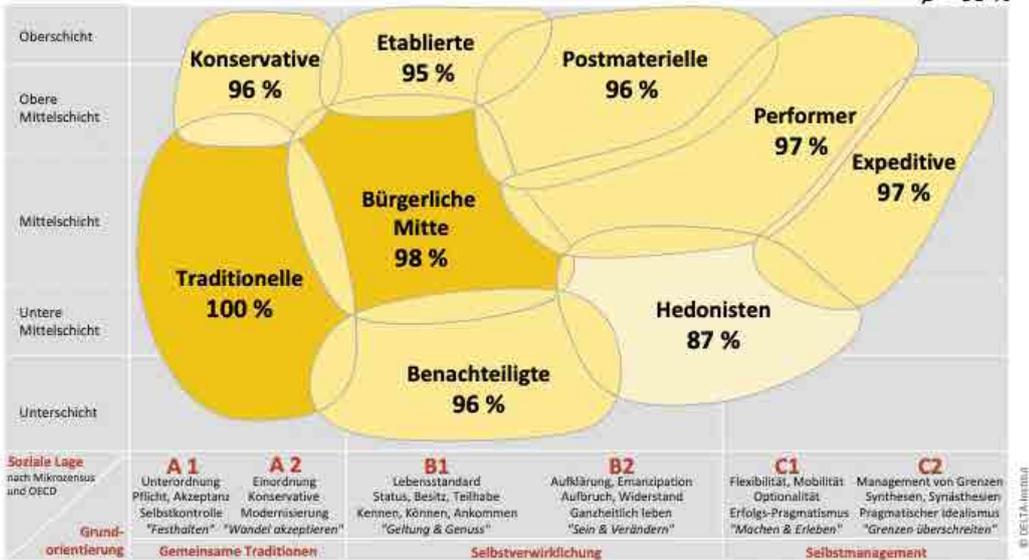
Patchwork-Familien gibt es in diesem Milieu weitaus häufiger als in allen anderen Milieus. Gleichwohl hält ein erheblicher Teil kinderloser Frauen daran fest, ein Kind zu wollen, weil dies ein kulturell verankerter Lebenstraum und sichtbares Kriterium ersehnter Normalität ist.

- **Frauen aus dem Milieu „Hedonisten“** dagegen stehen nicht unter diesem Erwartungsdruck. In diesem Milieu ist Kinderlosigkeit eine akzeptierte Option. Umso mehr hadern Mütter aus diesem Milieu (das nehmen kinderlose Frauen in ihren Kreisen sehr klar wahr) mit der Schwierigkeit zwischen ihren Grundbedürfnissen und den Anforderungen an sie als Mutter: Einerseits ihre Bedürfnisse nach Thrill und Abenteuer, Freiheit und Freizeit, spontanes und flexibles Alltagsleben, ausgeprägte Bedürfnis- und Befindlichkeitsorientierung, auch Unordentlichkeit und Tabulosigkeit: Dazu gehören spannungsintensive Unterhaltung und Überschreiten von Grenzen, langes und exzessives Feiern, auch Rauschmittel. Andererseits: Konsequenz und Kontinuität für ihr Kind; für ihr Kind rund um die Uhr da sein, ihr Kind richtig und gut erziehen mit Zielen und Regeln. Insofern nehmen (noch) kinderlose Frauen aus dem Milieu „Hedonisten“ diese Ambivalenz wahr und haben vor allem Ansprüche an zeitliche und finanzielle Entlastung. Sie wollen sich nicht auf die finanzielle Existenzsicherung durch einen Partner verlassen (viele Freundinnen sind freiwillig oder unfreiwillig allein-erziehend) und sie brauchen einfach zeitliche Entlastung durch einen Kitaplatz, um den Lebensunterhalt zu verdienen und Zeit zu haben für ihre eigenen Bedürfnisse.

In den folgenden vier Grafiken wird zunächst illustriert, wie sich die vier Hauptfaktoren in der Milieulandschaft ausprägen. Die anschließende Tabelle dokumentiert dies differenziert mit Darstellung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern eines Milieus.

Hauptdimension
**Das Kind erleben – Liebe geben:
 Familie als Liebesgemeinschaft**

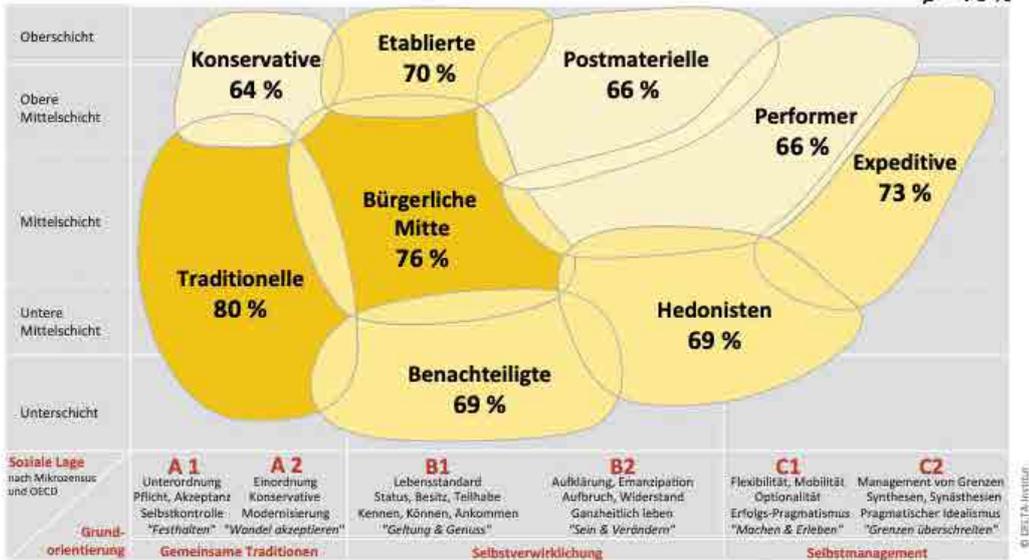
Ø = 95 %



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

Hauptdimension
**Unzureichende gesellschaftliche
 Infrastrukturen für Eltern**

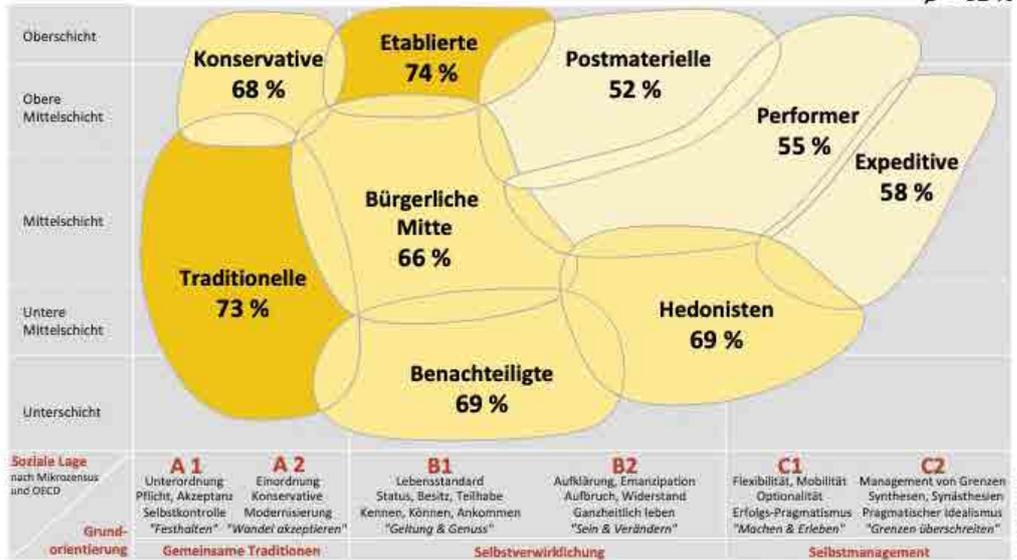
Ø = 70 %



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

Hauptdimension
**Ein Kind als substanzieller Bestandteil:
 Lebenssinn & sozialer Status**

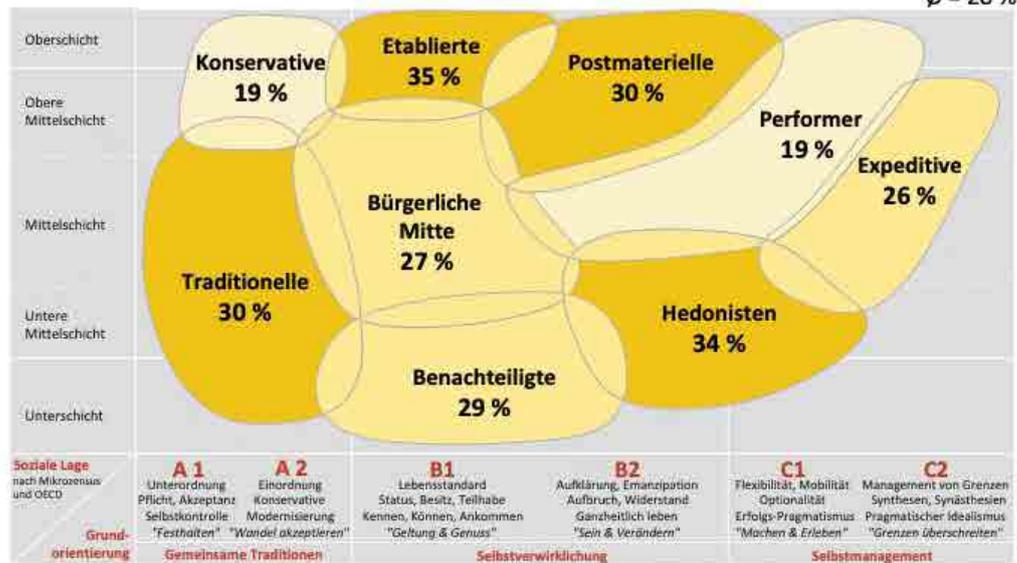
∅ = 62 %



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

Hauptdimension
Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen

∅ = 28 %



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

Faktor ↓	Milieu →	Etablierte	Postmaterielle	Performer	Konservative	Traditionelle	Bürgerliche Mitte	Benachteiligte	Expeditive	Hedonisten	Gesamt
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Das Kind erleben – Liebe geben: Familie als Liebesgemeinschaft											
Frauen		94	97	99	96	100	98	95	98	86	96
Männer		95	95	95	96	100	96	98	94	87	94
Differenz		1	2	4			2	3	4	1	2
Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern											
Frauen		71	66	70	65	75	77	70	75	68	71
Männer		70	66	63	65	86	73	67	69	70	68
Differenz		1		7		11	4	3	6	2	3
Ein Kind als substanzieller Bestandteil: Lebenssinn & sozialer Status											
Frauen		64	49	56	65	63	61	74	56	67	58
Männer		79	56	55	74	86	79	58	65	70	67
Differenz		15	7	1	9	23	18	16	9	3	9
Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen											
Frauen		42	32	23	26	38	26	34	26	34	30
Männer		31	28	13	13	21	28	20	26	35	26
Differenz		11	4	10	13	17	2	14		1	4

Legende orange: deutlich **mehr Frauen** als Männer in diesem Milieu
dunkelrot: deutlich **mehr Männer** als Frauen in diesem Milieu

Basis: Kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

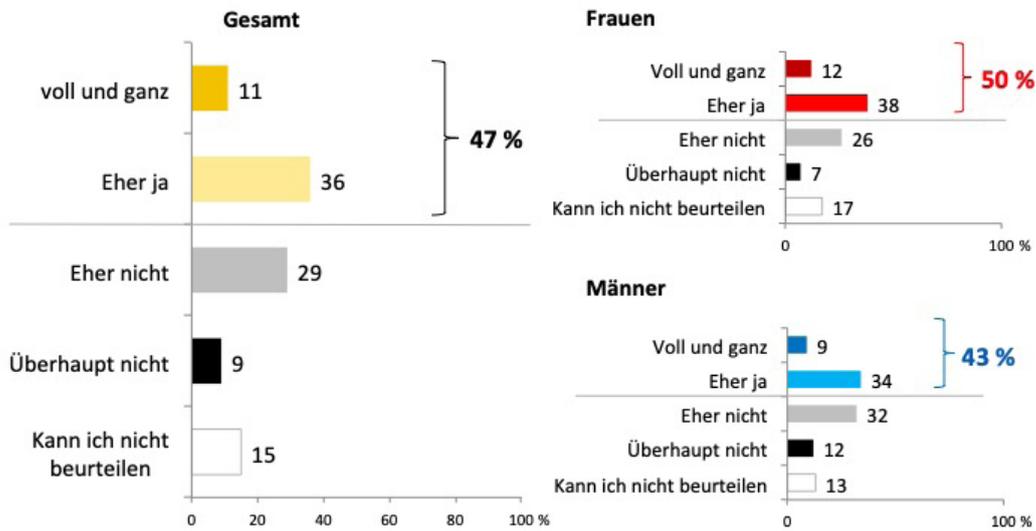
9.3 Stigmatisierung und Tabuisierung von ungewollter Kinderlosigkeit

In den vorhergehenden Abschnitten wurden die *eigenen Erfahrungen* von Benachteiligung und Ausgrenzung beschrieben. Im Folgenden geht es darum, inwieweit ungewollte Kinderlosigkeit grundsätzlich seitens der Bevölkerung stigmatisiert wird (aus Sicht der Betroffenen). Natürlich lassen sich persönliche Erfahrungen und die Frage, ob es darüber hinaus eine gesellschaftliche Stigmatisierung gibt, nicht klar trennen, denn

beide Blickrichtungen sind miteinander verschränkt und beeinflussen sich wechselseitig. Gleichwohl sind die Erkenntnisse instruktiv und erhellend. Denn es fällt ins Auge, dass der Anteil jener, die eine Stigmatisierung von ungewollter Kinderlosigkeit in der Bevölkerung ausmachen (47 Prozent), deutlich größer ist als der Anteil jener, die selbst die Erfahrung von Stigmatisierung machen (28 Prozent).

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren

„Ungewollte Kinderlosigkeit ist heutzutage in der Bevölkerung stigmatisiert“



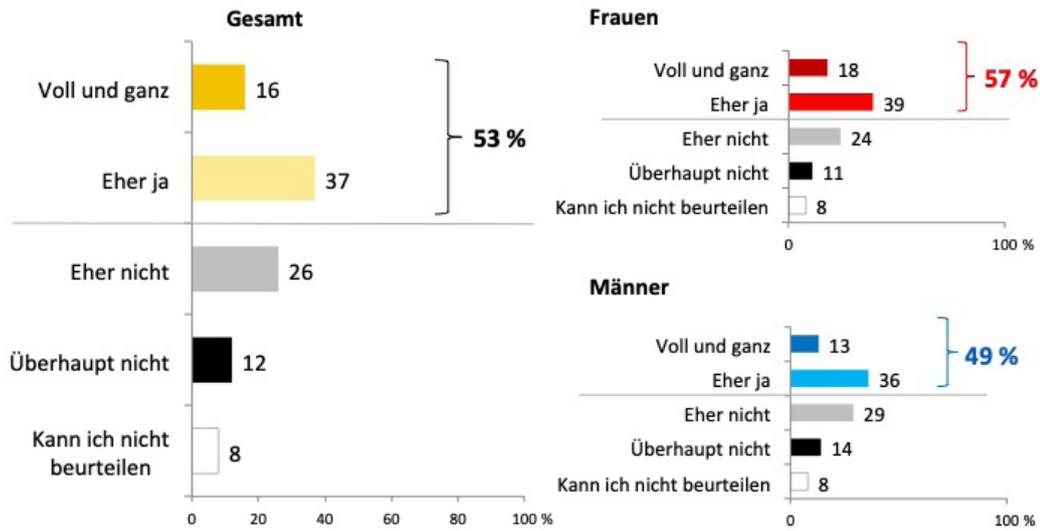
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

Von den ungewollt kinderlosen **Frauen** machen im Durchschnitt 30 Prozent selbst die Erfahrung sozialer Ausgrenzung aufgrund ihrer Kinderlosigkeit (siehe Faktoren im vorherigen Kapitel), doch 50 Prozent stellen jenseits ihrer eigenen Betroffenheit Stigmatisierungen von Kinderlosen in der Bevölkerung fest. Ähnlich bei **Männern**: Von ungewollt kinderlosen Männern erfahren 26 Prozent selbst alltägliche Ausgrenzung und Stigmatisierung verschiedener Art aufgrund ihrer Kinderlosigkeit; Stigmatisierung von Kinderlosigkeit seitens der Gesellschaft nehmen aber 43 Prozent wahr. Ein relevanter Teil der ungewollt Kinderlosen, die selbst keine Ausgrenzungserfahrungen machen, oder wenn sie solche erfahren, diese nicht auf ihre Kinderlosigkeit zurückführen, beobachten in der Gesellschaft die Stigmatisierung von Kinderlosen beziehungsweise Kinderlosigkeit.

Zugleich hat etwa die Hälfte aller Kinderlosen (57 Prozent der Frauen, 49 Prozent der Männer) den Eindruck, dass ungewollte Kinderlosigkeit in der Gesellschaft tabuisiert ist. Sie findet in öffentlichen Debatten und medialen Berichterstattungen nicht statt, ist nicht existent, obwohl ein erheblicher Teil der Bevölkerung (und sie selbst) davon betroffen sind. Tatsächliche Berichterstattungen der letzten Jahre und Monate zur Kinderwunschbehandlung, zu Gesetzesänderungen sowie journalistische Portraits von betroffenen Frauen und Männern erreichen die Mehrheit der Betroffenen gar nicht oder werden als seltenes Signal wahrgenommen, das aufgrund dieser Singularität als Beleg ihrer Tabuisierungsthese gilt.

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren

„Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein gesellschaftliches Tabuthema“



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

Insgesamt sehen 38 Prozent aller ungewollt Kinderlosen gleichzeitig eine gesellschaftliche Stigmatisierung von ungewollter Kinderlosigkeit als auch eine Tabuisierung des Themas. Weitere 13 Prozent nehmen eine Stigmatisierung von ungewollt Kinderlosen, aber keine Tabuisierung

wahr; weitere elf Prozent eine Tabuisierung des Themas, aber keine gesellschaftliche Stigmatisierung. 23 Prozent der ungewollt Kinderlosen nehmen weder Stigmatisierung noch Tabuisierung wahr.

		Ungewollte Kinderlosigkeit ist heutzutage in der Bevölkerung stigmatisiert					Gesamt
		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen	
Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein gesellschaftliches Tabuthema	Trifft voll und ganz zu	6,6%	5,8%	1,9%	0,4%	1,0%	15,7%
	Trifft eher zu	2,8%	20,5%	8,8%	1,8%	3,7%	37,6%
	Trifft eher nicht zu	0,8%	7,3%	13,0%	2,2%	2,9%	26,3%
	Trifft überhaupt nicht zu	0,4%	2,2%	3,8%	4,2%	1,7%	12,4%
	Kann ich nicht beurteilen	0,2%	0,5%	0,8%	0,7%	5,8%	8,1%
Gesamt		10,9%	36,3%	28,4%	9,3%	15,1%	100,0%

Stigmatisierung und Tabuisierung schließen sich keineswegs aus, sondern hängen miteinander zusammen, bedingen und begünstigen einander. Berechnet man dazu ein statistisches Zusammenhangsmaß, so beträgt der Korrelationskoeffizient $r = 0,51$ zwischen den beiden Einstellungsdimensionen „Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein gesellschaftliches Tabuthema“ und „Ungewollte Kinderlosigkeit ist heutzutage in der Bevölkerung stigmatisiert“.³⁵ Das ist ein Indikator, dass zwischen den Dimensionen Stigmatisierung und Tabuisierung ein positiver linearer Zusammenhang besteht: je mehr vom einen, umso stärker das andere.³⁶ Insofern besteht ein zwar kein hoher, aber doch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Einstellungen beziehungsweise Wahrnehmungen: Je stärker ungewollte Kinderlosigkeit tabuisiert wird, das heißt, nicht regelmäßig oder gelegentlich zum Beispiel in Zeitungen und Magazinen, Onlineforen und Blogs, in Radiobeiträgen und TV-Sendungen thematisiert und damit normalisiert wird, desto mehr und stärker wird ungewollte Kinderlosigkeit zu einem Stigma.

Diese Verzahnung von gesellschaftlicher Stigmatisierung und Tabuisierung der Kinderlosigkeit nehmen Männer stärker wahr als Frauen; und die Sensibilität dafür steigt mit zunehmendem Alter. Diese Wahrnehmung ist bei Jüngeren (im Alter unter 30 Jahren) sowie unverheirateten Paaren noch am geringsten, doch bei Verheirateten schon überdurchschnittlich stark vorhanden und besonders hoch bei Paaren in eingetragener Lebenspartnerschaft sowie bei jenen, die in Trennung leben. Ebenso steigt dieser Zusammenhang mit zunehmendem Alter und ist am höchsten bei 40- bis 50-jährigen ungewollt Kinderlosen.

„Ungewollte Kinderlosigkeit ist heutzutage in der Bevölkerung stigmatisiert“	
↓	
„Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein gesellschaftliches Tabuthema“	
Korrelationskoeffizient r	
Gesamt (Durchschnitt)	0,51
Geschlecht	
Frauen	0,49
Männer	0,54
Alter	
20-29 Jahre	0,42
30-39 Jahre	0,56
40-50 Jahre	0,61
Lebensform (aktuell)	
Ledig, Single	0,53
Unverheiratet in fester Partnerschaft	0,48
Verheiratet	0,54
In eingetragener Lebenspartnerschaft	0,63
In Trennung lebend	0,67

Der statistische Zusammenhang von (1) *gesellschaftlicher* Stigmatisierung und Tabuisierung war mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,51$ relativ hoch. Hingegen ist der Zusammenhang (2) von *persönlicher* Diskriminierung und gesellschaftlicher Tabuisierung signifikant geringer, der Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0,26$. Es besteht somit zwischen dem subjektiven Eindruck, aufgrund eigener Kinderlosigkeit diskriminiert zu sein und der Wahrnehmung der Tabuisierung von ungewollter Kinderlosigkeit in

35 Wie in diesem Kapitel zuvor bei der Identifikation der Hauptdimensionen zu Kinderwunscheinstellungen beschrieben, rangiert der Korrelationskoeffizient nach Bravais/Pearson zwischen -1 und +1: Je näher der Koeffizient dem Wert -1 ist, umso stärker ist der negative lineare Zusammenhang zwischen zwei Variablen; je näher der Koeffizient dem Wert +1 ist, umso stärker ist der positive lineare Zusammenhang zwischen den Variablen. Ist der Koeffizient nahe dem Wert 0, so besteht kein linearer Zusammenhang.

36 Betrachtet man beide Merkmale nicht als metrische Skalen (was Voraussetzung für die Berechnung des Korrelationskoeffizienten von Bravais/Pearson ist), sondern als Ordinalskalen und berechnet dazu geeignete Assoziationsmaße, ergibt dies ebenfalls einen positiven Zusammenhang: Spearman-Rho = 0,50; Kendall'sches Tau = 0,47.

der Gesellschaft ein nur schwach positiver, linearer Zusammenhang. Hier gibt es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern – aber in den Altersgruppen und verschiedenen Lebensformen:

- Jüngere ungewollt Kinderlose bis zum Alter von etwa 34 Jahren signalisieren hier kaum einen Zusammenhang (Koeffizient unter 0,2). Doch das Alter von 34/35 Jahren scheint eine Zäsur zu sein, denn ab diesem Alter werden ungewollt Kinderlose sensibler beziehungsweise betonen viel häufiger die Gleichzeitigkeit von persönlicher Diskriminierung und gesellschaftlicher Tabuisierung. In der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre beträgt $r = 0,36$, sinkt dann auf $r = 0,30$ in der Altersgruppe 40 bis 44, um dann wieder zu steigen auf den relativ höchsten Wert von $0,51$ in der Altersgruppe 45-50 Jahre. Es scheint in den Lebensphasen und Biografien von ungewollt Kinderlosen keine sukzessiv steigende Sensibilität von persönlichen Diskriminierungserfahrungen und gesellschaftlicher Ursachendiagnostik zu geben. Vielmehr gibt es Zäsuren, bei denen diese Sensibilität signifikant ansteigt, einen Schub und Aufmerksamkeit erfährt. Mit Blick auf das Alter scheinen das die Lebensjahre von 34/35 sowie 44/45 zu sein.
- Gering sind bei unverheirateten Paaren die Wahrnehmungen hoher eigener Diskriminierung und großer gesellschaftlicher Tabuisierung von Kinderlosigkeit ($r = 0,22$). Nahezu null ist dies bei gleichgeschlechtlichen Paaren in eingetragener Lebenspartnerschaft ($r = 0,05$). Deutlich größer wird eine solche subjektive Diagnose hingegen gestellt von Verheirateten ($r = 0,38$) und noch stärker von in Trennung lebenden beziehungsweise Geschiedenen ($r = 0,50$).

Eine hohe statistische Korrelation der beiden Aspekte bringt zum Ausdruck, dass diese Frauen und Männer sich einerseits ausgegrenzt und diskriminiert fühlen, sie andererseits keine

Aufmerksamkeit für ihr existenzielles Thema finden. Sie nehmen wahr, dass sie als Kinderlose benachteiligt werden, dass das aber nicht thematisiert wird – die Diskriminierung findet geräuschlos und implizit statt, ohne explizite Begründung und Argumentation. Insofern finden die durch die Zusammenhangsanalyse identifizierten Gruppen keinen Resonanzboden für ihr Leiden an ihrer ungewollten Kinderlosigkeit sowie für ihre Diskriminierung. Ihr existenzielles Problem ist weitgehend individualisiert: Die Folgen ihrer Kinderlosigkeit müssen sie selbst tragen und eigene Lösungen der Bewältigung finden.

„Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe“	
↓	
„Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein gesellschaftliches Tabuthema“	
Korrelationskoeffizient r	
Gesamt (Durchschnitt)	0,26
Geschlecht	
Frauen	0,26
Männer	0,25
Alter	
20-24 Jahre	0,17
25-29 Jahre	0,18
30-34 Jahre	0,19
35-39 Jahre	0,36
40-44 Jahre	0,30
45-50 Jahre	0,51
Lebensform (aktuell)	
Ledig, Single	0,25
Unverheiratet in fester Partnerschaft	0,22
Verheiratet	0,38
In eingetragener Lebenspartnerschaft	0,05
In Trennung lebend	0,50

10

Medizinische Unterstützungen zur Realisierung des Kinderwunsches

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann für die Frau, den Mann, die Partnerschaft zu einer erheblichen Belastung werden. Zur Bewältigung und Lösung dieser Situation gibt es etablierte Angebote aus dem Bereich der Medizin (Kinderwunschbehandlung, Reproduktionsmedizin). Im Folgenden geht es um die Bekanntheit, um frühere und aktuelle Nutzung sowie die künftige Nutzungsbereitschaft der verschiedenen Möglichkeiten.

10.1 Bekanntheit

Einem erheblichen Teil ungewollt kinderloser Frauen und Männer sind sehr viele Unterstützungsangebote bei Kinderlosigkeit nicht einmal dem Namen nach bekannt. Frauen kennen solche Möglichkeiten häufiger als Männer. Diese bei Frauen höhere Bekanntheit von Lösungen aus verschiedenen Bereichen lässt auf ein größeres Interesse und eine ausgeprägtere Selbstzuschreibung der Zuständigkeit schließen, weil Frauen (1) mit zunehmendem Alter die Ursache bei sich vermuten; (2) daher primär sich selbst in der Verantwortung für das Finden und Vorschlagen einer Lösung sehen; (3) die meisten medizinischen Verfahren Frauen stärker betreffen als Männer. Von den in Deutschland zulässigen medizinischen Angeboten haben von jenen mit unerfülltem Kinderwunsch:

- mehr als 70 Prozent der Frauen und Männer schon von Konservieren/Einfrieren von Eizellen beziehungsweise Samenzellen aus medizinischen Gründen (zum Beispiel im

Rahmen einer Krebstherapie) gehört (78 Prozent), von Samenspende eines fremden Mannes (77 Prozent), In-vitro-Fertilisation (73 Prozent) sowie Verfahren der Alternativen Medizin (73 Prozent). Das bedeutet umgekehrt, dass zwischen 22 und 27 Prozent noch nie etwas davon gehört haben.

- mehr als 50 Prozent schon den Namen Insemination (65 Prozent) gehört sowie von Konservieren/Einfrieren von Eizellen beziehungsweise Samenzellen aus nicht medizinischen Gründen (*Social Freezing*), weil aktuell kein Kindsvater verfügbar ist oder der Beruf aktuell vorgeht (59 Prozent).
- weniger als die Hälfte schon von der Embryonenspende gehört (48 Prozent), Hormonkorrektur bei der Frau (47 Prozent), hormoneller Stimulation der Eierstöcke (41 Prozent) oder Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (43 Prozent). Mehr als der Hälfte jener, die schon seit längerem feststellen, dass es auf natürlichem Wege offenbar nicht klappt, sind diese Behandlungsmethoden nicht einmal dem Namen nach bekannt.

Das zeigt mit Blick auf eine zielgruppenorientierte Information, dass diese Maßnahmen und Bezeichnungen selbst Betroffene nur bruchstückhaft und selektiv erreichen. Das mag an einer verbesserungswürdigen medialen Kommunikation liegen, aber auch daran, dass die Betroffenen weltanschauliche Filter und Sperren haben, weil sie die verschiedenen Verfahren mit dem Stigma „künstliche Befruchtung“ assoziieren, gegen die sie sich bereits informationell sperren. Fachlich anerkannte, professionalisierte und wirksame Maßnahmen

sind vielen Frauen und noch mehr Männern völlig unbekannt und außerhalb ihres Horizonts von Lösungen.

- Von den **Frauen im Alter von 30 bis 39 Jahren mit bisher unerfülltem Kinderwunsch** haben 53 Prozent von hormoneller Stimulation der Eierstöcke, 52 Prozent von Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion, 46 Prozent von Hormonkorrektur, 30 Prozent von Insemination und 18 Prozent von In-vitro-Fertilisation noch nie gehört.
- Auch bei **Frauen im Alter 40 bis 50 Jahren** mit ausgeprägtem Wunsch nach einem ersten Kind ist der Informationsstand kaum besser: 49 Prozent haben von hormoneller Stimulation der Eierstöcke, 51 Prozent von Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion, 53 Prozent von Hormonkorrektur, 27 Prozent von Insemination und 13 Prozent von In-vitro-Fertilisation noch nichts gehört.

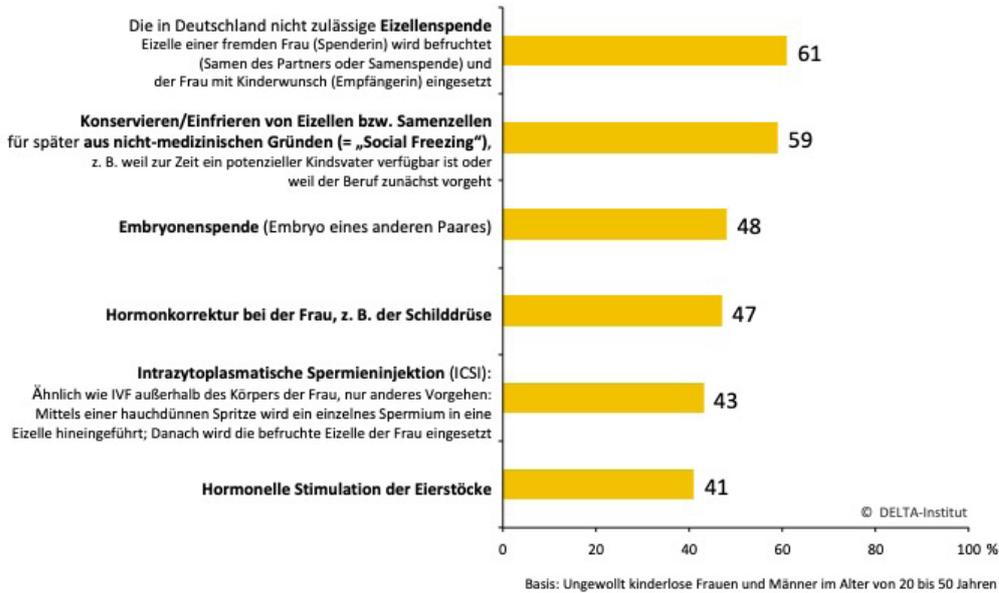
Im Vergleich zu Jüngeren mit unerfülltem Kinderwunsch ist selbst der basale Informationsstand (schon mal gehört) bei Frauen über 30 Jahren kaum höher. Es gibt mit zunehmendem Alter und

kleiner werdendem Zeitfenster für eine Schwangerschaft keinen Informationsschub. Die Zuwächse derer, die mit steigendem Alter mehr Informationen über Möglichkeiten medizinischer Unterstützung haben, sind äußerst gering. Insofern scheint es bei einem erheblichen Teil der Frauen (und Männer) eine Art Informationsbarriere beziehungsweise -sperre zu geben, etwa weil sie eine Kinderwunschbehandlung für sich kategorisch ausschließen oder sich noch nicht jetzt, sondern erst in einigen Jahren damit befassen wollen. Eine ergänzende Alternativhypothese ist, dass die Informationen seitens der medizinischen Akteurinnen und Akteure, Verbände und ihrer Kommunikationsagenturen semantisch-ästhetisch auf eine Weise dargestellt sind und medial vermittelt werden, dass sie einen erheblichen Teil der Adressaten nicht erreichen. So gliedert sich die Gesamtheit ungewollt Kinderloser (grob) in zwei Gruppen: Jene, die sich bereits früh über medizinische Maßnahmen informieren; und jene, die über medizinische Unterstützung nur sehr wenig wissen, und deren Sperren auf weltanschaulicher Abwehr sowie subjektive unkontrollierte Spekulationen über technokratisch-dämonische Verfahren bestehen.



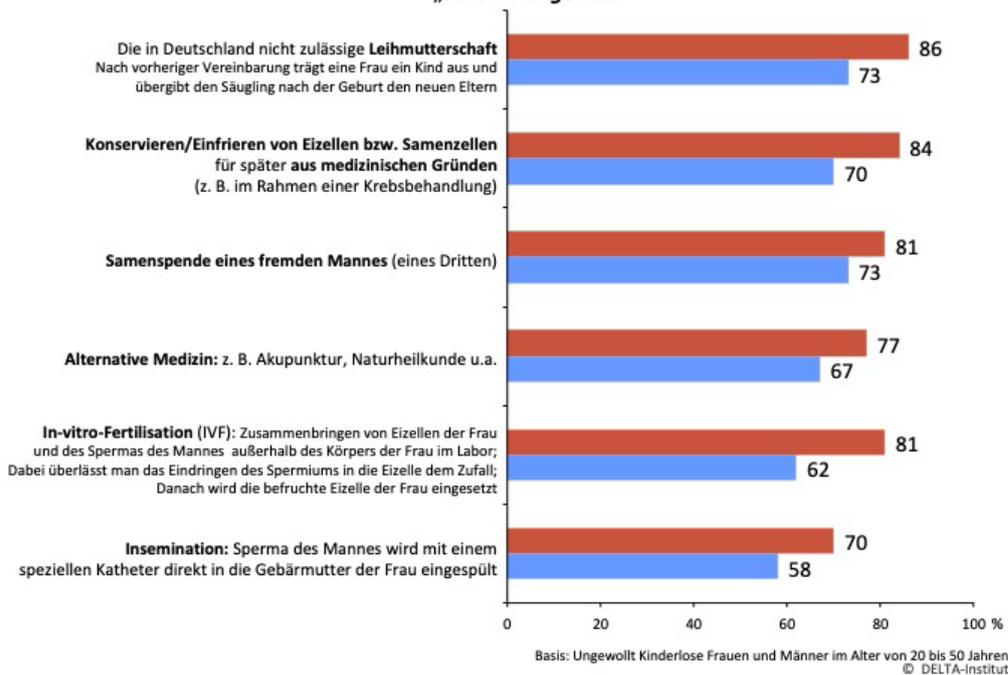
Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



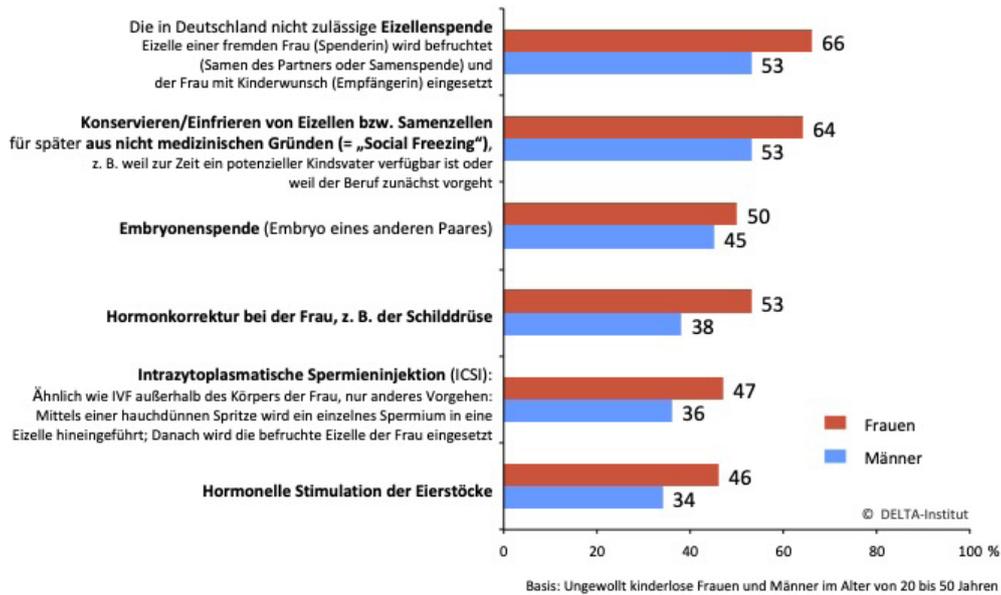
Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Bekanntheit von medizinischen Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



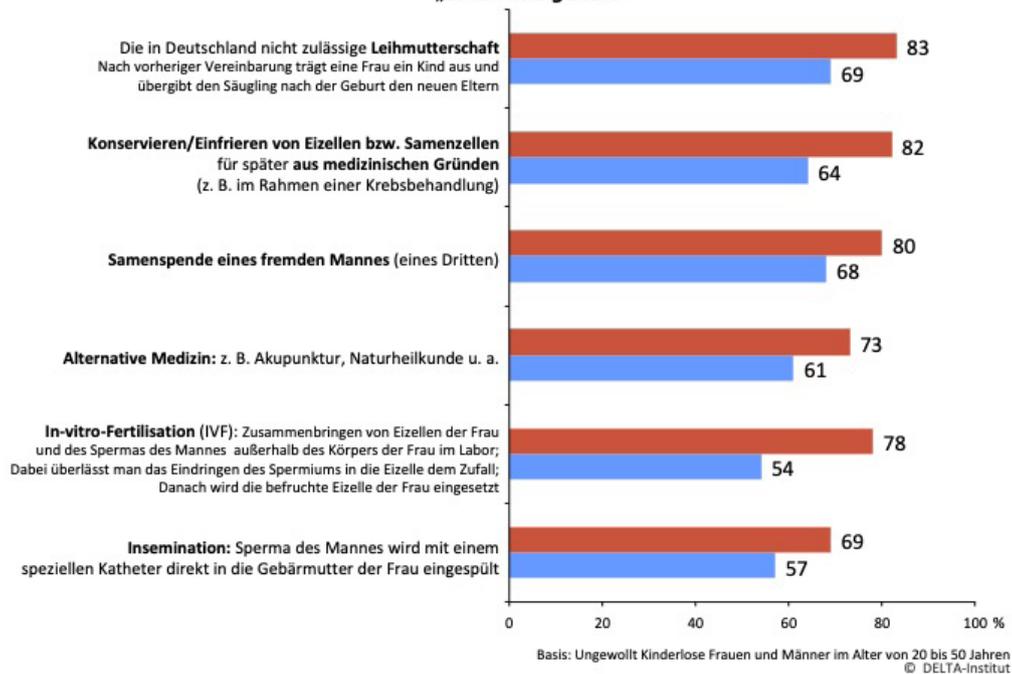
Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



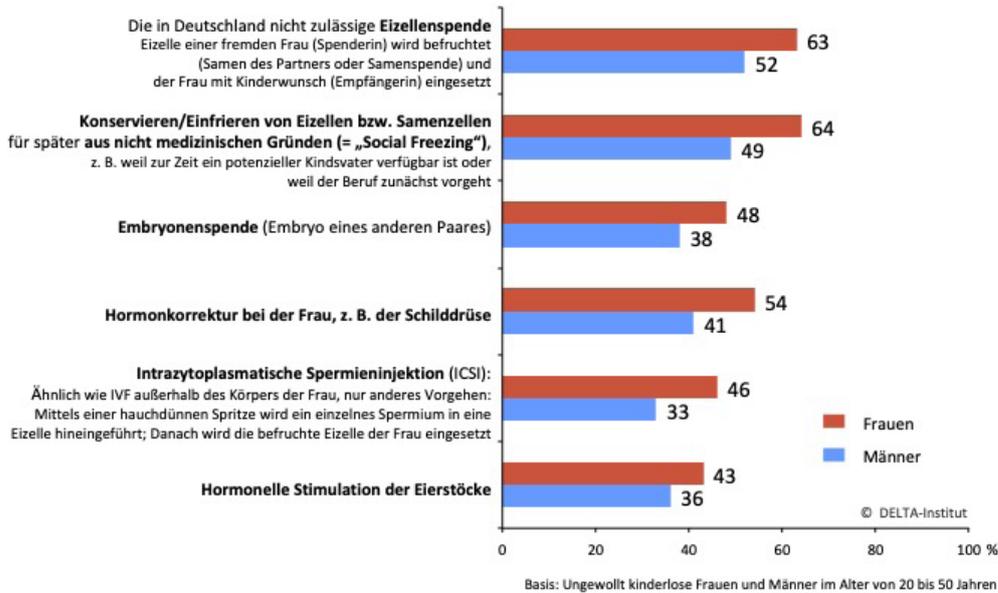
Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 29 Jahren

Bekanntheit von medizinischen Angeboten,
die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



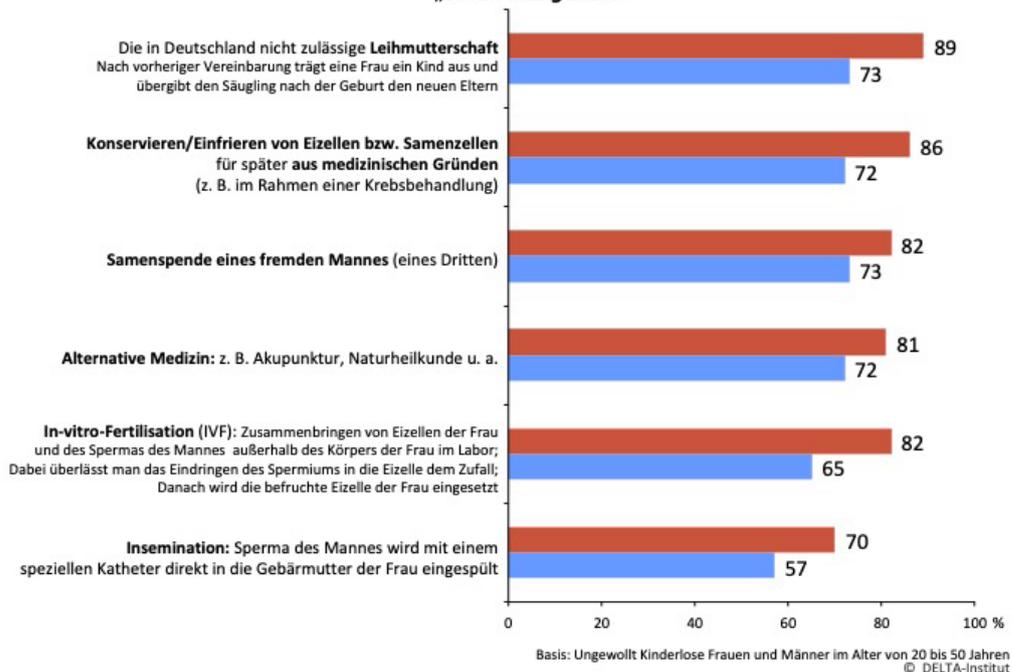
Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



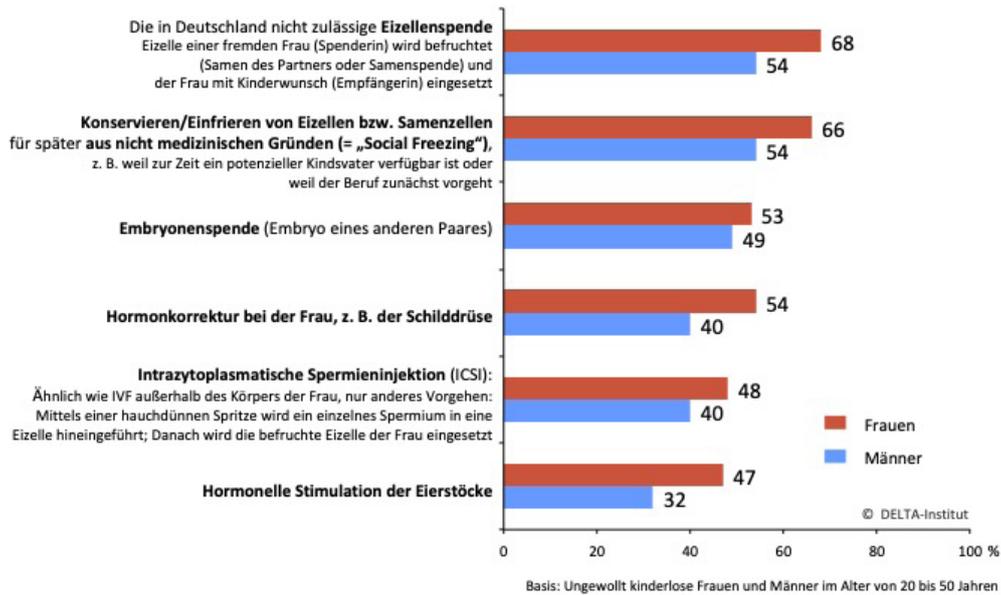
Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 30 und 39 Jahren

Bekanntheit von medizinischen Angeboten,
die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



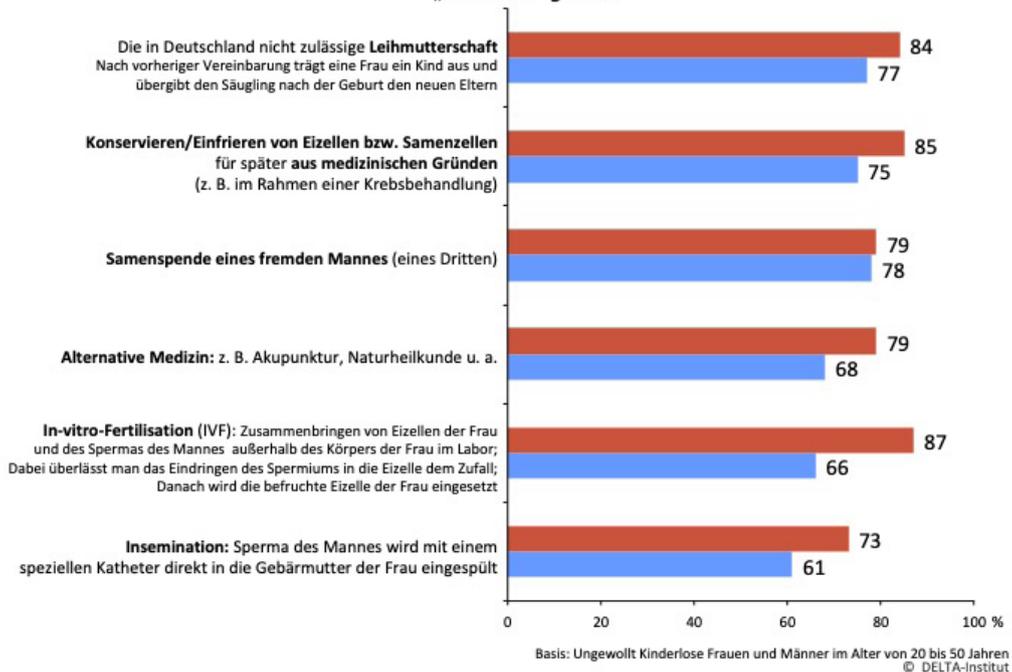
Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“

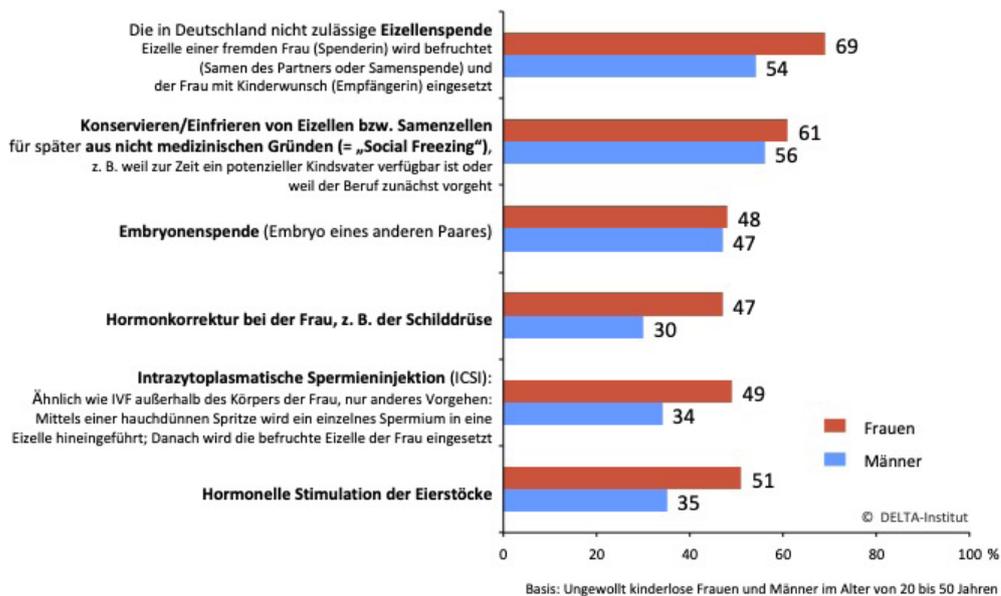


Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen **40 und 50 Jahren**

Bekanntheit von medizinischen Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren
Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
„schon mal gehört“



10.2 Frühere Behandlung

Es gibt eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Bekanntheit und der Nutzung von Lösungen bei unerfülltem Kinderwunsch. Mehr als die Hälfte der kinderlosen Frauen mit aktuellem Wunsch hat von einigen Angeboten zwar schon gehört, doch nur sehr wenige von diesen haben eine dieser Maßnahmen bisher in Anspruch genommen.

- Sortiert ist die dazu folgende Tabelle danach, wie viele der jüngeren Frauen (unter 30 Jahren) die Verfahren früher schon genutzt haben. Hier stehen an der Spitze die Alternative Medizin (17 Prozent), Hormonkorrektur der Frau (16 Prozent), Hormonelle Stimulation der Eierstöcke (zwölf Prozent). Mit großem Abstand folgen die Insemination (fünf Prozent), ICSI (drei Prozent), IVF (drei Prozent) und das Konservieren von Eizellen (zwei Prozent). Diese Anteile beziehen sich nicht auf alle ungewollt Kinderlosen, sondern auf jene, die von dem jeweiligen Verfahren überhaupt schon einmal gehört haben; sie drücken also das Verhältnis von Bekanntheit und Nutzung aus.

- Kaum höher ist die frühere Nutzung bei 30- bis 39-Jährigen: Einzig die hormonelle Stimulation der Eierstöcke wurde von 18 Prozent genutzt (eine Zunahme von sechs Prozentpunkten gegenüber jüngeren Frauen).
- Bei 40- bis 50-Jährigen zeigt sich eine signifikant höhere Nutzungsrate medizinischer Verfahren: Hormonelle Stimulation der Eierstöcke (34 Prozent), Hormonkorrektur (31 Prozent) und Alternative Medizin (24 Prozent) sind die am häufigsten genutzten Verfahren mit dem höchsten Anteilswerten und Zuwachsraten. Auch ICSI und IVF wurden früher von 15 Prozent beziehungsweise 13 Prozent schon (meistens einmal) genutzt. Hingegen sind die medial (häufig im kulturpessimistischen Gestus) diskutierten Verfahren des Konservierens von Eizellen (oder bei Männern Spermazellen) quantitativ ein Randphänomen.

Frühere Nutzung (wenn das Verfahren dem Namen nach bekannt ist)	Kinderlose Frauen mit aktuellem Kinderwunsch		
	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 50-Jährige
Alternative Medizin	17 %	15 %	24 %
Hormonkorrektur der Frau (zum Beispiel der Schilddrüse)	16 %	16 %	31 %
Hormonelle Stimulation der Eierstöcke	12 %	18 %	34 %
Insemination	5 %	4 %	16 %
ICSI	3 %	5 %	15 %
IVF	3 %	3 %	13 %
Konservieren/Einfrieren für später aus medizinischen Gründen	2 %	3 %	7 %
Konservieren/Einfrieren für später aus nicht medizinischen Gründen (Social Freezing)	2 %	1 %	6 %
Samenspende eines fremden Mannes	1 %	2 %	4 %
Embryonenspende	1 %	1 %	2 %

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen, denen das jeweilige Verfahren zumindest dem Namen nach bekannt ist

Bezieht man die Nutzeranteile auf alle ungewollt Kinderlosen (ob sie von dem medizinischen Verfahren schon mal gehört haben oder nicht),

dann verringern sich die Prozentwerte erheblich (und sind noch deutlich geringer als die auf die Bekanntheit bezogenen Werte).

Frühere Nutzung (ob das Verfahren bekannt ist oder nicht)	Kinderlose Frauen mit aktuellem Kinderwunsch		
	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 50-Jährige
Alternative Medizin	11 %	11 %	17 %
Hormonkorrektur der Frau (zum Beispiel der Schilddrüse)	7 %	7 %	12 %
Hormonelle Stimulation der Eierstöcke	4 %	7 %	15 %
Insemination	3 %	4 %	11 %
IVF	2 %	2 %	10 %
ICSI	1 %	2 %	7 %
Konservieren/Einfrieren für später aus medizinischen Gründen	1 %	2 %	5 %
Konservieren/Einfrieren für später aus nicht medizinischen Gründen (Social Freezing)	1 %	1 %	4 %
Samenspende eines fremden Mannes	1 %	1 %	3 %
Embryonenspende	1 %	1 %	1 %

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen

Sehr lange gerät für Frauen die Möglichkeit einer eigenen Kinderwunschbehandlung gar nicht in den Blick, wird abgewehrt oder auf später geschoben als *Ultima Ratio*. Bis zum Ende ihres vierten Lebensjahrzehnts haben nur wenige der heute kinderlosen Frauen eine dieser Maßnahmen versucht. Ein sprunghafter Anstieg erfolgt bei Frauen um das 40. Lebensjahr. Während die Jahre

unmittelbar um das 30. Lebensjahr herum für sehr viele eine Markierung sind, bis zu der sie ein Kind spätestens wollen oder mit der konkreten Kinderplanung beginnen, ist das 40. Lebensjahr für einen wachsenden Teil eine Zäsur, sich mit externen Unterstützungsmaßnahmen zu befassen. Aber selbst das ist – das zeigen die Prozentnivaus – noch eine Minderheit, die eine medizinische

Kinderwunschbehandlung praktisch als Notlösung und letzten Ausweg in Anspruch nimmt: Der Anteil derer, die sich zwischen 40 und 50 Jahren dafür entscheiden, ist mehr als doppelt so hoch wie im Alter zwischen 30 und 39 Jahren – doch deutlich unter 20 Prozent, bei den meisten der etablierten Verfahren unter zehn Prozent.

Betrachtet wurden bisher die einzelnen medizinischen Maßnahmen, unabhängig von der Häufung und Verteilung. Denn denkbar ist, dass Frauen unterschiedliche Präferenzen haben und in der Summe doch ein erheblicher Teil der Frauen wenigstens eine der Maßnahmen schon ergriffen hat. Geht man dieser Frage nach, wie viele aktuell ungewollt kinderlose Frauen aus dem Set der verschiedenen medizinischen Behandlungen mindestens eine früher schon einmal genutzt haben, wird die Hypothese widerlegt, dass Frauen ein breites Spektrum an Behandlungspräferenzen haben. Von den elf hier gezielt abgefragten medizinischen Maßnahmen (die Alternative Medizin herausgenommen, weil dieses Feld schwer abgrenzbar ist) haben von den ungewollt kinderlosen Frauen 19 Prozent früher schon mindestens eine Maßnahme (erfolglos) genutzt. Allerdings zeigt sich ein signifikanter Alterseffekt:

- 17 Prozent der Frauen im Alter 20 bis 29 Jahre,
- 18 Prozent der Frauen im Alter 30 bis 39 Jahre,
- 31 Prozent der Frauen im Alter 40 bis 50 Jahre
...

haben früher mindestens eine der medizinischen Maßnahmen genutzt (unberücksichtigt sind Maßnahmen der Alternativen Medizin).

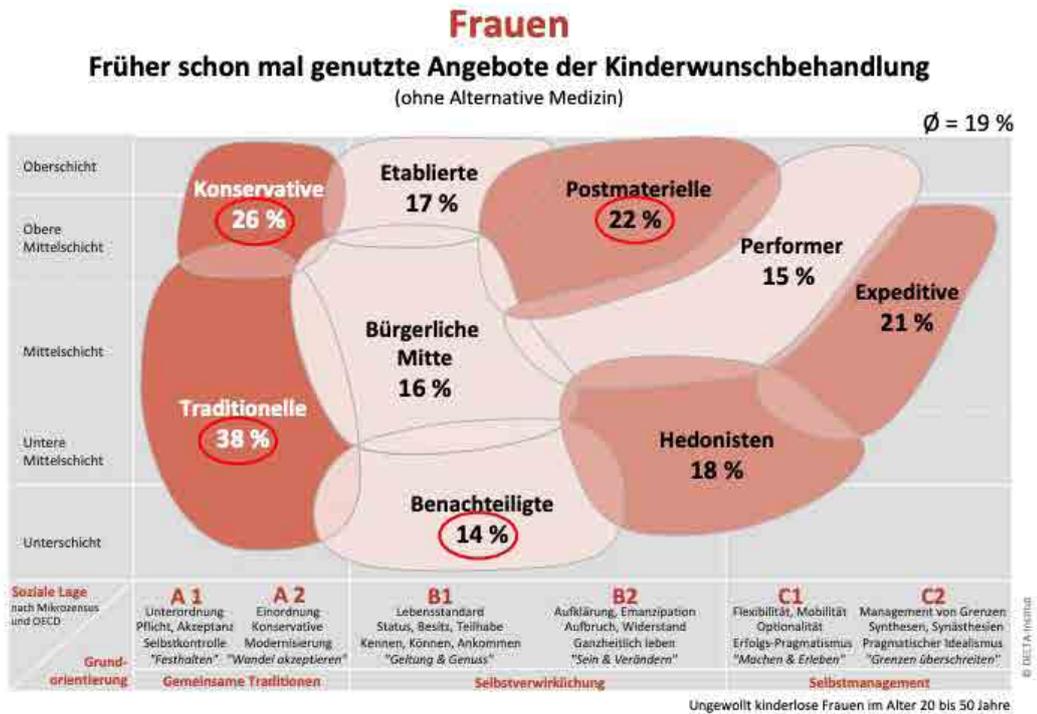
Aufschlussreich und rätselhaft zugleich ist der Befund, dass bei den Männern dieser Alterseffekt nicht festzustellen ist: 16 Prozent der 20- bis 29-jährigen Männer, gar nur 13 Prozent der 30- bis 39-jährigen und nur 19 Prozent der 40- bis 50-jährigen Männer sagen, dass sie eine dieser Maßnahmen früher schon einmal versucht hätten. Das ist ein Hinweis darauf, dass ein Teil der Männer nicht informiert ist, ob ihre Partnerin früher schon einmal medizinische Kinderwunschbehandlungen versucht hat (ohne ihr Wissen oder in einer anderen Partnerschaft); und dass ein erheblicher Teil der Männer solche Behandlungen

noch später als Frauen überhaupt in Erwägung zieht.

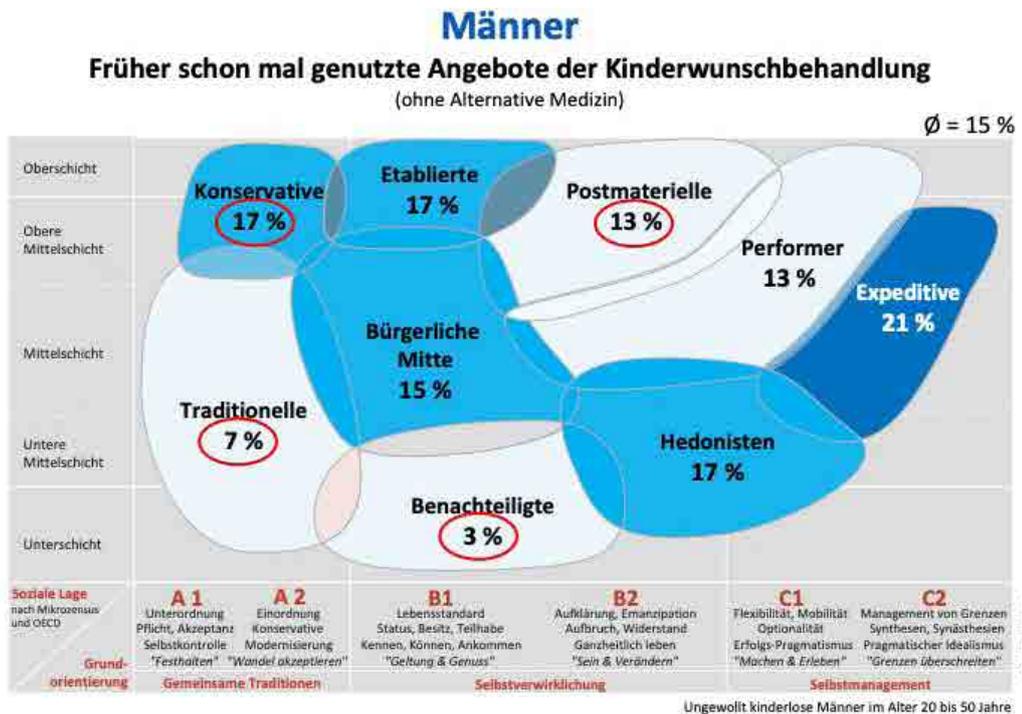
Mit Blick auf die Klassenstruktur sozialer Milieus zeigt sich zum einen, dass die bisherige Nutzung einer Kinderwunschbehandlung weniger eine Frage der sozialhierarchischen Position ist, sondern der Grundorientierung (nach Bourdieu: des kulturellen und sozialen Kapitals); zum anderen, dass es innerhalb einzelner Milieus erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt: Häufig wissen Männer nicht, ob und welche Behandlung ihre Partnerin bereits hat vornehmen lassen. Am häufigsten haben Frauen in den Milieus der „**Traditionellen**“ (38 Prozent) und „**Konservativen**“ (28 Prozent) mindestens eine der Maßnahmen genutzt – meistens eine hormonelle Behandlung. Das gründet bei Frauen dieser Milieus vor allem darin, dass Kinder haben beziehungsweise Muttersein ein unverzichtbares Element ihrer sozialen Identität und Voraussetzung für uneingeschränkte Akzeptanz ihres privaten Umfelds sind. Hingegen haben nur sieben Prozent der Männer im Milieu der „**Traditionellen**“ und 17 Prozent der „**Konservativen**“ solche Behandlungen schon gemacht beziehungsweise wissen, dass ihre Partnerin diese bei sich hat vornehmen lassen. Aus den qualitativen Gruppendiskussionen wissen wir, dass ein Teil der Frauen dem Partner nicht erzählt, wenn eine hormonelle Stimulation der Eierstöcke oder Hormonkorrektur (zum Beispiel der Schilddrüse) vorgenommen wurde. Dieser Bereich des Intimen ist in diesen traditionalistisch-arbeitsteiligen Milieus in der Verantwortung der Frau, die hier Informationsreservate gegenüber ihrem Partner errichtet, um ihn nicht damit zu belasten beziehungsweise keine Konflikte zu provozieren. Groß ist die Geschlechterdifferenz auch im Milieu der „**Benachteiligten**“, bei denen Frauen häufiger (mit von der Krankenkasse übernommenen Kosten) eine Behandlung vornehmen lassen. In diesem nach sozialer Akzeptanz strebenden Milieu sind Kinder für Frauen ein Symbol für Normalität, ist Familie ein sozialer Hafen und auch ein Partnerbindungsinstrument. Auch im gesellschaftlichen Leitmilieu der „**Postmateriellen**“ haben Frauen oft – trotz der ausgeprägten Gleichstellungsmaxime in der Partnerschaft – die Verhaltensweisen einer partiellen Abschottung ihrer Maßnahmen gegenüber ihrem Partner. Erst wenn Verfahren ins Spiel kommen, bei denen der Samen des Partners

erforderlich ist, wird dieser einbezogen. Hormonelle Behandlungen oder das Konservieren von Eizellen entscheiden diese Frauen oft autonom

und solitär. In der folgenden Grafik sind die Milieus mit einer großen Kluft innerhalb der Milieus rot umkringelt.



Ungewollt kinderlose Frauen im Alter 20 bis 50 Jahre



Ungewollt kinderlose Männer im Alter 20 bis 50 Jahre

10.3 Aktuell in Behandlung

Aktuell wird jedes der Behandlungsverfahren von maximal jeder zehnten ungewollt kinderlosen Frau genutzt, am häufigsten die Alternative Medizin (zehn Prozent) in allen Altersgruppen sowie bei über 30-Jährigen primär die Hormon-

korrektur der Frau (neun Prozent) sowie bei über 40-Jährigen die In-vitro-Fertilisation (zehn Prozent). Alle anderen Verfahren werden nach Selbstauskunft von deutlich weniger Frauen in Anspruch genommen.

Kinderlose Frauen mit aktuellem Kinderwunsch			
Aktuelle Nutzung/derzeit in Behandlung (ob das Verfahren bekannt ist oder nicht)	20- bis 29- Jährige	30- bis 39- Jährige	40- bis 50- Jährige
Alternative Medizin	10 %	9 %	10 %
Hormonkorrektur der Frau (zum Beispiel der Schilddrüse)	6 %	9 %	10 %
IVF	5 %	6 %	10 %
Insemination	4 %	5 %	8 %
Hormonelle Stimulation der Eierstöcke	3 %	4 %	6 %
ICSI	3 %	4 %	6 %
Konservieren/Einfrieren für später aus medizinischen Gründen	3 %	4 %	6 %
Konservieren/Einfrieren für später aus nicht medizinischen Gründen (Social Freezing)	3 %	3 %	4 %
Samenspende eines fremden Mannes	1 %	2 %	5 %
Embryonenspende	1 %	1 %	1 %

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen

Frauen mit bisher unerfülltem Kinderwunsch, die sich für eine medizinische Unterstützung entschieden haben, zeigen mehrheitlich eine große Ausdauer, sind nach einem erfolglosen Versuch zu einem zweiten bereit; und wenn dieses Verfahren erneut nicht zum Ergebnis führt, auch zu anderen Methoden der Kinderwunschbehandlung. Typisch für diesen relativ kleinen Kreis von Frauen in früherer oder aktueller Behandlung ist ein gestuftes Vorgehen: zunächst eine hormonelle Behandlung (meist nach oder parallel zu Verfahren der Alternativen Medizin), dann zu aus ihrer Sicht „massiveren und direkteren Verfahren“ wie Insemination, IVF oder ICSI, die von Betroffenen zum engeren Kreis der „künstlichen“ Befruchtung gerechnet werden, und zu denen größere emotionale, partnerschaftliche, soziale und auch weltanschauliche Hemmungen überwunden werden müssen.

Männer sind auch bei sehr starkem Kinderwunsch im Vergleich zu Frauen relativ passiv, wenn es um medizinische Unterstützung geht. Männer delegieren meist vorbewusst, ohne dies mit ihrer

Partnerin explizit zu verhandeln, die Verantwortung, Zuständigkeit und Initiative an ihre Frau. Wenn sie nicht selbst gefordert sind (zum Beispiel Konservieren/Einfrieren von Spermazellen, IVF, ICSI, Insemination), weiß nur ein Teil der Männer, welche Maßnahmen ihre Partnerin selbst unternimmt: zum Beispiel Hormonkorrektur, hormonelle Stimulation der Eierstöcke, Alternativmedizin und Naturheilmaßnahmen und vor allem die psychosoziale Beratung.

Zwei zentrale Befunde sind, dass (1) Frauen die Kinderwunschbehandlung als *Ultima Ratio* verstehen und damit zeitlich auf die letzte Phase im gebärfähigen Alter von Frauen positionieren. Damit ist die Kinderwunschbehandlung (und psychosoziale Beratung) im voreingestellten Modus keine normale Option für alle Phasen möglicher und gewollter Elternschaft, sondern eine **außeralltägliche, abweichende Notlösung**. (2) Diese Stigmatisierung von Kinderwunschbehandlungen führt bei der Mehrheit der Frauen dazu, dass sie **diese Option selbst in fortgeschrittenem Alter nicht ernsthaft erwägen** und nutzen.

10.4 Künftige Behandlungsbereitschaft

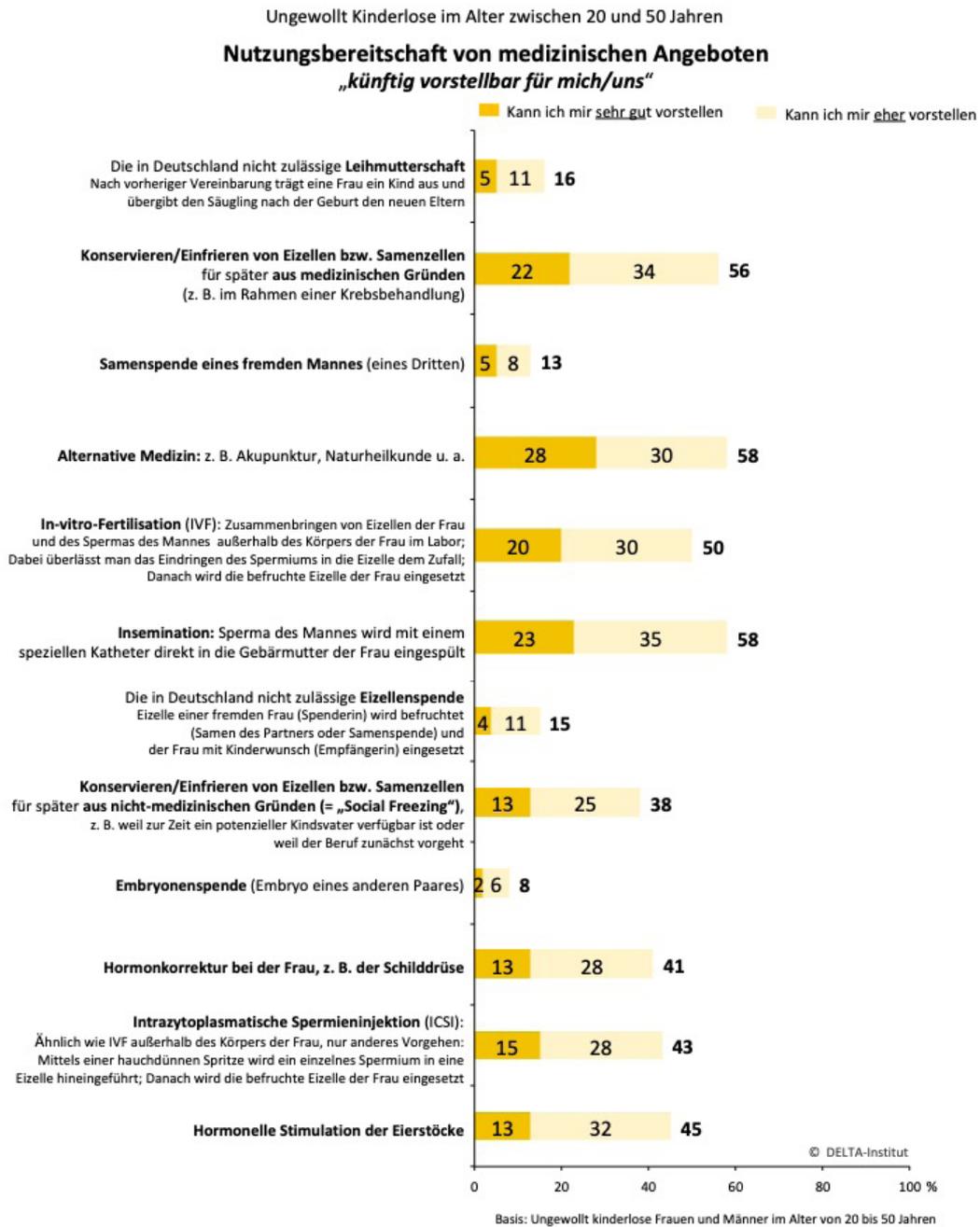
In der Untersuchung wurden kinderlose Frauen und Männer gefragt, welche Unterstützungsangebote sie künftig eventuell nutzen würden.³⁷ Die grundsätzliche Bereitschaft zur Kinderwunschbehandlung ist deutlich größer als die bisher seltene Nutzung. Für die einzelnen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sagen bis zu 65 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer, dass sie sich grundsätzlich eine solche Behandlung vorstellen könnten. Das führt zu folgenden Erkenntnissen: (1) Interesse und Bedürfnis an einer Kinderwunschbehandlung sind deutlich größer als die bisherige und aktuelle Nutzung. Um das Interesse zu bedienen und den Bedarfen zu entsprechen, sind gesteigerte Informations- und Aufklärungsanstrengungen notwendig. (2) Das bestehende, bereits informierte Potenzial ist längst nicht ausgeschöpft, wird nicht wirklich erreicht und nur mäßig mobilisiert. Hier müssen zum einen die emotionalen Hemmungen sowie die weltanschaulichen und partnerschaftlichen Hürden bei potenziellen Klientinnen und Klienten ernst genommen werden. Zum anderen sind von den Anbieterinnen und Anbietern (unbewusst, unbeabsichtigt) errichtete Barrieren finanzieller, stilistischer, sozialräumlicher Provenienz zu reflektieren und gegebenenfalls zu senken. Am größten ist die Präferenz zur Unterstützung des eigenen Kinderwunsches in Bezug auf folgende Möglichkeiten:

- Alternativmedizin: Viele Frauen (meist aus den Milieus „Postmaterielle“, „Expeditiv“, „Konservative“, auch der „Bürgerlichen Mitte“), die im Alltag zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge und bei Krankheiten gern zuerst Naturheilverfahren einsetzen, wussten bisher nicht, dass es hier auch Möglichkeiten in

Bezug auf den Kinderwunsch gibt. Auch in anderen Milieus, die ansonsten keine Präferenz für Naturheilverfahren haben, sind an diesen Möglichkeiten der Förderung ihrer angestrebten Elternschaft interessiert, wenn es ihre Chance erhöht, ein Kind zu bekommen ohne eine „künstliche Befruchtung“. Insgesamt äußern 65 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen Interesse, künftig alternativmedizinische Verfahren wie Akupunktur, Naturheilkunde und Ähnliches zu nutzen. Von den Männern unterstützen dies auch 50 Prozent (wobei unklar ist, ob sie die Nutzung auf sich selbst oder auf ihre Partnerin beziehen).

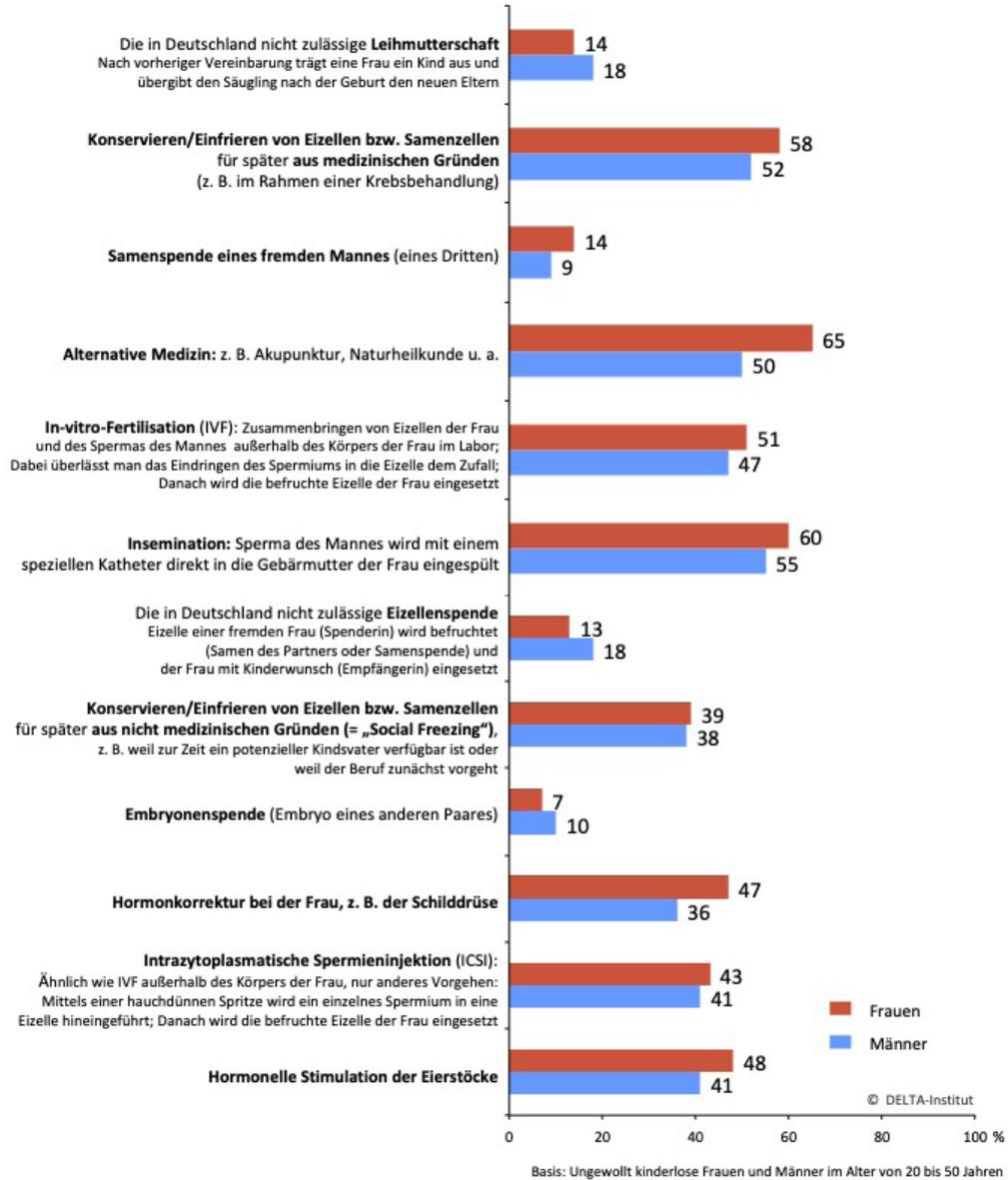
- Von den „klassischen“ medizinischen Verfahren stehen bei Frauen an oberster Stelle die Insemination (60 Prozent), Konservieren von Eizellen aus medizinischen Gründen (58 Prozent), IVF (51 Prozent), hormonelle Stimulation der Eierstöcke (48 Prozent), Hormonkorrektur bei der Frau (47 Prozent) sowie ICSI (43 Prozent). Erst dann folgt das Social Freezing (39 Prozent). Männer haben eine ähnliche Präferenzordnung (wobei ihre Partnerin von den Maßnahmen in weitaus stärkerem Maße betroffen ist). Dabei zeigt sich zwar durchgängig, dass mehr Frauen als Männer die verschiedenen Maßnahmen einer Kinderwunschbehandlung in Erwägung ziehen. Aber es ist für die Strategie und Kommunikation wichtig zu wissen, dass es hier zwischen Frauen und Männern keine substantziellen Unterschiede gibt. Zwar zeigen Frauen meist eine größere Zustimmung als Männer (Ausnahmen sind die Embryonenspende, die in Deutschland nicht zulässige Leihmutterchaft und Eizellenspende), aber die Unterschiede sind relativ gering, sodass hier keine Einstellungsbarrieren zwischen den Geschlechtern beziehungsweise in der Partnerschaft bestehen.

³⁷ Ein Teil der Befragten hat erst durch das Interview erfahren, dass es diese Möglichkeiten überhaupt gibt. Umso interessanter ist, dass ein erheblicher Teil von ihnen spontan die Auskunft gab, diese Maßnahmen künftig eventuell nutzen zu wollen.



Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Nutzungsbereitschaft von medizinischen Angeboten
„künftig vorstellbar für mich/uns“



10.5 Erfahrungen bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen

10.5.1 Erfahrungen der/des Einzelnen

Kinderlose Frauen und Männer, die eine oder mehrere Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung früher schon unternommen hatten oder derzeit in einer solchen Behandlung sind, haben mehrheitlich – zu über 70 Prozent – einen (sehr) guten Eindruck von der fachlichen Kompetenz, der persönlichen Betreuung sowie dem differenzierten Informationsverhalten ihrer Ärztin beziehungsweise ihres Arztes. Vor der Behandlung wurden sie über gesundheitliche Risiken und finanzielle Belastungen informiert, fühlten sich medizinisch gut beraten, fanden sich bestärkt in ihrer Entscheidung für diesen Weg und in ihrem Vertrauen in die moderne Medizin(-technik).

Diese hohen Zustimmungswerte sind bemerkenswert, weil die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Maßnahme bei ihnen (bisher) nicht erfolgreich war, und weil – wie in Kapitel 3.1 beschrieben – es starke Vorbehalte gegenüber der Bezeichnung „Reproduktionsmedizin“ gibt. Diese Frauen und Männer haben trotz der finanziellen, emotionalen und zeitlichen Aufwendungen kein Kind bekommen. Dennoch hat das Verfahren bei ihnen rückblickend nicht zu Misstrauen gegenüber Ärztinnen und Ärzten der Reproduktionsmedizin geführt. Etwa drei Viertel fühlten sich auch im Nachgang gut beraten und aufgehoben.

- Zugleich ist zu sehen, dass mehr als jede Fünfte diese positiven Erfahrungen mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt nicht gemacht hat. Sie beschreiben, dass sie nicht über gesundheitliche Risiken (22 Prozent) und nicht über finanzielle Belastungen informiert (24 Prozent), sowie medizinisch nicht gut beraten worden seien (24 Prozent). Wenn dieser relevante Anteil der Patientinnen und Patienten diese Erfahrungen macht, ist das ein Hinweis auf objektive Defizite in der ärztlichen Betreuung vor und während der Behandlung, beziehungsweise in der Kommunikation bei einem erheblichen Anteil der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Gleich-

wohl ist zu erwägen, dass bei einigen dieser Fälle die Enttäuschung über den Misserfolg die Erinnerung an die Vorgänge beeinflusst. Das kann jedoch nicht als Entlastung oder „Freispruch“ für Ärztinnen und Ärzte gelten, bei denen diese gesundheitliche und finanzielle Beratung nicht erinnert wird. Die Praxis der Information über diese Belange ist eine soziale Tatsache; auch die Erinnerung an diese seitens der Patientinnen und Patienten ist eine soziale Tatsache und sollte nicht an den Erfolg oder Misserfolg der Behandlung geknüpft sein.

- Ebenfalls ist zu beachten, dass nur etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten von sehr positiven Erfahrungen in der ärztlichen Betreuung berichtet. Der weitaus größte Anteil hat nur eine tendenziell positive Erinnerung an diese Behandlung. Erinnernte Erfahrungen können durch die schließlich nicht erfolgreiche Behandlung in der privaten psychosozialen Verarbeitung zwar getrübt sein. Aber es ist ein Hinweis auf Verbesserungspotenzial in der Betreuung der Patientinnen und Patienten, die aus unterschiedlichen Milieus kommen und damit unterschiedliche Informations- und Betreuungsbedarfe haben. Hier ist auch zu berücksichtigen, dass je nach Milieuherkunft ein mehr oder weniger hierarchisches Arzt-Patienten-Gefüge besteht.

Für 68 Prozent war die persönlich-menschliche Betreuung durch die Ärztin/den Arzt während der Behandlung eine große Hilfe. Auch wenn bei ihnen die Behandlung nicht zum Erfolg führte, erinnern sich 70 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Männer **sehr positiv an die verbal und nonverbal durch Mimik und Gestik signalisierte Zuversicht ihrer Ärztin/ihres Arztes**. Darin steckt aber auch der Befund, dass 32 Prozent der Patientinnen und Patienten von ihrer Ärztin/ihrem Arzt diese menschliche Unterstützung nicht erfahren haben. Das ist gravierend nicht nur für die persönliche Befindlichkeit der Patientinnen und Patienten, sondern auch für den Berufsstand dieser medizinischen Profession, denn sie bestätigt und verstetigt das der Reproduktionsmedizin zugeschriebene Image kalter, technokratischer Ingenieurinnen und Ingenieure am Kinderwunsch. Nur 21 Prozent der Patientinnen und Patienten berichten mit hoher Zustimmung von

der hilfreichen menschlichen Zuwendung der Ärztin/des Arztes; nur 22 Prozent sagen, dass die Zuversicht der Ärztin/des Arztes für sie eine große Hilfe gewesen sei. Umgekehrt haben 30 Prozent eine solche Zuversicht ärztlicherseits überhaupt nicht erfahren. Gleichwohl ist zu reflektieren, dass manche Patientinnen und Patienten an Reproduktionsmedizinerinnen oder Reproduktionsmediziner Erwartungen richten (Zuspruch, Hoffnung machen, persönliche Zuwendung, Aufgabe der professionellen Distanz), die von diesen nicht eingelöst werden können oder aus medizinethischer Sicht nicht sollten.

Abstrakt-generalistische Vorbehalte und Negativeimage der Reproduktionsmedizin gegenüber treffen im Rahmen einer Behandlung auf eine konkrete Arztpraxis und eine konkrete Ärztin beziehungsweise einen Arzt der Reproduktionsmedizin. Voreingestellte und tief verankerte negative Vorbehalte sowie Erwartungen zur Rolle der Medizinerin beziehungsweise des Mediziners in diesem Prozess formen die WahrnehmungsfILTER und Beurteilungskategorien, und sie sind zunächst resistent gegenüber anderen, positiven, den Vorbehalten widersprechenden konkreten eigenen Erfahrungen. Insofern bedarf es bei einer Kinderwunschbehandlung nicht nur einer professionellen medizintechnischen Beratung und Behandlung, sondern auch einer Betreuung und Kommunikationskultur, die sich auf jene bei der Mehrheit der Patientinnen und Patienten vorhandenen, aber oft nicht kommunizierten Erwartungen und Vorbehalte einstellt, und darauf aufbauend Kommunikationstechniken, -materialien und -stile entwickelt, um Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu bestätigen, das diese investiert haben, als sie den Sprung gewagt haben, eine Praxis für Reproduktionsmedizin oder ein Kinderwunschzentrum aufzusuchen.

Ein kritischer Befund ist, dass **nur 16 Prozent** der Patientinnen und Patienten sich genau daran erinnern, **von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt auf die Möglichkeit einer professionellen behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung** durch eine andere Expertin oder einen anderen Experten explizit hingewiesen worden zu sein (das beschreibt zwar nur die Wahrnehmung und Erinnerung der Patientinnen und Patienten; diese aber sind entscheidend und handlungsrelevant).

Weitere 37 Prozent können sich nur diffus und ungefähr daran erinnern.

- **17 Prozent wurden von ihrer behandelnden Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt selbst psychosozial beraten** – weitere 36 Prozent können sich ungefähr an solche Gespräche erinnern, die aber eher kurz waren und in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten eher am Rande stattfanden, nicht prägnant waren und nicht haften blieben. Das bedeutet, dass sich 47 Prozent nicht daran erinnern, von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt die verpflichtende psychosoziale und soziale Beratung im Rahmen der Behandlung erhalten zu haben.

Zugleich zeigt sich: Obwohl offenbar Männer häufiger von der behandelnden Ärztin oder dem Arzt den Hinweis auf eine professionelle behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung bekommen, nehmen Frauen diese deutlich häufiger in Anspruch. Hier ist zu reflektieren, semantisch inhaltsanalytisch oder empirisch zu eruieren, ob die Form, Situation und Argumente für eine solche Beratung subkutan primär auf Frauen zielen und ob es zur Ansprache und Aktivierung von Männern nicht anderer Wege bedarf.

Vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung **unterschätzt die Mehrheit von 60 Prozent** die Belastung für sie selbst. Am stärksten ist die **emotionale Belastung** der Behandlung vor allem für Frauen (73 Prozent), aber auch für die Mehrheit der Männer (63 Prozent). Es folgt die **finanzielle Belastung**, die vor allem von Frauen (67 Prozent) und fast so häufig von Männern (61 Prozent) als sehr bedrückend empfunden wird. Für mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten (62 Prozent der Frauen, 52 Prozent der Männer) war die Behandlung auch **körperlich sehr belastend**. Alle diese Werte sind signifikant höher als in der Untersuchung 2013.

Die Tatsache, dass die **behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung** kein fester Bestandteil im zentralen Informationsrepertoire aller reproduktionsmedizinischen Ärztinnen und Ärzte ist, hat den Effekt, dass nur eine Minderheit (im Durchschnitt jede beziehungsweise jeder Zehnte: 14 Prozent der Frauen, ein Prozent der Männer)

während oder nach der Behandlung eine solche in Anspruch nimmt – obwohl der Bedarf aufgrund der emotionalen, körperlichen, sozialen und ökonomischen Belastung erheblich ist und dies die meisten vor einer Behandlung unterschätzen.

Ärztinnen und Ärzte informieren in der Regel ihre Patientinnen oder Patienten über Risiken und mögliche Belastungen der Kinderwunschbehandlung grundsätzlich. Jedoch die rückblickenden Erfahrungen von Patientinnen und Patienten reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zeigen: Aufgrund der genannten Belastungen sowie der oft monatelangen Ungewissheit und im Fall des Misserfolgs **vermag eine noch so ausgeprägte persönliche-menschliche Betreuung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie eine ärztliche psychosoziale Beratung eine von der Behandlung unabhängige professionelle psychosoziale Beratung nicht zu kompensieren oder gar zu ersetzen.** Insofern gibt es Grund zu der These, dass Ärztinnen und Ärzte mitunter den *Bedarf* bei Patientinnen und Patienten nach professioneller psychosozialer Beratung sowie die Notwendigkeit in vielen Fällen unterschätzen

beziehungsweise die Wirksamkeit und Suffizienz ihrer eigenen Beratung überschätzen.

In der Regel nehmen fast nur Frauen psychosoziale Beratung in Anspruch – und diese wenigen meist *vor* einer Behandlung, aber kaum während oder nach der Behandlung. Das ist von erheblicher Brisanz und steigert Risiken, zumal sich die Belastungen verschiedenen Ursprungs und Manifestation wechselseitig stabilisieren und verstärken können mit Neben- und Spätfolgen. Für diese Situationen und Phasen sucht oder findet die Mehrheit der Patientinnen und Patienten derzeit keine Hilfe.

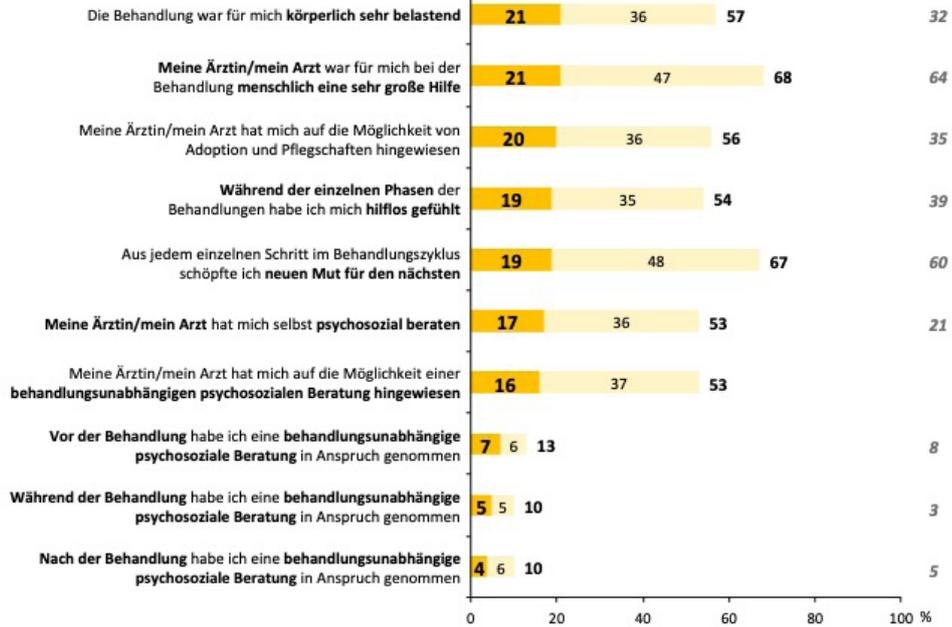
In der folgenden Darstellung sind die Einstellungen und Erfahrungen absteigend sortiert nach dem höchsten Zustimmungswert „stimmt voll und ganz“. Wenn die Behandlung schon länger zurückliegt, kann es bei einigen Fällen zu verzerrten Erinnerungen kommen. Dies fängt die extreme Antwortkategorie, die auf Klarheit zielt, weitgehend ab. Insofern bildet die Rangordnung die reale Struktur wohl recht genau ab. Dazu sind am rechten Rand die Anteilswerte aus der Untersuchung 2013 abgetragen.



Nutzung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen
(Hormonelle Stimulation, Insemination, IVF, ICSI, Samenspende, Embryonenspende)

Fortsetzung

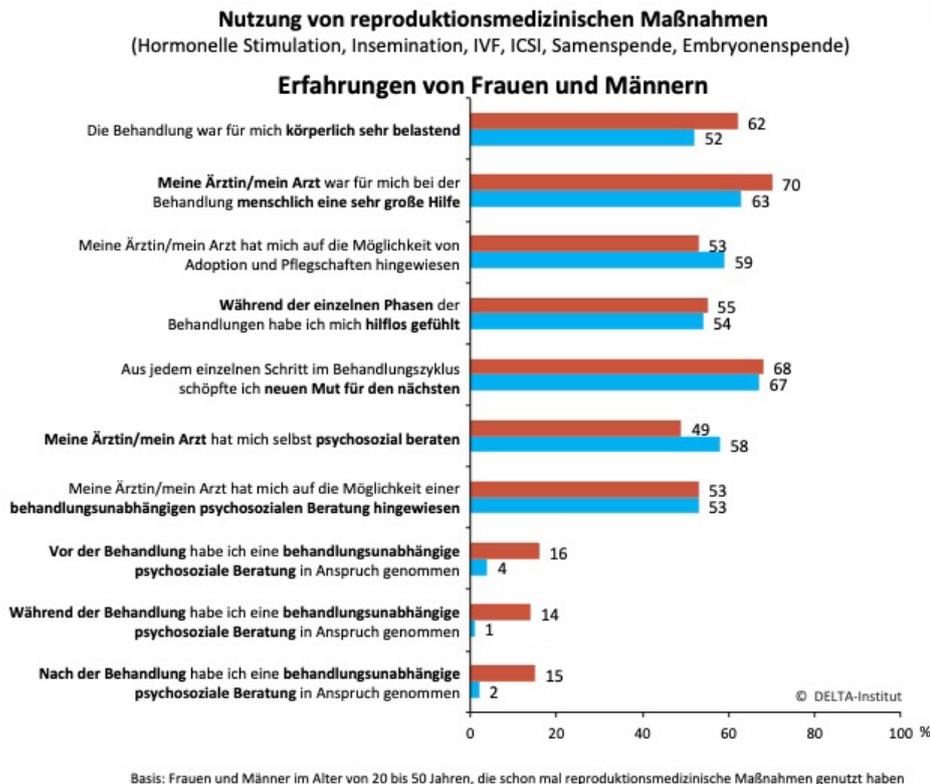
Erfahrungen von Frauen und Männern



Basis: Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren, die schon mal reproduktionsmedizinische Maßnahmen genutzt haben
© DELTA-Institut

Erfahrungen von ungewollt kinderlosen Frauen und Männern, die schon reproduktionsmedizinische Maßnahmen genutzt haben





10.5.2 Erfahrungen in Bezug auf die Partnerschaft

Wie wichtig die Partnerschaft für Stabilisation und Trost während der Kinderwunschbehandlung ist, auch vorher, unbedingt nachher, belegt die Untersuchung nachdrücklich. Von entscheidender Bedeutung ist die wechselseitige Sensibilität für die Belastung der Partnerin beziehungsweise des Partners.

- 80 Prozent der Männer nehmen wahr, dass die Behandlung ihre Frau emotional sehr belastet; umgekehrt sehen auch 73 Prozent der Frauen die große emotionale Belastung für ihren Mann.
- 85 Prozent der Frauen erfahren in Phasen der Krise, der Hoffnungs- und Mutlosigkeit von ihrem Partner Trost und Ermutigung, 78 Prozent der Männer von ihrer Partnerin.
- 70 Prozent der Männer sehen (beziehungsweise vermuten), dass die Behandlung für ihre Frau körperlich sehr belastend ist. In der Selbstwahrnehmung sagen 62 Prozent der Frauen dies von sich selbst: Das ist ein geringer Abstand, bei dem unklar ist, ob ein Teil der

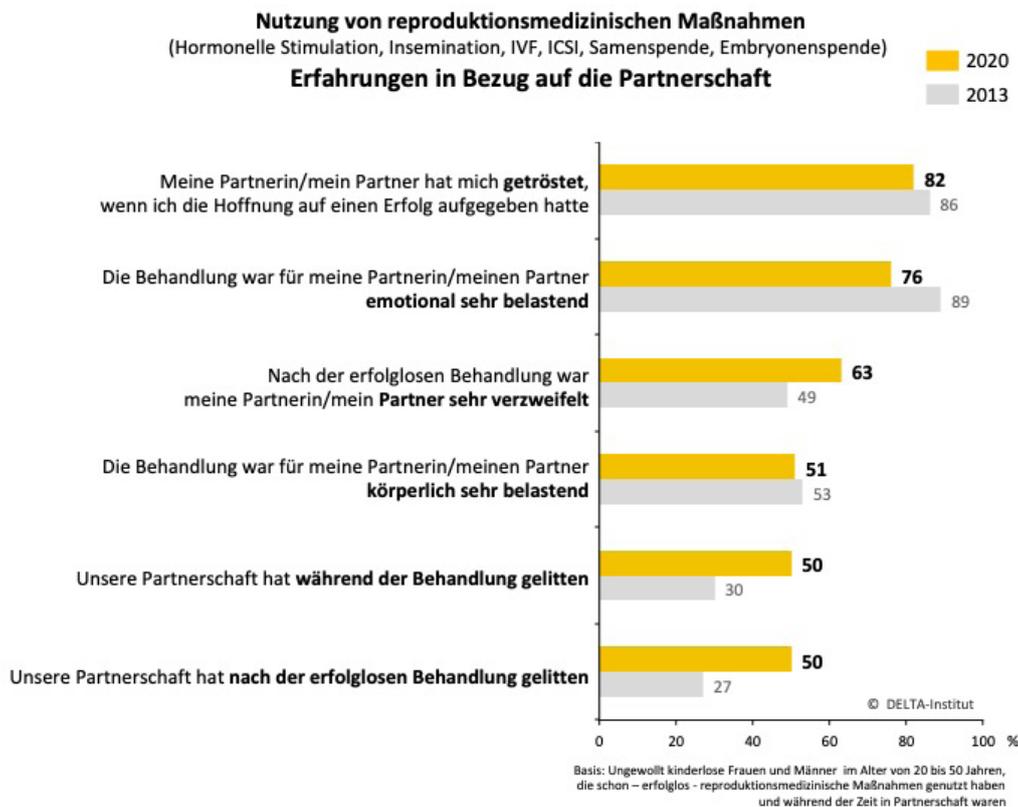
Frauen ihre körperliche Belastung unterschätzt oder Männer diese überschätzen. Umgekehrt sehen 37 Prozent der Frauen eine erhebliche körperliche Belastung bei ihrem Partner; aber deutlich mehr Männer (57 Prozent) bei sich selbst. Hier ist offensichtlich, dass einige Frauen die körperliche Belastung für ihren Partner nicht sehen oder nicht in der Weise anerkennen wie ihre eigene körperliche Belastung.

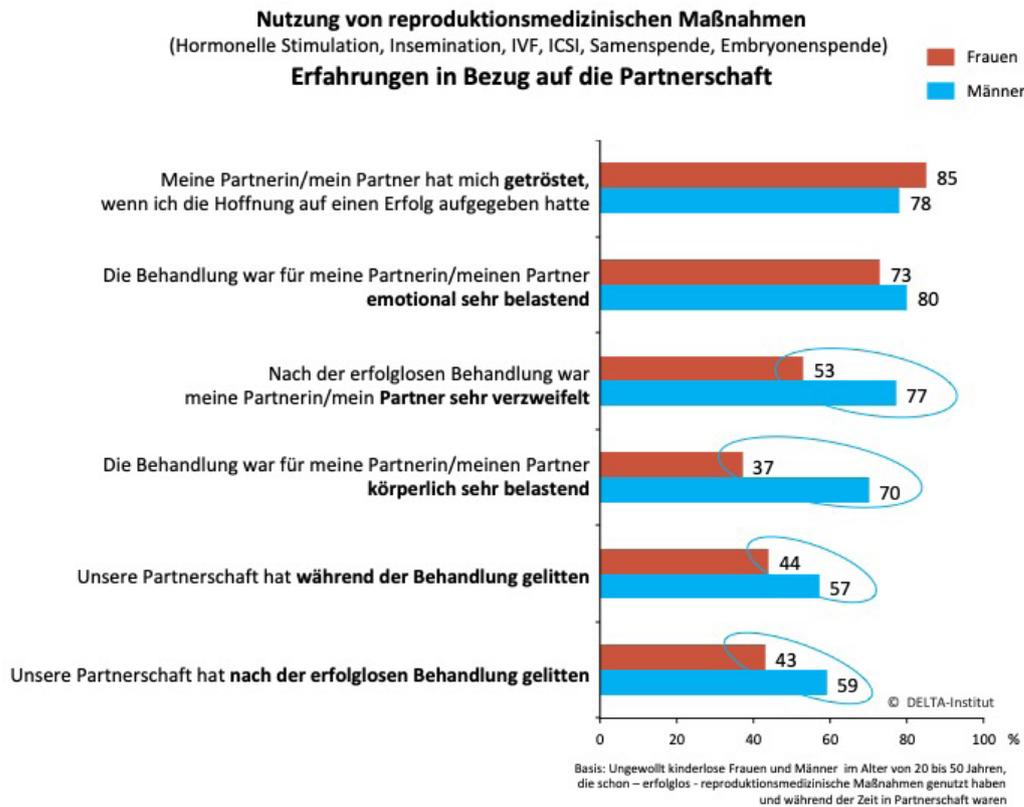
- Bei der Hälfte der Paare (50 Prozent) leidet die Partnerschaft während der reproduktionsmedizinischen Behandlung, wenn in dieser Phase noch offen ist, ob die Behandlung zur Schwangerschaft führt. Frauen (44 Prozent) nehmen in dieser Phase die partnerschaftliche Belastung seltener wahr als Männer (57 Prozent).
- Bei ebenfalls der Hälfte hat die Partnerschaft nach einer erfolglosen Behandlung gelitten. Auch hier nehmen deutlich mehr Männer (59 Prozent) als Frauen (43 Prozent) diese Belastung für die Partnerschaft wahr.

Es gibt empirische Belege für die These, dass Frauen während und nach der Behandlung die Belastungen für die Partnerschaft und für ihren Partner eher unterschätzen. Denn als medizinisch hauptsächlich und unmittelbar involvierte „Hauptpatientin“ sind sie stärker fokussiert auf das, was mit ihrem Körper geschieht sowie auf ihre psychoemotionale Befindlichkeit zur erhofften Schwangerschaft, beziehungsweise mit der befürchteten und dann realen Enttäuschung einer nicht erfolgten Schwangerschaft. Männer, abgesehen von einer Samenspende, werden nicht behandelt und sind körperlich von der Behandlung nicht selbst betroffen. Ihr Zugangsbereich und ihre Belastungssphären unterscheiden sich strukturell von jenen der Frau; daher unterscheiden sich auch die Rollen der Beteiligten. Männer sind primär psycho-emotional betroffen, ihre Hoffnung auf ein Kind ist mentaler Art, ihre partnerschaftliche Rolle besteht in der Solidari-

tätsarbeit für ihre Partnerin. Dies ist für Männer eine sie selbst belastende Situation und *Arbeit*. Es liegt primär an diesem Möglichkeitsraum und der Rolle von Männern in diesem Prozess, dass sie stärker fokussiert sind auf die Belastungen der Behandlung nicht nur für ihre Partnerin, sondern auch für die Partnerschaft.

Gleichwohl nutzt kaum ein Mann selbst während einer Behandlung und auch nach einer Behandlung Angebote einer psychosozialen Beratung. Insofern gibt es Hürden und Barrieren, die teilweise bei Männern selbst liegen, teilweise im Angebot sowie im semantischen, ästhetischen und stilistischen Auftritt der Beratungsstellen sowie der einzelnen Beraterinnen und Berater. Die qualitativen Interviews zeigen, dass **Männer sich nicht in gleicher Weise und gleich wichtig (wie Frauen) von psychosozialen Beratungsstellen angesprochen fühlen wie Frauen.**





10.6 Subjektive Altersgrenzen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen

Ab welchem Alter *frühestens* sollte eine kinderlose Frau mit einer Kinderwunschbehandlung beginnen, und bis zu welchem Alter *höchstens* sollte für Frauen eine reproduktionsmedizinische Behandlung möglich sein? Und welche Altersuntergrenze sowie Altersobergrenze sollte für Männer gelten? Diese Fragen nach dem *Alterskorridor* für reproduktionsmedizinische Behandlungen werden von kinderlosen Frauen und Männern nicht fachlich-medizinisch beantwortet, sondern aus ihrer persönlichen, situationsbedingten, biografisch und soziokulturell gewachsenen Einstellung. Höchst bemerkenswert ist, dass Frauen und Männer für ihr jeweils eigenes Geschlecht und für das jeweils andere Geschlecht in allen Altersgruppen meist ähnliche Einstellungen haben:

- Für **Frauen** wird – von ungewollt kinderlosen Frauen und Männern – der früheste Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Alter von durchschnittlich 31 Jahren gesehen; als obere Altersgrenze durchschnittlich

lich 43 Jahre. Das ist ein Korridor von etwa 13 Jahren.

- Etwas mehr als ein Viertel (22 Prozent) würde eine Untergrenze für reproduktionsmedizinische Behandlungen im Alter unter 25 Jahren vorsehen. Eine Mehrheit von 61 Prozent präferiert eine Untergrenze im Alter von 26 bis 34 Jahren.
- Eine sinnvolle Altersobergrenze für eine reproduktionsmedizinische Behandlung sehen 61 Prozent zwischen 36 bis 45 Jahren. Allerdings gibt es auch eine Mehrheit (52 Prozent), die eine Obergrenze über 40 Jahren vorschlägt. Zugleich wollen 17 Prozent eine Obergrenze erst ab einem Alter von über 45 Jahren.

Geringe Unterschiede gibt es in den verschiedenen Altersstufen:

- 20- bis 24-Jährige nennen für Frauen eine Untergrenze für eine Kinderwunschbehand-

lung von durchschnittlich 29 Jahren, 30- bis 34-Jährige von 32 Jahren und über 45-Jährige eine Untergrenze von 33 Jahren. Mit zunehmendem Alter ungewollt Kinderloser wird eine sinnvolle Untergrenze für eine früheste Behandlung geringfügig, aber stetig höher taxiert.

- Gleiches gilt mit Blick auf die Altersobergrenze, bis zu der eine reproduktionsmedizinische Maßnahme aus Sicht der Betroffenen als sinnvoll erachtet wird. 20- bis 24-Jährige nennen für Frauen eine Obergrenze von 41 Jahren, 30- bis 34-Jährige von 43 Jahren und über 45-Jährige eine Altersobergrenze von 45 Jahren.
- Für **Männer** sehen ungewollt kinderlose Frauen und Männer eine ähnliche Untergrenze wie für Frauen mit durchschnittlich 32 Jahren; jedoch eine weitaus höhere Altersobergrenze von 48 Jahren (ein Behandlungskorridor von 16 Jahren).
- Identisch wie für Frauen würden 22 Prozent für Männer eine Untergrenze für reproduktionsmedizinische Behandlungen im Alter unter 25 Jahren vorsehen; eine relative

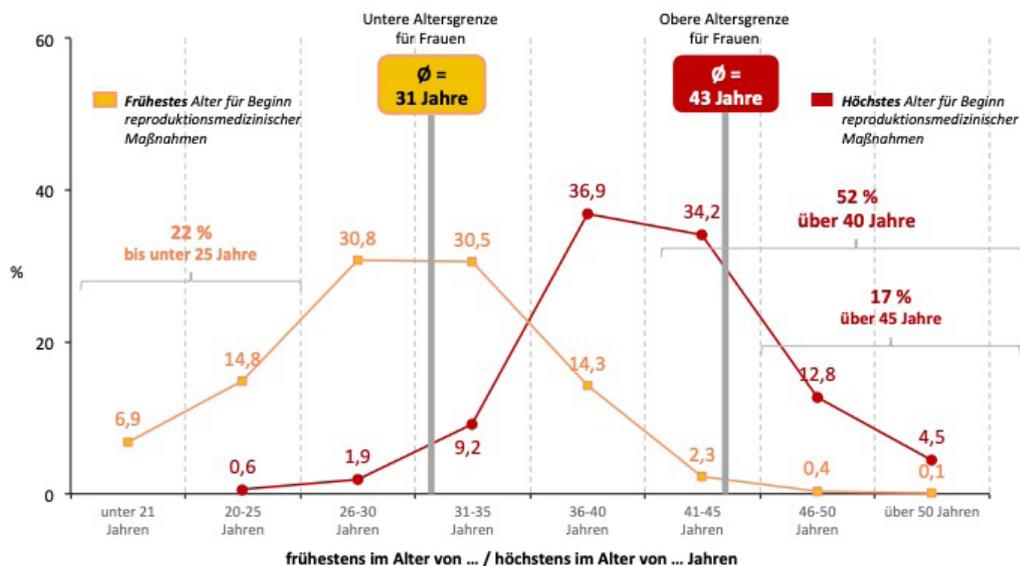
Mehrheit von 50 Prozent im Alter zwischen 26 und 34 Jahren.

- Eine Obergrenze wäre für 78 Prozent sinnvoll über dem 40. Lebensjahr, für 48 Prozent ab einem Alter von 45 Jahren und 20 Prozent würden für Männer keine Altersgrenze setzen.

In diesen Auffassungen gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen:

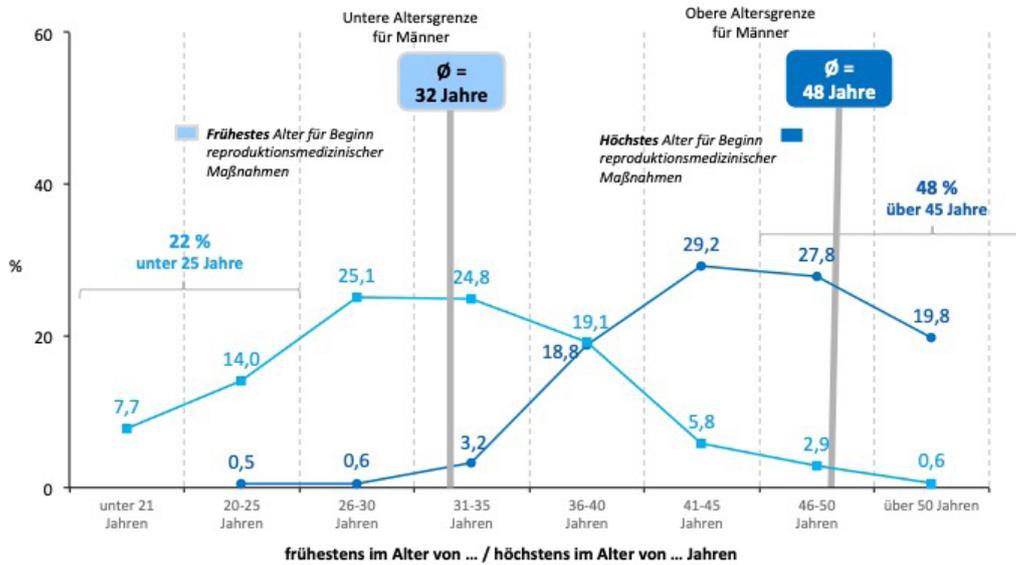
- Bis 24-Jährige nennen für Männer eine Untergrenze von durchschnittlich 31 Jahren, 30- bis 34-Jährige von 33 Jahren und über 45-Jährige eine Untergrenze von 34 Jahren. Mit zunehmendem Alter ungewollt Kinderloser wird eine sinnvolle Untergrenze für eine früheste Behandlung stetig leicht höher angesetzt.
- Gleiches gilt mit Blick auf die Altersobergrenze, bis zu der eine reproduktionsmedizinische Maßnahme für Männer aus Sicht der Betroffenen als sinnvoll erachtet wird. 20- bis 24-Jährige nennen für Männer eine Obergrenze von 46 Jahren, 30- bis 34-Jährige von 47 Jahren und über 45-Jährige von durchschnittlich 52 Jahren.

Ab welchem Alter **frühestens** und bis zu welchem Alter **spätestens** sollte eine **Frau**, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer **reproduktionsmedizinischen Maßnahme** beginnen?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

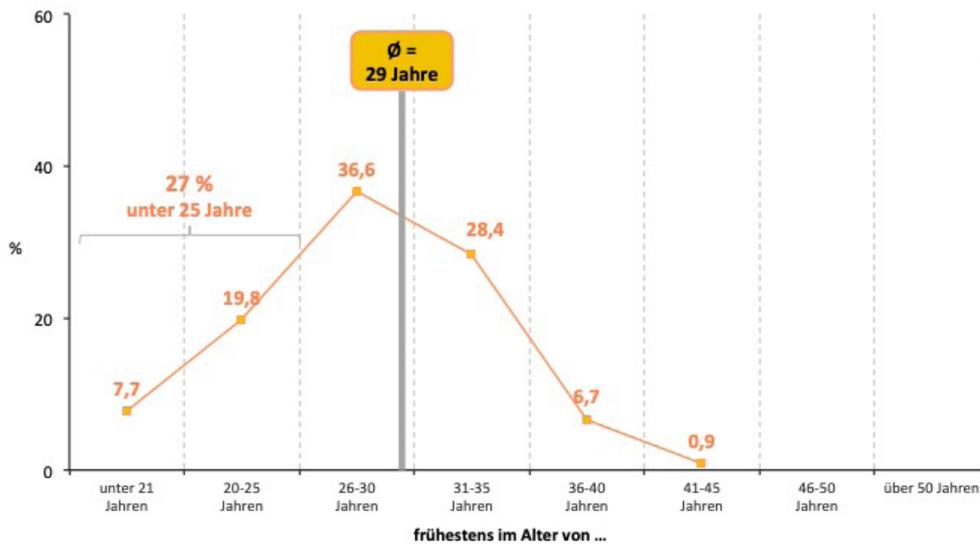
Ab welchem Alter **frühestens** und bis zu welchem Alter **spätestens** sollte ein **Mann**, der auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer **reproduktionsmedizinischen Maßnahme** beginnen?



Basis: Kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Altersuntergrenzen für Frauen aus Sicht von ungewollt kinderlosen Frauen im Alter 20 bis 29 Jahre

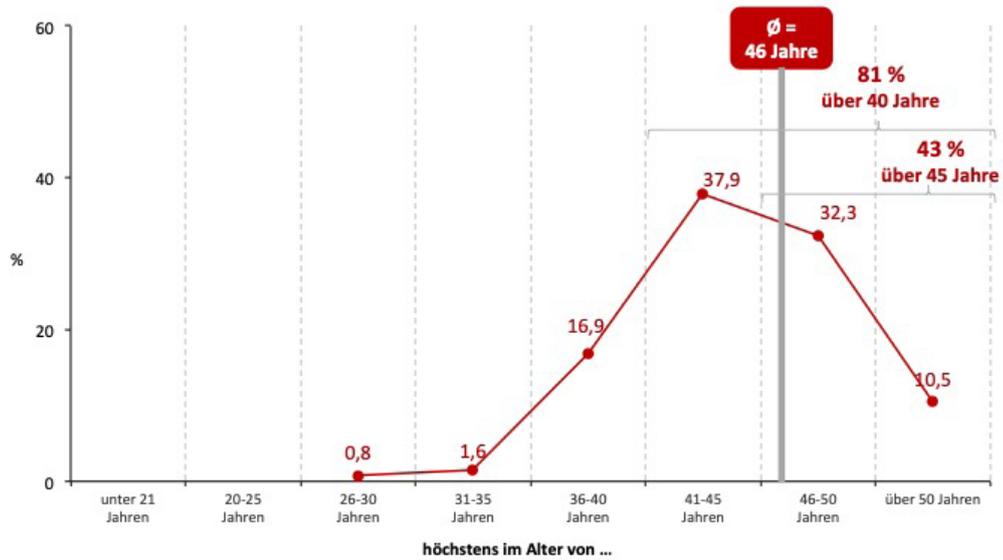
Ab welchem Alter **frühestens** sollte eine Frau, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer **reproduktionsmedizinischen Maßnahme** beginnen?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 29 Jahren
© DELTA-Institut

Altersobergrenzen für Frauen aus Sicht von ungewollt kinderlosen Frauen im Alter 40 bis 50 Jahre

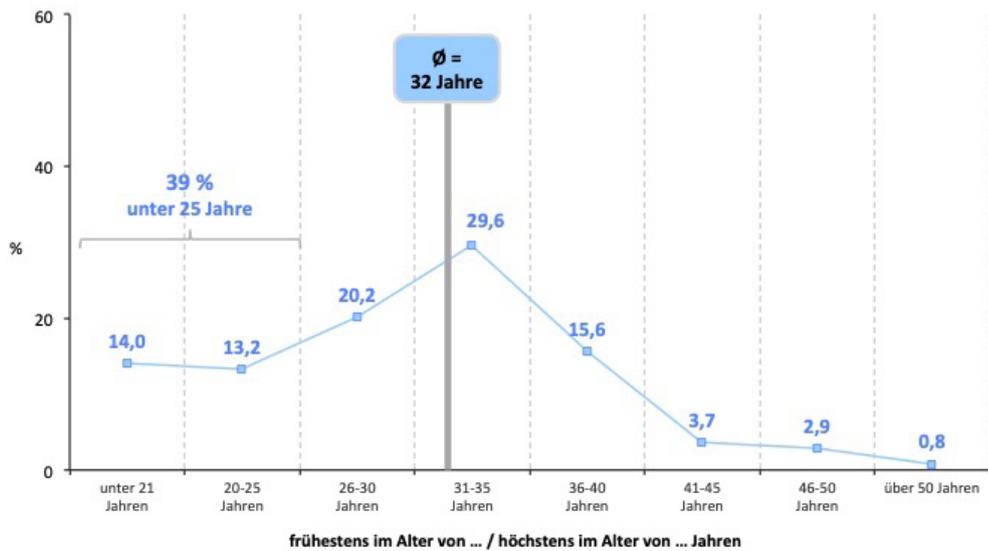
Bis zu welchem Alter *spätestens* sollte eine Frau, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme beginnen?



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Altersuntergrenzen für Männer aus Sicht von ungewollt kinderlosen Männern im Alter 20 bis 29 Jahre

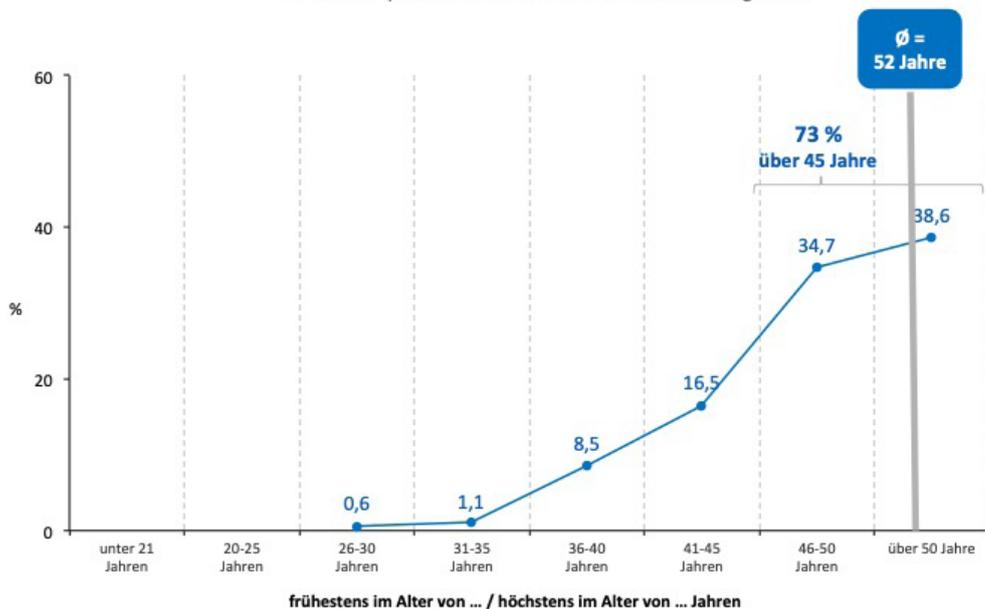
Ab welchem Alter *frühestens* sollte ein Mann, der auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme beginnen?



Basis: Ungewollt kinderlose Männer im Alter von 20 bis 29 Jahren
© DELTA-Institut

aus Sicht von ungewollt kinderlosen Männern im Alter 40 bis 50 Jahre

Bis zu welchem Alter *spätestens* sollte ein Mann, der auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme beginnen?



Basis: Ungewollt kinderlose Männer im Alter von 40 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

10.7 Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

Nur wenige Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch haben bisher Angebote der Kinderwunschbehandlung genutzt – auch wenn ihr Wunsch nach einem Kind groß und das Leiden an der eigenen Kinderlosigkeit erheblich ist. In der Wahrnehmung der Betroffenen und potenziellen Zielgruppen ist der Zugang zur Reproduktionsmedizin keineswegs niederschwellig. Die Untersuchung zeigt, **dass die Barrieren hoch sind und dass es nicht nur eine Hürde gibt, sondern einen vieldimensionalen komplexen Parcours der Zweifel und Bedenken.**

- Zweifel und Bedenken haben 85 Prozent der Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch bezüglich der aus ihrer Sicht sehr hohen beziehungsweise für sie selbst zu hohen Kosten einer solchen Behandlung. Dabei hat die Mehrheit keine konkreten Preisvorstellungen.
- Groß und weitverbreitet sind Sorgen vor dem psychischen Stress (78 Prozent) und dem

körperlichen Stress (75 Prozent), den eine reproduktionsmedizinische Behandlung abverlangt, zumal eine solche Behandlung keine Garantie für ein Kind ist, sondern die Unsicherheit unausräumlich besteht, ob durch die Behandlung ein Kind gezeugt wird: Es sind vornehmlich Furcht vor dem psychischen Stress und der Unsicherheit des Erfolgs. Diese Befunde sind starke Indikatoren für den Bedarf an medizinischer und psychosozialer Beratung nicht nur während und nach einer Kinderwunschbehandlung, sondern bereits vor der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung (im Stadium der allgemeinen und konkreten Information); aber auch bezüglich der Erwartungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Das wird gestützt durch den Befund, dass Frauen und Männer mehrere Monate, viele auch Jahre damit ringen, für sich sowie als Paar zu keiner Entscheidung kommen, und sie oft leiden unter der Ambivalenz von Kinderwunsch und Hemmungen des Zugangs zur Kinderwunschbehandlung. Das

stützt die Hypothese von einer praktischen Nützlichkeit einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung überhaupt zur Entscheidungsfindung und näheren Befassung mit einem solchen Prozess. 71 Prozent sagen, dass sie einfach zu wenig Informationen hätten und dass darin ein Teil ihrer Zweifel und Vorbehalte gründete.

- **75 Prozent vermissen authentische Erfahrungsberichte** von jenen, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung genutzt haben – sei sie erfolgreich oder nicht. Ergänzend begrüßt werden auch Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten sowie aus der psychosozialen Beratung, um bestehende Zweifel auszuräumen (oder sie bestätigt zu finden) und die Entscheidungsfindung zu erleichtern. Ohne Erfahrungsberichte erscheint eine Kinderwunschbehandlung in vielfältiger Weise schwer absehbar, diffus, riskant – und damit auch bedrohlich.
- In Deutschland sind die eigene Unfruchtbarkeit und Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen noch weitgehend ein Tabu und Stigma. Insofern fehlen vielen Betroffenen Foren und Zugänge, sich mit dem Thema vertraut zu machen, sich mit anderen auszutauschen, eigene Hemmungen und Vorbehalte zu reflektieren, **über „Kostent“ in ihren materiellen und immateriellen Ausprägungen zu informieren**, verschiedene Vorgehensweisen aufzuzeigen und zu diskutieren, Hürden gegenüber einer Kinderwunschbehandlung zu überwinden.³⁸
- Das Risiko der Stigmatisierung durch ein Bekanntwerden eingeschränkter Fruchtbarkeit und Kinderwunschbehandlung ist noch höher, wenn die Behandlung nicht zum Erfolg führt. Insofern ist es für ungewollt Kinderlose subjektiv oft **sozialer Selbstschutz**, anderen nicht vom Verdacht oder medizinischen Befund der eigenen Unfruchtbarkeit (oder der Partnerin/des Partners), nicht von der Erwägung einer Kinderwunschbehandlung oder einer bereits vorgenommenen Behandlung zu erzählen.

Nicht nur Infertilität, sondern auch die reproduktionsmedizinische Behandlung gilt bei Betroffenen als sozial riskant, wird äußerst diskret behandelt, kaum kommuniziert und damit dauerhaft tabuisiert. Ein *Ausweg* zur Enttabuisierung wäre, das Thema in andere Bereiche zu tragen und strukturell zu implementieren, zum Beispiel über (Weiter-) Bildungsträger, Gesundheitsforen, Zeitschriften zu Gesundheit und Lifestyle, Hausärztinnen und Hausärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Androloginnen und Andrologen, Krankenkassen. Dazu gehören auch Jugendliche als Zielgruppe, die durch Schulen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und lokale Jugendeinrichtungen (Verbände) zu erreichen sind. Spannend und hilfreich sind nicht nur Erfahrungsberichte nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung, sondern auch von Personen, die trotz einer Behandlung kein Kind bekommen haben. Zentral ist bei Erfahrungsberichten und ihrer Reflexion, den Altersaspekt zu thematisieren: „Verlorene“ Jahre lassen sich nicht einholen oder nachholen.

- Diese zentralen und massiven Momente des Zweifels gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung werden bei etwa der Hälfte der Frauen und Männer ergänzt durch einzelne Aspekte, die in der Summe insgesamt Vorbehalte gegenüber jedweder Reproduktionsmedizin erzeugen oder bestärken: Risiken für die Frau durch hormonelle Stimulation der Eierstöcke (75 Prozent), Risiko der Behinderung des Kindes (64 Prozent); gesundheitliche Langzeitfolgen für die Mutter (64 Prozent); gesundheitliche Langzeitfolgen für das Kind (61 Prozent); der medizinisch-technische Vorgang – das Kind entsteht „im Labor im Reagenzglas“ (57 Prozent); das Risiko einer Mehrlingsgeburt (56 Prozent): Bei etwa 20 Prozent der Frauen und Männer sind diese Risikoängste sehr stark ausgeprägt. Für Hinweise darauf sind die meisten sehr sensibel und sie nehmen sie konfirmatorisch ihre Vorbehalte bestätigend auf.

38 In den USA gibt es in seitens einer Non-Profit-Organisation (mit Sitz in McLean, Washington DC) eine erfolgreiche Website mit Erfahrungsberichten, die zugleich Kontaktbörse für professionelle Hilfen, Austausch und Vernetzung von Betroffenen bietet: talking about Infertility von RESOLVE: The National Infertility Association, <http://www.resolve.org/support-and-services/talking-about-infertility>.

- **Moralische oder ethische Bedenken** gegenüber der Reproduktionsmedizin spielen bei knapp der Hälfte eine Rolle (48 Prozent insgesamt, 16 Prozent sehr stark) – dieser Anteil ist seit 2013 um insgesamt sechs Prozentpunkte gestiegen. Das ist ein Hinweis darauf, dass mit der zunehmenden Bekanntheit von Angeboten und wachsendem Interesse an deren Nutzung für Frauen und Männer nicht nur medizinisch-technische, kognitive und emotionale, soziale und partnerschaftliche Aspekte eine Rolle spielen, sondern diese Frauen und Männer auch eine weltanschaulich-ethische Reflexion vornehmen. Insofern ist es ratsam, Orientierung zu bieten, nicht im Sinne einer Lösung und Empfehlung einer positiv präjudizierten Entscheidung für eine Behandlung, sondern des transparenten Diskurses über Kriterien und Argumente, sodass die Frauen und Männer selbst eine von ihnen bewusste, reflektierte und verantwortete Entscheidung treffen können. Das verlangt mit Blick auf die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine profunde Kompetenz zur Orientierung in allgemeinen und hier spezifischen ethischen Fragen erwerben müssen, ohne den Betroffenen ihre persönliche Urteilsfindung aufzudrücken.
- Sorgen vor **kritischen Reaktionen aus dem eigenen sozialen Umfeld** durch Stigmatisierung oder Diskriminierung haben 43 Prozent der kinderlosen Frauen und Männer (zwölf Prozent sehr stark). Solche Sorgen sind in der Rangfolge der Befürchtungen zwar deutlich nachgeordnet, haben aber seit 2013 (damals 27 Prozent) deutlich an Relevanz gewonnen. Das spricht dafür, dass durch den fachöffentlichen und politischen Diskurs dieses Themas, durch die häufigere mediale Berichterstattung über gegensätzliche Positionen zu dem Thema die Sorge genährt wurde, sich mit einer Kinderwunschbehandlung in der sozialen Nahwelt auszusetzen, womöglich religiöse oder moralische Tabus zu brechen und daher stigmatisiert zu werden.

Zusammengefasst: Signifikant gestiegen und weiter verbreitet seit 2013 sind Zweifel und Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung hinsichtlich der Kosten (von

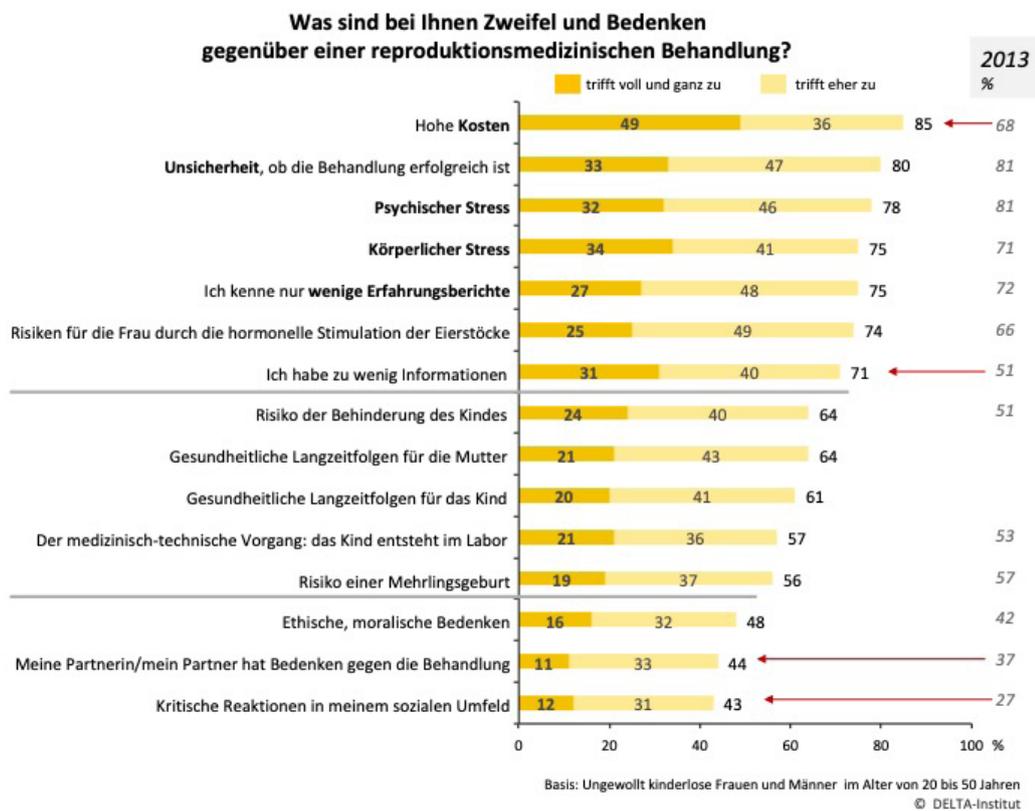
68 auf 85 Prozent), der Risiken für Frauen durch Stimulation der Eierstöcke (66 auf 74 Prozent), zu wenig Informationen (51 auf 71 Prozent), Risiko der Behinderung des Kinders (51 auf 64 Prozent), Bedenken der Partnerin/des Partners gegen die Behandlung (37 auf 44 Prozent) sowie befürchtete kritische Reaktionen im eigenen Umfeld (27 auf 43 Prozent). Die Hürden und Hemmungen zu einer Kinderwunschbehandlung sind gestiegen, aber auch der Informationsbedarf. Darin lässt sich eine paradoxe, sich verstärkende Wechselwirkung identifizieren: Je höher der Informationsbedarf, umso größer erscheinen Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind sowie äußere, soziale und finanzielle Probleme. Je mehr diese potenziellen Risiken in den Blick geraten, desto größer ist der Wunsch nach mehr konkreten Informationen, um fundierte Argumente für sich (und gegebenenfalls gegenüber dem sozialen Umfeld) zu haben, jene Hürden zu überwinden. Aber bei einigen ist auch die umgekehrte Logik am Werk: Mehr Informationen über die Risiken stabilisieren die verharrenden Tendenzen, sich noch nicht für oder auch gegen eine Kinderwunschbehandlung zu entscheiden. Hier haben die Informationen eine konfirmatorische Funktion: Sie dienen nicht der Beseitigung von Zweifel und Unsicherheit, sondern der Bestätigung vielfältiger und zu hoher Risiken einer solchen Behandlung.

Viele Aspekte im Panoptikum der Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung haben seit 2013 eine größere Verbreitung erfahren; mehr ungewollt Kinderlose äußern diese. Die Rangfolge ist weitgehend identisch geblieben (Ausnahme sind „hohe Kosten“). Insofern hat die gestiegene Verbreitung für Zweifel die Struktur der Prioritäten und Relevanzen nicht grundlegend verändert. Es gibt Grund zu der Annahme, dass die Sensibilität für verschiedene Risiken gestiegen ist. Das aber sollte nicht als individuelle psychische Disposition interpretiert werden, sondern als soziokulturelles Phänomen. Die gestiegene Aufmerksamkeit und Sorge vor Risiken sowie das Bedürfnis nach mehr Informationen sind Folgen von Unsicherheit und Entscheidungsdruck zugleich – und haben eine Steigerungslogik. **Je mehr Wissen, umso größer das Bewusstsein für Risiken; je mehr Risikobewusstsein, umso größer das Bedürfnis nach Informationen, die Sicherheit bieten.**

Die unaufhebbaaren Ambivalenzen in dieser Entscheidungssituation erhöhen bei den meisten den Orientierungsbedarf. Mehr Information sorgen nicht notwendig für Klarheit, sondern erhöhen die Unsicherheit, eröffnen den Blick für **Ambiguitäten** (etwas lässt sich nicht nur einfach, sondern mehrfach klassifizieren) und das Gefühl der **Ambivalenz** (etwas ist in der Bewertung nicht eindimensional, sondern hat positive und negative Seiten).³⁹ Aufklärung in Form von Kampagnen hat dabei eine katalysatorische Wirkung. Umso wichtiger ist es, dass ungewollt kinderlose Frauen und Männer in einer Entscheidungssituation mit den Informationen nicht allein bleiben müssen, sondern Anlaufstellen haben, die sie unterstützen, die verschiedenen Informationen zu sortieren, zu hierarchisieren und vor dem Hintergrund eigener Präferenzen zu bewerten. Da die Ambiguitäten und Ambivalenzen nicht ausräumbar sind, geht es nicht darum, blinde Flecken zu produzieren und Eindeutigkeit herzustellen, sondern die Fähigkeit zu stärken, mit den Ambivalenzen umzugehen. **Das ist etwas, was eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung zu leisten vermag und**

wozu sie die notwendigen Kompetenzen selbst professionalisieren muss.

Jede und jeder Einzelne beziehungsweise jedes Paar muss sich entscheiden. Was sukzessive verloren geht, sind nicht nur Klarheit und Sicherheit einer Entscheidung, sondern auch der einfache Entscheidungsprozess. Man muss sich nicht nur für oder gegen eine Kinderwunschbehandlung entscheiden, sondern dazu selbst die Informationsquellen aussuchen und bewerten, eine Klinik beziehungsweise eine Ärztin oder einen Arzt aussuchen. Man kann sich beraten lassen von Freundinnen und Freunden oder Expertinnen und Experten (Hausärztin/Hausarzt, Gynäkologin/Gynäkologe), aber auch das ist eine Wahlentscheidung. Und im Weiteren entscheidet nicht die Ärztin/der Arzt über die konkrete Behandlungsmethode, sondern man selbst, auch über die Dauer und Häufigkeit der Versuche. Diese **Individualisierung** erhöht sukzessive den Druck, denn die Risiken mit ihren Neben- und Spätfolgen sind nicht versicherbar und nicht externalisierbar.



39 Vergleiche Bauman, Zygmunt (1995): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit, Frankfurt am Main

Zur Identifikation tief verwurzelter Bedenken gegenüber der Kinderwunschbehandlung konzentriert sich die weitere Analyse auf die äußerste Einstellungsposition mit der Antwortkategorie „trifft voll und ganz zu“.⁴⁰ Bei Frauen sind die Zweifel, Sorgen und Vorbehalte sehr viel stärker und häufiger als bei Männern mit unerfülltem Kinderwunsch.

Frauen sind deutlich häufiger und stärker als Männer geplagt von der Erwartung hoher Kosten und der Unsicherheit, ob dann auch tatsächlich ein Kind gezeugt wird angesichts ihrer psychischen und körperlichen Belastungen. Größer als bei Männern ist bei Frauen auch Sorge vor Risiken durch die Stimulation der Eierstöcke sowie die Angst vor einer Mehrlingsgeburt, denn diese steigert für die Frau die körperliche Belastung bei der Geburt sowie die späteren zeitlichen, psychischen und auch physischen Belastungen bei der Versorgung der Kinder. Vor allem aber bedeutet es für die Frau, vermutlich viele Jahre lang nicht erwerbstätig sein zu können und automatisch zur traditionellen Rollenteilung „verurteilt“ zu sein

und damit in existenzieller Abhängigkeit vom Einkommen des Partners (auch für die Alterssicherung).

Im Unterschied zur Untersuchung 2013, als noch deutlich mehr Männer als Frauen beklagten, dass es nur wenige Erfahrungsberichte gäbe (über die Belastungen von Frauen, aber auch darüber, was dieses für Männer bedeute), sehen heute gleich viele Frauen und Männer Informationsdefizite und wünschen sich mehr Erfahrungsberichte. Für ein Drittel (34 Prozent) sind zu wenig Erfahrungsberichte ein Hemmschuh gegenüber einer Kinderwunschbehandlung. Die Vorbehalte bei Frauen und Männern gegenüber einer Kinderwunschbehandlung beruhen in der Regel gerade nicht auf fundierten sachlichen Informationen, sondern im Gegenteil im Mangel an solchen. Dieser nährt **Ängste und Risikospekulationen, die durch selektive Informationsbruchstücke und Gerüchte** bestehende Vorbehalte bestätigen und bestärken. Emotionale Vorbehalte wirken hartnäckig und sind meist schwerer zu überwinden als rationale Argumente.

40 Gemessen wurde die Einstellung auf einer vierstufigen Skala mit den Kategorien „trifft voll und ganz zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“. Die Prozentwerte für die Zustimmung „voll und ganz“ sind somit geringer als die allgemeine Zustimmung, die sich aus der Summe der beiden ersten Antwortkategorien ergibt. Insofern dürfen die Prozentzahlen der Zustimmung „voll und ganz“ nicht so interpretiert werden, dass die Differenz zu 100 Prozent die Ablehnung bedeutet. Die Zustimmung „trifft eher zu“ ist bei vielen Aussagen sehr groß; die Prozentwerte der allgemeinen Zustimmung liegen etwa auf dem Niveau, den die vorherige Grafik mit der Unterscheidung der beiden Zustimmungskategorien ausweist.

**Zweifel und Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung
- trifft voll und ganz zu -**



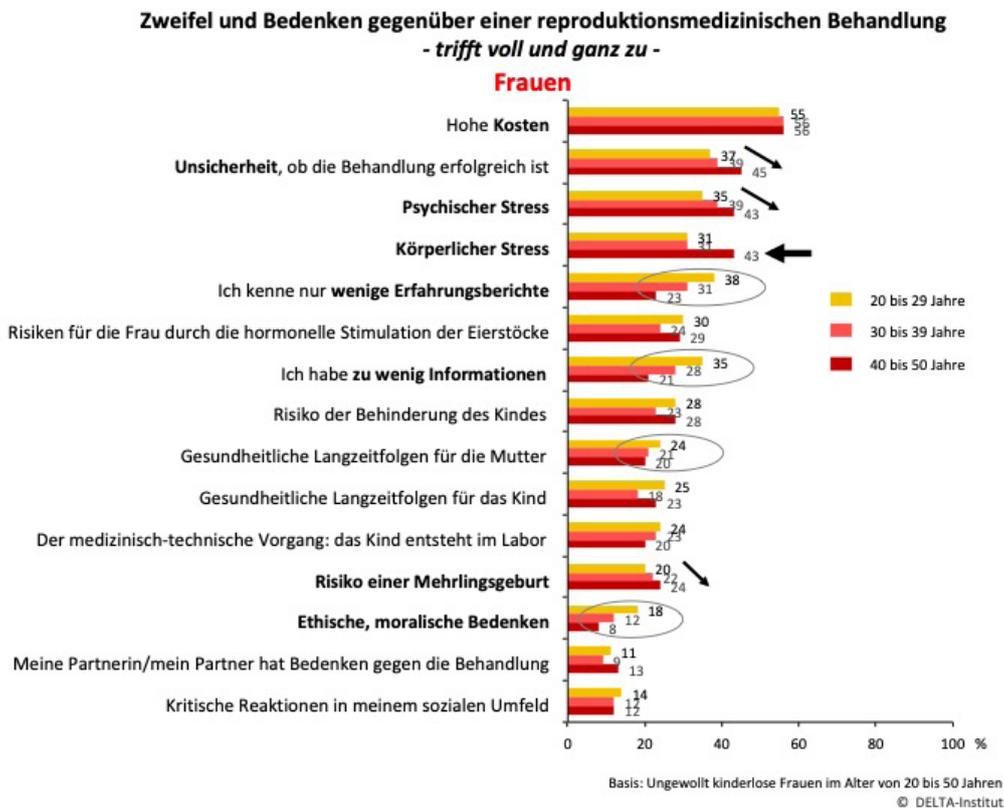
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

In allen Altersgruppen bestehen die beschriebenen Zweifel und Vorbehalte gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme. Es gibt aber Aspekte, die von jüngeren Frauen anders wahrgenommen und bewertet werden als von älteren Frauen:

- **Frauen unter 30 Jahren** haben gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung stärkere Vorbehalte, weil sie kaum oder keine Erfahrungsberichte kennen, eine Behinderung des Kindes befürchten, die Vorstellung der „Zeugung im Labor“ sie abschreckt und sie insgesamt zu wenig Informationen haben, die sie aber auch nicht aktiv einholen, weil sie in diesem Alter eine reproduktionsmedizinische

Behandlung für noch nicht notwendig halten. Und sie haben tendenziell eher Sorgen vor den gesundheitlichen Langzeitfolgen für die Mutter. Hingegen sind die Sorgen vor einer zu hohen körperlichen und emotionalen Belastung sowie über den Erfolg der Behandlung geringer als bei älteren Frauen.

- **Frauen über 40 Jahren** betonen stärker ihre Sorge vor dem psychischen Stress, der Unsicherheit, ob trotz der Inkaufnahme von psychischer Belastung und den hohen Kosten am Ende tatsächlich ein Kind entsteht. Deutlich stärker als jüngere Frauen im Alter unter 40 Jahren betonen diese Frauen ihre Sorgen vor körperlichen Stress.



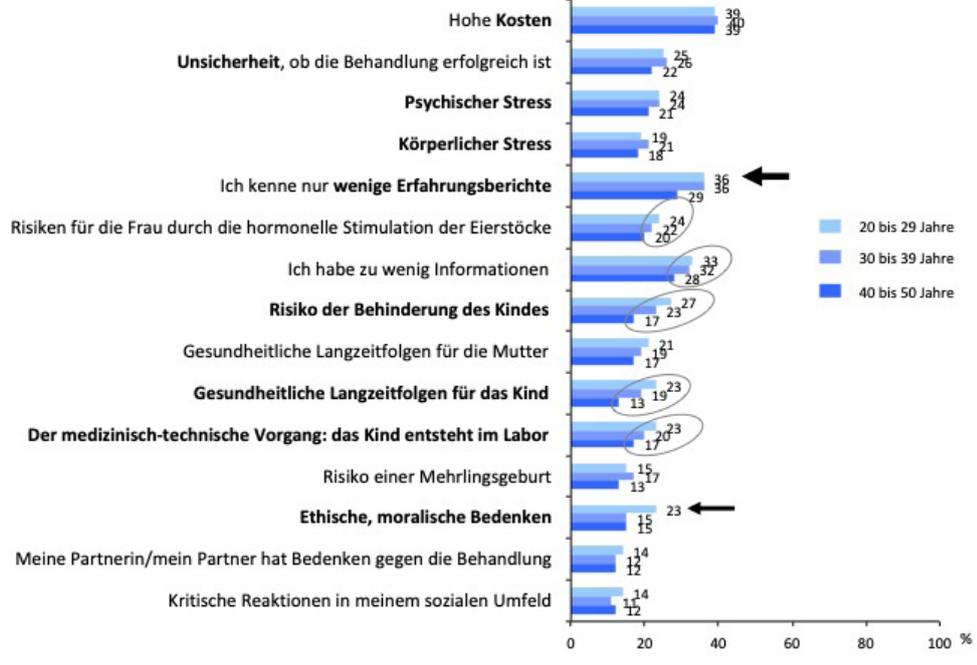
Vor allem jüngere Männer betonen, ähnlich den jüngeren Frauen, dass sie zu wenig Informationen über die Möglichkeiten und Verfahren einer Kinderwunschbehandlung haben und es kaum Erfahrungsberichte gibt. Sie wünschen sich für ihre Orientierung und Entscheidungsfindung nicht nur die eine fachliche Auskunft und Expertise, sondern die Perspektive der Betroffenen, die solch eine Behandlung (mit oder ohne Erfolg) vornehmen lassen haben.

Männer unter 30 Jahren sehen mit Blick auf eine Kinderwunschbehandlung im Unterschied zu älteren Männern vor allem das Risiko einer Behinderung des Kindes sowie gesundheitliche Langzeitfolgen für das Kind. Ebenso erzeugt bei jüngeren Männern die Vorstellung des medizinisch-technischen Ablaufs mit dem Bild „das Kind entsteht im Labor“ eher Bedenken gegenüber einer solchen Behandlung als bei **Männern im Alter über 40 Jahren**, bei denen viele der Bedenken

jüngerer Männer relativiert werden, an Kraft und Entscheidungsrelevanz verlieren. Angesichts ihres fortgeschrittenen Lebensalters (beziehungsweise des Alters ihrer Partnerin) mit der Frage, ob sie überhaupt noch ein Kind bekommen können, werden eine Reihe von Zweifeln beiseitegeschoben. Der Kinderwunsch gewinnt an Dominanz. Das gilt auch für ethisch-moralische Bedenken, die bei Männern unter 30 Jahren bezüglich einer möglichen Kinderwunschbehandlung deutlich häufiger vorhanden und entscheidungsrelevant sind als bei älteren. Das darf allerdings keineswegs interpretiert werden als eine bei Jüngeren höhere und sensiblere ethische Reflexion. Vielfach dienen ethische oder moralische Argumente auch als Schutzschild und Abwehr gegenüber einer Kinderwunschbehandlung, um die eigentlichen Vorbehalte nicht moralischer Provenienz zu verdecken beziehungsweise von ihnen abzulenken. Das zeigt sich in gleicher Struktur auch bei Frauen.

**Zweifel und Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung
- trifft voll und ganz zu -**

Männer



Basis: Ungewollt kinderlose Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

11

Nicht medizinische Lösungen und professionelle Unterstützungen

11.1 Bekanntheit

Von den nicht medizinischen Möglichkeiten zur Realisierung des Kinderwunsches kennt die Mehrheit zumindest namentlich die Inlandsadoption (79 Prozent), Auslandsadoption (78 Prozent) und Pflegeelternschaft (71 Prozent). Obwohl ungewollt Kinderlose in ihrer Sehnsucht nach einem Kind mit Stress kämpfen, ihren eigenen Druck sowie den Druck der Partnerin/des Partners aushalten und bewältigen müssen, die berufsbedingten und persönlichen Schwierigkeiten der Organisation des Geschlechtsverkehrs (Abpassen des Eisprungs) als stresssteigernd erleben und als die Hauptursache für die nicht gelingende Schwangerschaft sehen, nimmt weniger als die Hälfte Möglichkeiten der externen Unterstützung überhaupt wahr und weniger als fünf Prozent in Anspruch. Von Psychotherapie bei bisher unerfülltem Kinderwunsch überhaupt schon gehört haben 45 Prozent, von einer behandlungsunabhängigen nicht ärztlichen psychosozialen Beratung nur 25 Prozent.

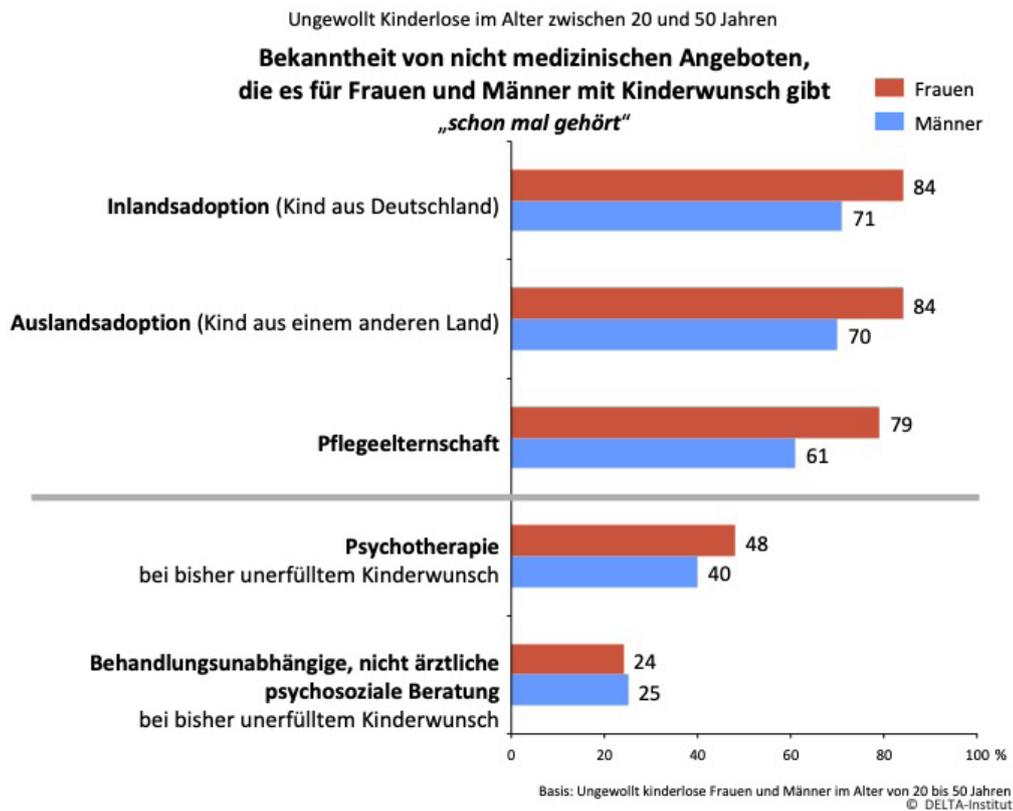
Anmerkung: Damit der Begriff „Behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung“ von allen Befragten richtig, präzise und gleich verstanden wird, wurde zu Beginn des Interviews folgender Hinweis gegeben:

„Eine ärztliche Betreuung umfasst die medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Therapie.“

Unabhängig von dieser ärztlichen Beratung und Behandlung gibt es eine professionelle psychosoziale Beratung durch eine Dritte oder einen Dritten, die nicht Teil der medizinischen Behandlung ist.

Ziel dieser psychosozialen Kinderwunschberatung ist die Bewältigung der Lebenssituation des unerfüllten Kinderwunsches, unabhängig von der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung. Dabei kann es um viele Aspekte gehen, zum Beispiel um die Beziehung und Kommunikation des Paares, Entscheidungshilfe für oder gegen eine Kinderwunschbehandlung, emotionale Belastungsfaktoren, die mit der medizinischen Kinderwunschbehandlung oder der ungewollten einhergehen, unterschiedliche Bewältigungsmechanismen von Frauen und Männern in dieser Situation.

Wenn im Folgenden von „behandlungsunabhängiger (nicht ärztlicher) psychosozialer Beratung“ die Rede ist, dann ist diese gemeint.“

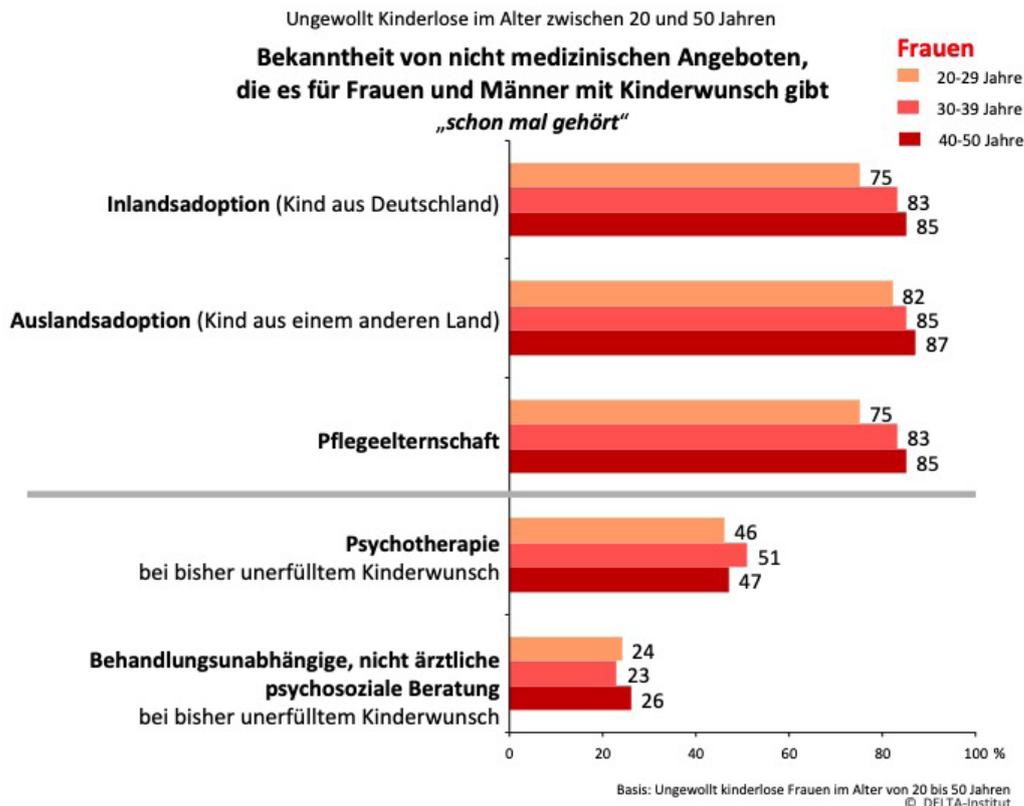


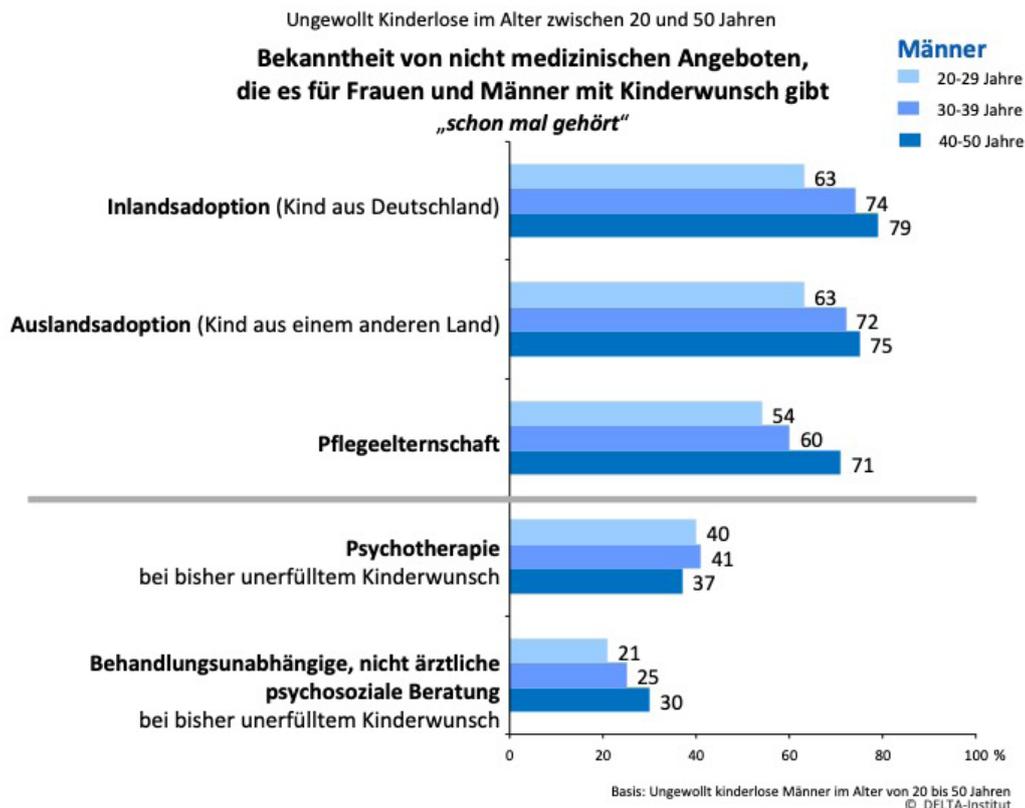
Wie im Bereich der medizinischen Kinderwunschbehandlungen sind auch nicht medizinische Möglichkeiten der Unterstützung Frauen häufiger bekannt als Männern. Das gilt für die Adoption, für die zeitlich befristete Pflegeelternschaft und auch die Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch (48 Prozent der Frauen, 40 Prozent der Männer haben von Psychotherapie in diesem Anwendungsbereich schon gehört). Einzig die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung ist gleich vielen Männern und Frauen dem Namen nach bekannt (circa ein Viertel).

Mit zunehmendem Alter beziehungsweise fortgeschrittener Lebensphase nimmt der Anteil bei Frauen, die Angebote aus diesem nicht medizinischen Bereich kennen, nur geringfügig zu. Ganz anders bei Männern: Hier steigen mit dem Lebensalter die Anteile derer, die von Inlandsadoption, Auslandsadoption, Pflegeelternschaft oder der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung schon gehört haben, von Altersstufe zu Altersstufe signifikant.

Ein Grund für die bei Frauen und Männern unterschiedliche Informationskarrieren liegt darin, dass Männer sich bei diesem Thema tendenziell erst dann aktiv informieren, wenn das Problem unmittelbar ansteht und sie (beziehungs-

weise ihre Partnerin) eine konkrete Lösung suchen. Während Frauen sich häufiger frühzeitig, grundsätzlich und auch unabhängig von akut geplanten Vorhaben informieren, werden Männer aktiv und in der Wahrnehmung offen, wenn es eine konkrete Entscheidung vorzubereiten gilt. Das hängt in den meisten Partnerschaften mit einer Rollenteilung zusammen und es verstärkt auf beiden Seiten die Auffassung, dass die Sondierungen über Möglichkeiten einer externen Unterstützung primär in der Zuständigkeit der Frau liegen. Das gründet bei Männern sehr häufig in der Einstellung, dass die Frau von medizinischen Eingriffen stärker als ein Mann betroffen ist, dass Frauen stärker als Männer unter der ungewollten Kinderlosigkeit leiden, dass es ihre Rolle als Mann ist, hier nicht nur Sensibilität für ihre Partnerin zu zeigen, sondern auch Stärke, um ihr eine Stütze zu sein. Analog informieren Frauen für sich hier viel früher als Männer, weil sie direkter von einer Behandlung nicht nur körperlich, sondern auch psychisch betroffen sind, und reklamieren aufgrund dieser Betroffenheit und aufgrund ihres umfangreicheren Wissens auch ein entscheidendes Urteilsvermögen, ob und welche nicht medizinische Alternativen zur Lösung und welche psychosozialen Unterstützungen sie in Anspruch nehmen.





11.2 Frühere Nutzung

Nur sehr wenige ungewollt kinderlose Frauen haben früher schon mal eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung in Anspruch genommen oder eine Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch gemacht. Die Anteile liegen unter fünf Prozent bei Frauen im Alter unter 40 Jahren. Erst im Alter darüber steigt die Nutzung dieser Angebote geringfügig auf sieben Prozent (Psychotherapie) beziehungsweise fünf Prozent (behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung).⁴¹

Dabei zeigen die Werte der Repräsentativbefragung für Männer dieselben Anteilswerte und Strukturen. Dieser Befund verwundert und im Rahmen dieser Untersuchung wurden daraufhin gezielt auf diese Antworten qualitative Interviews

mit Männern durchgeführt. Das Ergebnis ist: Männer selbst nehmen diese professionellen Unterstützungen in der Regel nicht selbst in Anspruch. Nur sehr wenige Männer gehen in eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung. Und wenn sie eine solche aufsuchen, dann in der Regel gemeinsam mit ihrer Partnerin, weil diese den Prozess als Partnerprojekt begreift. Wenn Männer in eine Befragung angeben „früher schon genutzt“, dann meinen sie die Beratung, die ihre Partnerin allein in Anspruch genommen hat (aber nicht sie selbst) oder die sie gemeinsam mit ihrer Partnerin aufgesucht haben. Nur sehr vereinzelt haben Männer eine Beratung allein in Anspruch genommen. Weil Männer in ihrem Antwortverhalten mehrheitlich eine „Stellvertreterposition“ (für sie als Paar) einnehmen, werden im Folgenden zur Vermeidung dieser Unschärfe die Antworten der Frauen dargestellt.

⁴¹ Die Anteile beziehen sich auf die Gesamtheit der aktuell Kinderlosen, unabhängig davon, ob sie von der jeweiligen Unterstützung schon mal gehört haben oder nicht.

Kinderlose Frauen mit aktuellem Kinderwunsch				
Frühere Nutzung	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 50-Jährige	Gesamt
Behandlungsunabhängige, nicht ärztliche psychosoziale Beratung	2 %	2 %	5 %	3 %
Psychotherapie bei bisher unerfülltem Kinderwunsch	3 %	4 %	7 %	4 %
Pflegeelternschaft	1 %	1 %	2 %	1 %
Inlandsadoption (Kind aus Deutschland)	1 %	1 %	3 %	1 %
Auslandsadoption (Kind aus einem anderen Land)	1 %	2 %	1 %	1 %

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen

Ein sehr geringer Teil hat früher schon einmal eine Pflegeelternschaft übernommen oder eine Adoption. Die Anteile bewegen sich zwischen 0,5 und 1,6 Prozent. In der Nettosumme haben

drei Prozent der 20- bis 39-Jährigen früher schon eine solche übernommen – und dennoch wollen sie ein (biologisch) eigenes Kind.

11.3 Aktuelle Nutzung

Der Anteil jener, die aktuell eine Psychotherapie oder eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung nutzen, ist deutlich höher als eine frühere (abgeschlossene) Unterstützung. Dennoch liegen auch heute noch die Anteile ungewollt kinderloser Frauen unter zehn Prozent. Über 90 Prozent dieser Frauen nehmen aktuell eine solche Unterstützung nicht in Anspruch: die Mehrheit,

weil sie davon keine Kenntnis hat; viele, weil sie keine Anlaufstellen/Beratungsstellen in ihrem Umfeld kennen und weil Unsicherheiten bestehen, ob die Kosten von ihrer Krankenkasse übernommen werden. Hier bestehen auch Hemmungen, sich bei ihrer Krankenkasse dazu überhaupt zu informieren und sich damit zu outen.

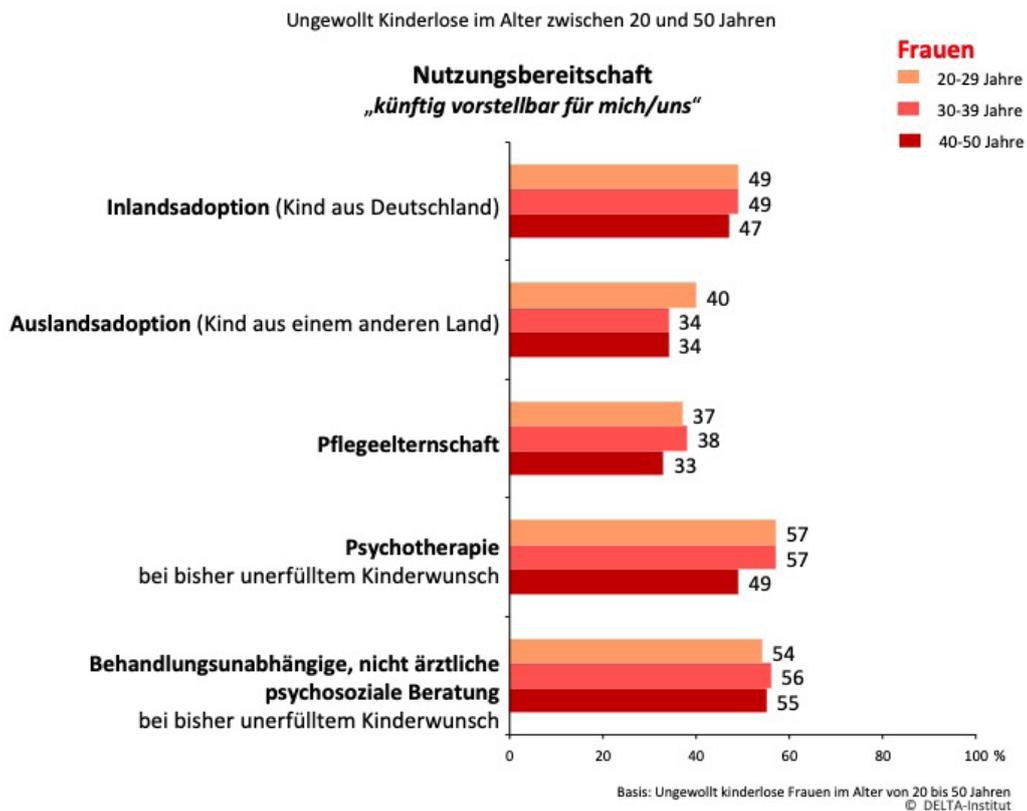
Kinderlose Frauen mit aktuellem Kinderwunsch				
Aktuelle Nutzung (ob das Angebot bei ungewollter Kinderlosigkeit bekannt ist oder nicht)	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 50-Jährige	Gesamt
Behandlungsunabhängige, nicht ärztliche psychosoziale Beratung	4 %	3 %	5 %	4 %
Psychotherapie bei bisher unerfülltem Kinderwunsch	7 %	8 %	8 %	8 %

11.4 Künftige Nutzungsbereitschaft

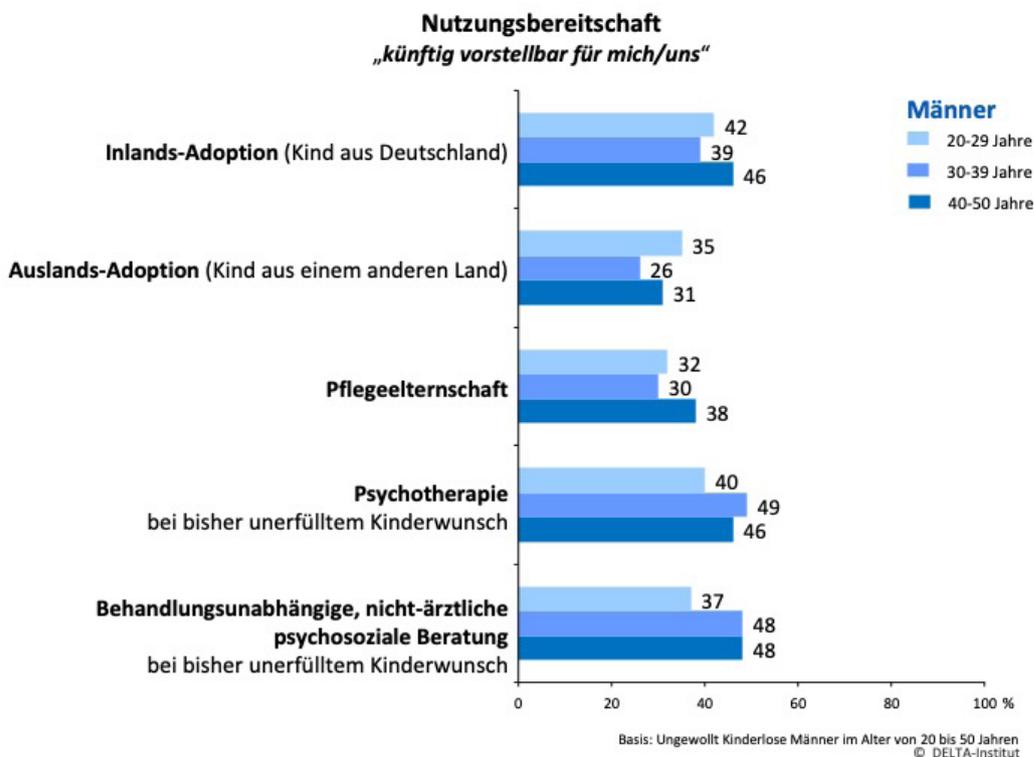
Bei Frauen sind Sympathie und Nutzungsbereitschaft für Alternative Medizin, Inlands- oder Auslandsadoption, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung deutlich stärker als bei Männern. Die Bereitschaft, künftig eine dieser Möglichkeiten für sich in Erwägung zu ziehen, übersteigt die aktuelle und frühere Nutzung um ein Vielfaches.

Am größten ist die Kluft zwischen bisheriger Nutzung in künftiger Nutzungsoption hinsichtlich der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung. Die Repräsentativen und qualitati-

ven Interviews zeigen, dass die meisten ungewollt Kinderlosen hier ein Bedürfnis haben, aber dieses spezifische Angebot und konkrete Anlaufstellen vor Ort nicht kennen oder dass sie starke Hemmungen haben, auf Einrichtungen dieser Angebote zuzugehen (hohe Schwellen). Am stärksten signalisieren Frauen in allen Altersgruppen mehrheitlich die Bereitschaft (54 bis 56 Prozent), diese Angebote künftig zu nutzen (wenn diese vor Ort leicht erreichbar sind), aber auch fast die Hälfte der Männer im Alter über 30 Jahren (48 Prozent).



Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren



Fazit: Die einzelnen Unterstützungsangebote aus den Bereichen Kinderwunschbehandlung, Psychotherapie und eine behandlungsunabhängige psychosoziale Hilfe sind kinderlosen Frauen und Männern in sehr unterschiedlichem Maße bekannt. Mehr als die Hälfte der Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch hat von vielen Unterstützungsmöglichkeiten noch nie gehört. Auch mit zunehmendem Alter und damit einem schmäler werdenden Zeitfenster für ein eigenes Kind steigt die Bekanntheit der Möglichkeiten nur geringfügig. Lebensphase und steigendes Alter mobilisieren nicht die Mehrheit zur Informationsrecherche, sondern nur ein kleines Segment. Bestehende Informationskampagnen (oder bescheidener: produziertes Informationsmaterial) werden offenbar *nicht zielgruppenorientiert* und offenbar *selten altersgerecht* aufbereitet. Sofern solche adressatenadäquaten Informationen die Betroffenen erreichen, fühlen diese sich – aufgrund der semantischen und stilistischen Art der Kommunikation sowie der genutzten medialen Kanäle – sehr häufig nicht angesprochen. Nur bei einem Bruchteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer bleiben viele der für ihr existenzielles Lebensthema relevanten Lösungsmöglichkeiten haften.

Eine weitere Ursache dieses sehr selektiven Informationserfolge ist, dass in Informationsportalen, -flyern und -broschüren meist nur ein ausgewähltes, schmales Set an Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten erwähnt wird; oft mit medizinischen Fachtermini, die kurz erläutert werden. Das mag der rationalen Erwägung entsprechen, dass so die Komplexität reduziert wird, nicht schon in der ersten Anmutung Unübersichtlichkeit erzeugt und somit eine abschreckende Wirkung provoziert wird. Eine reduzierte Darstellung der „wichtigsten“ Unterstützungsmöglichkeiten aber enthält das nachweislich sich entfaltende Risiko einer äußerst schmalen, auch stereotypen Wahrnehmung, dass bestimmte Maßnahmen performativ eine Priorität erhalten (auch wenn eine explizite Empfehlung erst nach einer ärztlichen Diagnose und Beratung erfolgt). Dazu kommt, dass eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung oder Psychotherapie auf den meisten Websites gar nicht oder sehr weit unten, nicht auf der Startseite, sondern auf der zweiten oder dritten Ebene platziert ist. Das ist nicht nur eine Frage der attraktiven, nicht allzu textlastigen Websiteorganisation zur Reduktion der Informationsflut, sondern eine Botschaft, weil Möglichkeiten und Empfehlungen zu einer

behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung gleichsam nur am Rande, demonstrativ nachgeordnet kurz miterwähnt werden.

Es besteht ein erheblicher Ausbaubedarf der Bekanntheit des *gesamten* Portfolios von Möglichkeiten nicht nur der medizinischen Kinderwunschbehandlungen, sondern in gleicher Weise auch der nicht medizinischen professionellen Unterstützungsangebote, insbesondere der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung.

11.5 Einstellungen zur behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung

Die Ansprüche und Erwartungen an eine behandlungsunabhängige (nicht ärztliche) psychosoziale Beratung sind kinderlosen Frauen und Männern nicht gleichgültig, sondern haben ein Profil. Auch jene, die bisher die Möglichkeit nicht kannten oder das Angebot noch nicht nutzten, haben das gleiche Erwartungsmuster wie jene, die solche Beratung bereits in Anspruch genommen haben.

- An oberster Stelle steht die Forderung nach einer **fachspezifischen professionellen Qualifikation**: Für 82 Prozent ist diese „wichtig“, für 39 Prozent sogar „sehr wichtig“.
- 75 Prozent haben den Wunsch, dass die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung **in enger Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt beziehungsweise mit dem Zentrum für Kinderwunschbehandlung** erfolgen sollte – ein Viertel der ungewollt Kinderlosen legt darauf sehr großen Wert. Ebenso viele fänden gut, wenn das Zentrum

für Reproduktionsmedizin selbst eine psychosoziale Beratung anböte (mit entsprechend qualifiziertem Fachpersonal) – alles in einem Haus mit kurzen Wegen für die Klientinnen und Klienten, aber auch mit inhaltlichem Austausch der medizinischen und nicht-medizinischen Expertinnen und Experten, wenn die Klientinnen und Klienten dem explizit zustimmen.

- In der Wahrnehmung der Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch ist die psychosoziale Beratung bisher sehr stark auf Frauen ausgerichtet. Diese wahrgenommene, real bestehende oder projizierte Vereinseitigung und Fokussierung der psychosozialen Beratung auf Frauen wird sowohl von Frauen als auch von Männern kritisiert. Groß ist die Forderung an psychosoziale Beratungsstellen, **spezifische Angebote auch für Männer** zu entwickeln. Während diese Forderung 2013 noch von deutlich mehr Frauen als von Männern erhoben wurde, hat sich das inzwischen verändert: 71 Prozent der Frauen fordern dies mit Blick auf ihren Partner; und auch 68 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer sehen für sich einen Bedarf und wünschen sich *inhaltliche Angebote* und *Formen*, die nicht nur (mehr oder weniger gelungene) Übertragungen von bestehenden Angeboten für Frauen sind, sondern grundsätzlich neu ansetzen und die für Männer spezifischen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse ganzheitlich in den Blick nehmen. Damit deutet sich die Möglichkeit zur Lösung des Paradoxons an: Bisher wurde festgestellt, dass Männer zur psychosozialen Beratung mehrheitlich auf Distanz gehen, weil diese Bezeichnung allein schon für sie Schwäche signalisiert; gleichzeitig wünschen sie sich, dass behandlungsunabhängige psychosoziale Beratungen gezielt an Männer adressiert sein sollten. Im Kern ist das die Forderung nach Gender Mainstreaming⁴².

42 Gender Mainstreaming ist der Fachbegriff für die gesellschaftspolitische und organisatorische Maxime, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt; vergleiche Meuser, Michael/Neusüß, Claudia (Hg.): Gender Mainstreaming: Konzepte – Handlungsfelder – Instrumente, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2004; im Weiteren auch: Stiegler, Barbara: Gender Mainstreaming: Fortschritt oder Rückschritt in der Geschlechterpolitik?, in: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie, Wiesbaden 2010, S. 933–938; Burbach, Christiane/Doge, Peter (Hg.): Gender Mainstreaming: Lernprozesse in wissenschaftlichen, kirchlichen und politischen Organisationen, Göttingen 2006.

- Auch wenn nur eine kleine Minderheit der Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch in einer homosexuellen Partnerschaft leben (4,4 Prozent),⁴³ so sprechen sich doch 64 Prozent (68 Prozent der Frauen, 59 Prozent der Männer) dafür aus, dass psychosoziale Beratungsstellen **spezielle Angebote für lesbische beziehungsweise homosexuelle Paare** entwickeln sollten. Das ist ein deutliches Mehrheitsvotum ungeachtet der eigenen Betroffenheit.

Über **eigene Hemmungen** zu sprechen, fällt in einer Befragungssituation gegenüber einer fremden Interviewerin oder einem Interviewer nicht leicht. Ein bemerkenswert großer Anteil von 52 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen sagt in dieser Befragung, dass er bisher Hemmungen gehabt hätte, anlässlich der Kinderlosigkeit zu einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratungsstelle zu gehen. Auch in den weiteren Analysen zeigt sich, dass Männer deutlich größere Vorbehalte und Widerstände gegenüber einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung haben:

- 48 Prozent der Männer sagen, dass sie keine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung wollten (39 Prozent der Frauen). Das greift das zuvor genannte Argument auf, dass Männer solche Beratung für sinnvoll halten, wenn sie sich – anders als sie es bisher wahrnehmen – auch umstellt auf Bedarfe für Männer.
- 50 Prozent der Männer können sich nicht vorstellen, dass eine solche Beratung für sie selbst von Nutzen wäre (38 Prozent der Frauen). An das zuvor Beschriebene anschließend heißt das, dass eine an Männer adressierte behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung den spezifischen Nutzen für Männer explizit machen müsste.

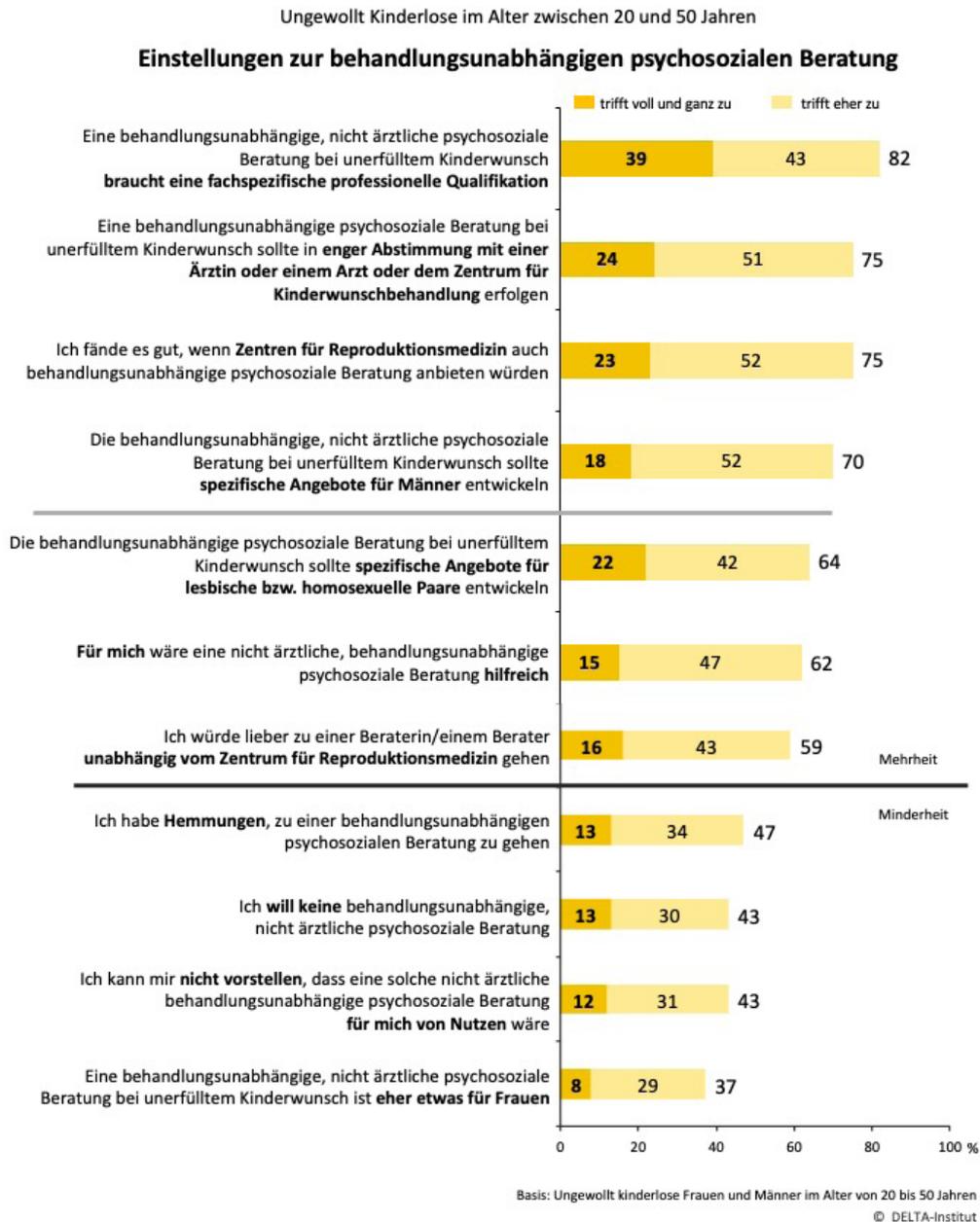
Es gibt zwar auch bei gut einem Drittel der Frauen Hemmungen und Widerstände gegen eine solche Unterstützung, aber deutlich häufiger bei Männern. Insofern sind auch in einer Partnerschaft primär die Frauen die treibenden und motivierenden Kräfte für eine solche Beratung, die ihren unwilligen Partner überreden, drängen und mühsam überzeugen müssen, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen. Betrachtet man nicht tendenzielle Hemmungen, sondern nur die stark ausgeprägten, dann zeigt sich bei Frauen und Männern Folgendes:

- Bei elf Prozent der **Frauen** sind Hemmungen gegenüber der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung sehr stark ausgeprägt. Mit Blick auf das Alter zeigen sich diese Hemmungen eher bei jüngeren Frauen unter 25 Jahren (15 Prozent) und Frauen über 40 Jahren (16 Prozent), signifikant weniger bei Frauen zwischen 25 und 40 Jahren (zehn Prozent). Je höher die berufliche Bildungsqualifikation ist, umso geringer sind Hemmungen gegenüber einer psychosozialen Beratung: Lehre im dualen System 15 Prozent, Fachschulabschluss oder Fachhochschulabschluss 13 Prozent, Hochschulabschluss acht Prozent und Promotion vier Prozent mit sehr starken Hemmungen gegenüber einer psychosozialen Beratung.
- Bei 14 Prozent der ungewollt kinderlosen **Männer** bestehen sehr starke Hemmungen gegenüber einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung nahezu in einem umgekehrten Zusammenhang: Bei gering Qualifizierten sind die Hemmungen relativ hoch, bei jenen mit mittlerer Bildungsqualifikation deutlich geringer und bei jenen mit (sehr) hoher Qualifikation überdurchschnittlich hoch: Lehre im dualen System 16 Prozent, Fachschulabschluss neun Prozent, Fachhochschulabschluss zwölf Prozent, Hochschulabschluss 14 Prozent und Promotion 16 Prozent. In den Altersgruppen haben vor allem jüngere Männer unter 25 Jahren große Hemmungen (18 Pro-

43 Von allen ungewollt Kinderlosen leben 69 Prozent in fester Partnerschaft (unverheiratet, verheiratet im gemeinsamen Haushalt oder in eingetragener Lebenspartnerschaft). Von allen ungewollt Kinderlosen in fester Partnerschaft leben 95,6 Prozent in einer heterosexuellen Beziehung. Von allen ungewollt kinderlosen Frauen in fester Partnerschaft leben 3,9 mit einer Frau zusammen (lesbisch), von allen ungewollt kinderlosen Männern in fester Partnerschaft sind 5,3 Prozent mit einem Mann zusammen (schwul).

zent). Von diesem voreingestellten Modus weichen vor allem Männer aus dem Milieu „Postmaterielle“ ab sowie jene mit einer Partnerin, die eine hohe Affinität zur psychoso-

zialen Beratung hat und diese nutzt. Hier sind Frauen für die Männer Motivatoren und „Schiebende“ in Richtung Paarberatung.



Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

Einstellungen zur behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Welchen **rechtlich verpflichtenden Stellenwert** sollte die **behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung** haben? Soll sie freiwillig oder verpflichtend sein? Dazu wurden in der Untersuchung drei sich ausschließende Alternativen zur Wahl gestellt. Aus Sicht der Kinderlosen selbst gibt es keine klare Präferenz mit absoluter Mehrheit. 49 Prozent sprechen sich dafür aus, dass die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung grundsätzlich nicht verpflichtend, sondern als freiwilliges Angebot bereitgestellt werden sollte. Mit der Hypothese, dass Menschen in der Regel nicht und nur bei spezifisch drängenden Sachverhalten mit hohem Risikopotenzial dazu tendieren, sich selbst rechtlich bindende Verpflichtungen aufzuerlegen und zur Bewahrung eigener Freiheitsgrade für Freiwilligkeit plädieren, ist dieser empirische Befund bemerkenswert: Etwa die Hälfte der ungewollt Kinderlosen spricht sich nicht explizit für unbedingte Freiwilligkeit aus. 21 Prozent fordern, dass eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung vor jeder reproduktionsmedizinischen Behandlung verpflichtend sein sollte; weitere 16 Prozent, wenn eine Samen- beziehungsweise Embryonenspende involviert ist. Damit fordern insgesamt 37 Prozent eine unbedingte oder bedingte Verpflichtung zur behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung vor einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (36 Prozent der Frauen; 39 Prozent der Männer). Dieser relative Anteil liegt unter dem Anteil jener, die sich für ein

freiwilliges Angebot aussprechen (50 Prozent der Frauen; 47 Prozent der Frauen). Gleichwohl kann dieser Befund als Indikator dafür interpretiert werden, dass bisherige, aktuelle oder künftige Nutzerinnen und Nutzer einer Behandlung zu einem erheblichen Teil die Nützlichkeit und auch Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung annehmen.⁴⁴

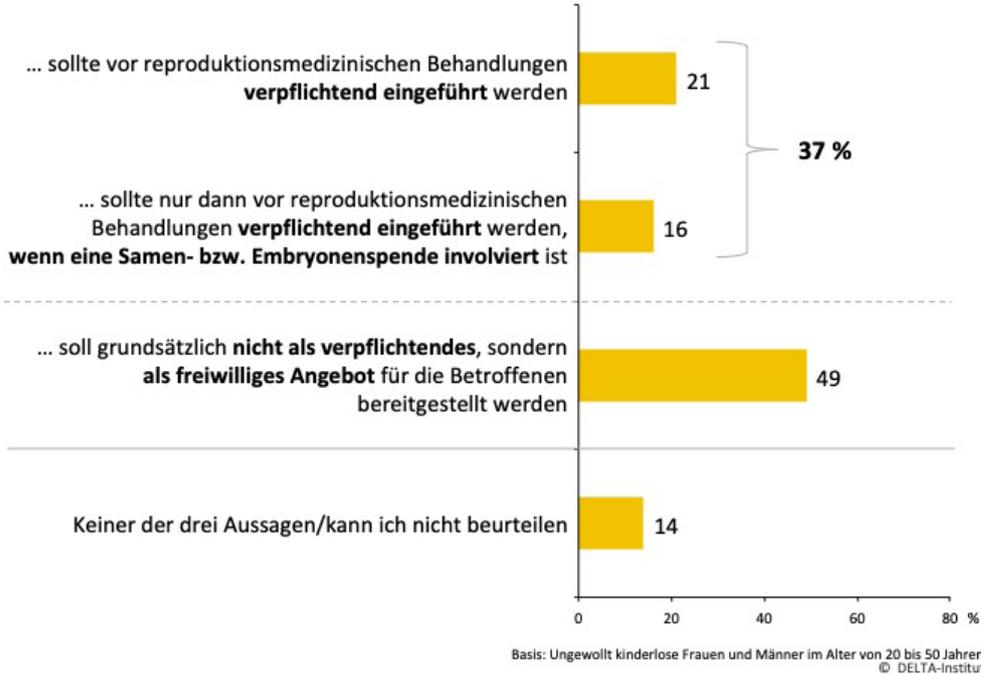
Diese Sicht auf die Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung ist bei jenen besonders ausgeprägt, die selbst schon (erfolglos) eine Kinderwunschbehandlung vornehmen lassen haben und diesen Prozess erfahren haben. In dieser Gruppe sprechen sich insgesamt 44 Prozent für einen rechtlich verpflichtenden Charakter der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung aus. Auch ist der Anteil jener, die meinen, das nicht beurteilen zu können, geringer als bei jenen ohne bisherige Kinderwunschbehandlung.

Bemerkenswert ist, dass die größte Unterstützung für eine Verpflichtung der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung von Männern kommt, und zwar von jenen, die selbst beziehungsweise deren Partnerin schon einmal oder mehrmals reproduktionsmedizinische Maßnahmen genutzt haben: 51 Prozent dieser Männer fordern die rechtliche Vorschrift einer solchen Beratung, weil sie an ihrer Partnerin erfahren haben, wie belastend diese Lebensphase vor, während und nach einer Behandlung ist.

44 Vergleiche dazu die Befunde einer Umfrage von (?) Reproduktionsmedizinerinnen und -medizinern: Mayer-Lewis, B., Thorn, P., Wischmann T. (in Druck): Psychosoziale Kinderwunschberatung aus Sicht reproduktionsmedizinischer Fachkräfte – Implementierungsempfehlungen zur psychosozialen Kinderwunschberatung, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2020

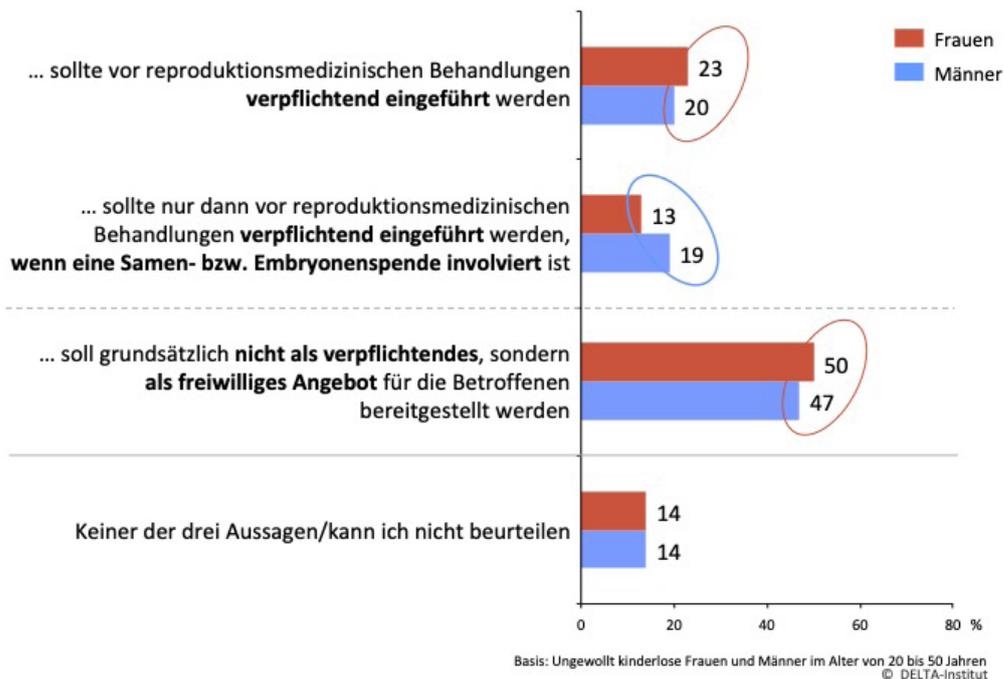
Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

„Eine weiterführende behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung...“

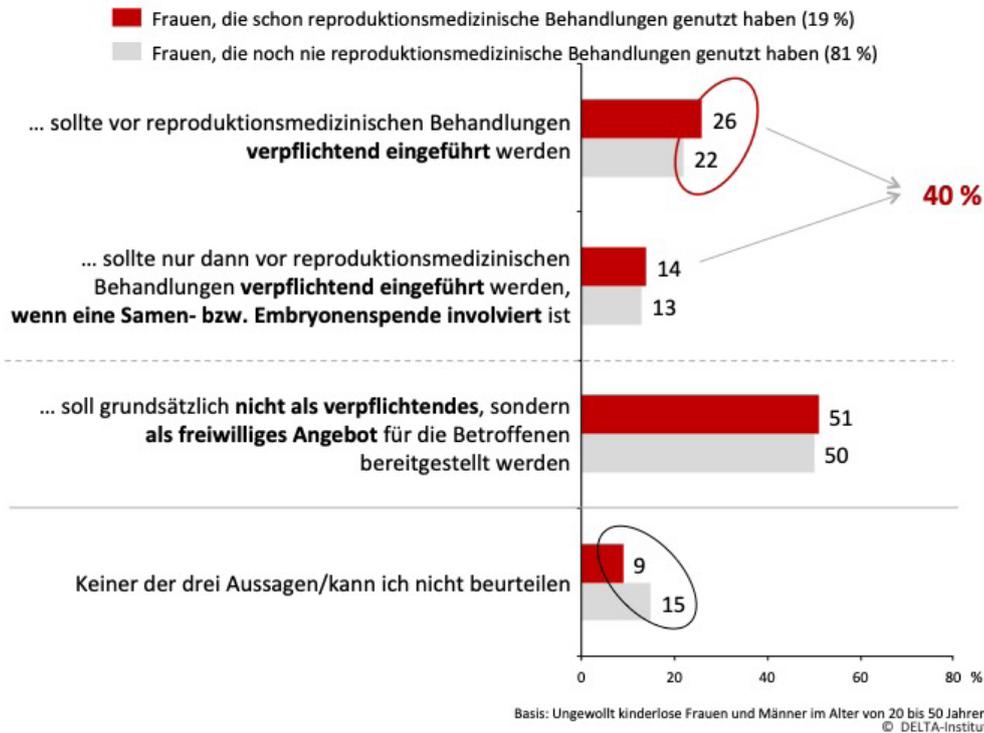


Ungewollt Kinderlose im Alter zwischen 20 und 50 Jahren

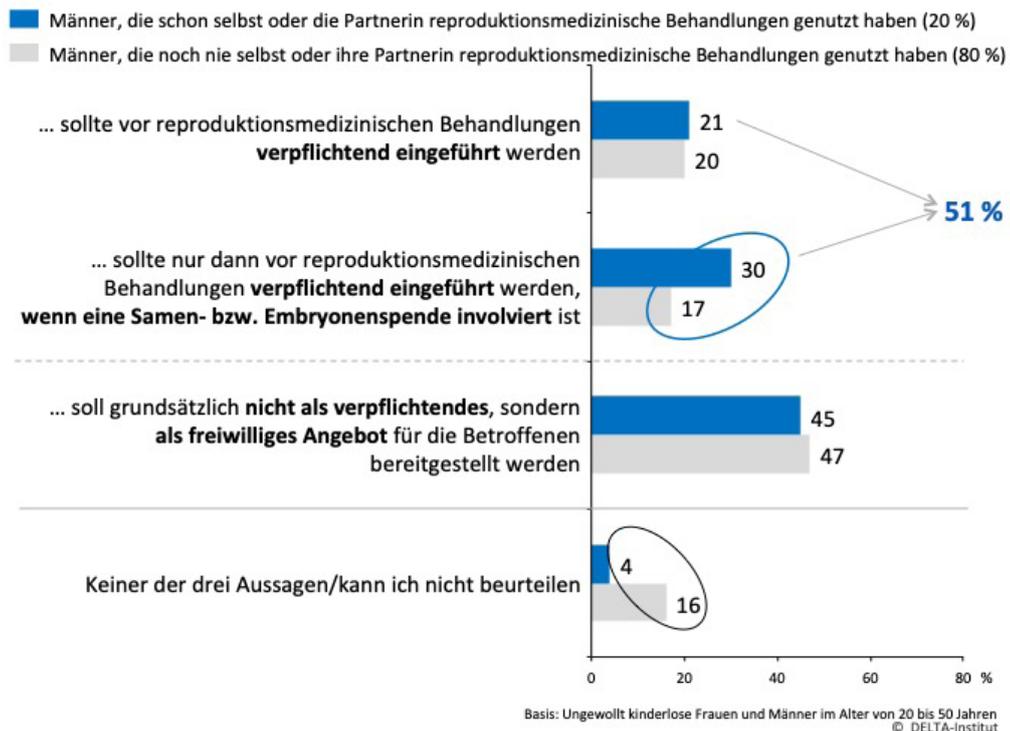
„Eine weiterführende behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung...“



„Eine weiterführende behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung...“



„Eine weiterführende behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung...“



Für die politischen Entscheidungen und Kommunikationen instruktiv ist, wie stark der Wunsch nach einer verpflichtenden behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung in den sozialen Milieus ist. Ein bei anderen Einstellungsuntersuchungen klares Verteilungsmuster (oben-unten/links-rechts) zeigt sich nicht. Die höchsten Zustimmungen kommen von Milieus, die in der Landkarte weit voneinander entfernt sind, die andere Lebensauffassungen und Lebensweisen haben, eine je andere Wertearchitektur und andere Auffassungen vom richtigen und guten Leben: „Traditionelle“ und „Expeditive“. Überdurchschnittlich häufig fordern auch „Hedonisten“ eine verpflichtende Beratung – also ausgerechnet jenes Milieu, das sich am stärksten vom Mainstream der Gesellschaft abgrenzt und eigene Freiheitsräume vehement und oft provokativ verteidigt. Die Gründe für diese Konkordanz von ansonsten divergenten Milieus haben je andere Wurzeln:

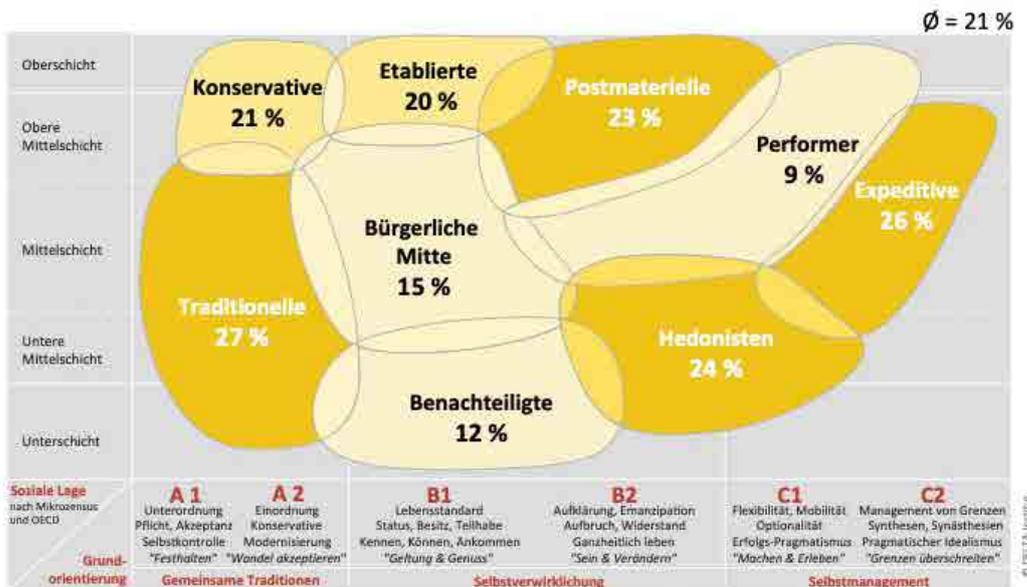
- Für „Traditionelle“ ist es der Wunsch nach umfassender Betreuung durch fachliches Personal, sodass man als Patientin oder Patient gut aufgehoben ist – die Verantwort

ung wird an staatlich legitimierte Autoritäten delegiert. Der verpflichtende Status entspricht der milieutypischen Maxime der Einbindung aller in eine Versorgungsgemeinschaft.

- Für „Expeditive“ hingegen entspringt die Forderung ihrer Offenheit und Sensibilität für psychosoziale Anregungen. Groß wäre das Risiko, in einer Extremsituation auf sich allein gestellt zu sein, weil sich leicht ein Tunnelblick einstellen kann und andere Optionen im Zuge emotionaler und körperlicher Stressbelastungen nicht mehr in den Blick geraten.

Milieutypisch ist die relative Reserviertheit im Milieu der „Performer“, die mit großem Vertrauen auf eigene Ressourcen selbst die Entscheidung treffen wollen, ob und in welchem Maße sie eine solche externe Unterstützung in Anspruch nehmen wollen – zumal eine „psychosoziale“ Beratung in diesem auf Leistung, Robustheit und Resilienz getrimmten Milieu das Risiko einer Stigmatisierung birgt.

„Eine weiterführende behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung sollte vor reproduktionsmedizinischen Behandlungen **verpflichtend eingeführt werden**“



Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter 20 bis 50 Jahren

12

Informationsquellen zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“

Im Jahr 2013 haben sieben Prozent der ungewollt Kinderlosen (acht Prozent der Männer, sechs Prozent der Frauen) sich über soziale Netzwerke wie unter anderem Facebook, Instagram, WhatsApp zu Möglichkeiten der Realisierung des Kinderwunsches ausgetauscht – im Jahr 2020 sind es mit 32 Prozent deutlich mehr: Der Anteil dieses Mediums hat sich von 2013 bis 2020 bei Männern mehr als verdreifacht, bei Frauen mehr als verfünffacht: 36 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer tauschen sich heute über digitale Kommunikationskanäle zum Thema Kinderlosigkeit aus. Dazu kommen Blogs und Foren im Internet, die weiterhin für 54 Prozent (61 Prozent der Frauen, 45 Prozent der Männer) eine wichtige Informationsquelle sind (2013 insgesamt 53 Prozent; Frauen 59 Prozent, Männer 49 Prozent). Blogs und Foren bieten im Unterschied zu Freundinnen und Freunden, Verwandten und anderen ungewollt Kinderlosen aus dem Freundeskreis ein breiteres Spektrum der Erfahrungen, Meinungen und Bewertungen, denn die Bloggerinnen und Blogger kommen nicht nur aus dem eigenen spezifischen Umfeld und der nicht anonymen Nahwelt, sondern auch aus anderen Lebenswelten und erweitern den bisherigen Informationshorizont erheblich, wenn gewollt unter Wahrung der Anonymität. Hier äußern sich vor allem Betroffene, aber auch Fachleute. Solche Informations- und Kommunikationskanäle haben in wenigen Jahren zu diesem Thema eine subjektiv höhere und quantitativ wachsende Bedeutung gewonnen. Sie sind damit für eine professionelle Erreichbarkeit und Ansprache nicht mehr zu ignorieren.

Gleichwohl bleibt für ungewollt kinderlose Frauen bei Fragen zur Realisierung ihres Kinderwunsches die **Frauenärztin/der Frauenarzt** die erste Informationsquelle. **79 Prozent der Frauen** informieren sich bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt, bemerkenswert auch **47 Prozent der Männer**, meist im gemeinsamen Gespräch mit ihrer Partnerin über Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung. Insofern sind Gynäkologinnen und Gynäkologen in Bezug auf den Kinderwunsch nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer eine wichtige Auskunftsteil. Diese Werte sind im Vergleich zu 2013 unverändert.

- Weiterhin von gleich großer Bedeutung sind **Gespräche mit vertrauten Freundinnen und Freunden** über die Enttäuschung, trotz großer Sehnsucht nach einem Kind bisher keines zu bekommen; welche Möglichkeiten es zur Realisierung des Kinderwunsches seitens der Freundin/des Freundes gibt und wie diese einzuschätzen sind.
- Wertvoll sind für 54 Prozent der Frauen und 41 Prozent der Männer auch **andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch** zum Austausch darüber, wie sie allein und als Paar mit der Situation umgehen, welche Möglichkeiten sie schon ausprobiert haben, welche Erfahrungen sie gemacht und was sie künftig zu tun gedenken.
- Von allen Professionen sind nach der Frauenärztin beziehungsweise dem Frauenarzt die **Zentren für Reproduktionsmedizin** die wichtigste fachliche Informationsquelle. 51 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer informieren sich über die Internet-

seite eines Kinderwunschzentrums. Sich persönlich in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin informiert, haben 38 Prozent der Frauen und 34 Prozent der Männer. Berücksichtigt man den Aufwand, der für eine persönliche Beratung aufgewendet werden muss, sind diese Anteile relativ hoch.

Der erste Informationszugang aber erfolgt meist über die Internetseite des reproduktionsmedizinischen Zentrums zur ersten Sondierung. Wenn dieser Eindruck positiv ist und das Interesse bedient, dann sucht ein Teil die persönliche Beratung sowie Broschüren und Folder dieser Zentren.

„Wie informieren Sie sich über das Thema ‚Unerfüllter Kinderwunsch‘ beziehungsweise über die Möglichkeiten zur Realisierung eines Kinderwunsches?“	Gesamt	Männer	Frauen
	%	%	%
1. Frauenärztin, Frauenarzt/Gynäkologin, Gynäkologe	66	47	79
2. Gespräche mit Freunden und Verwandten	56	47	62
3. In Blogs und Foren im Internet	54	45	61
4. Andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch	48	41	54
5. Internetseite von Zentren für Reproduktionsmedizin	47	42	51
6. Hausärztin/Hausarzt	46	50	44
7. Bücher	43	40	45
8. Andere Ärztinnen/Ärzte (zum Beispiel aus der Urologie, Andrologie)	42	44	40
9. Broschüren/Folder von Zentren für Reproduktionsmedizin	38	32	42
10. Informationsmaterial der Krankenversicherung	38	36	39
11. Persönliche Beratung in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin	36	34	38
12. Allgemeine Zeitschriften, Magazine	35	33	37
13. Internetseite einer psychosozialen Beratungsstelle	34	33	36
14. Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	34	34	35
15. Über soziale Internetnetzwerke, wie zum Beispiel Facebook	32	26	36
16. Informationsmaterial eines Bundes- oder Landesministeriums	25	27	24
17. In einer psychosozialen Beratungsstelle	24	25	23
18. Tageszeitung	17	21	14
19. Selbsthilfegruppen	14	15	13

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren © DELTA-Institut

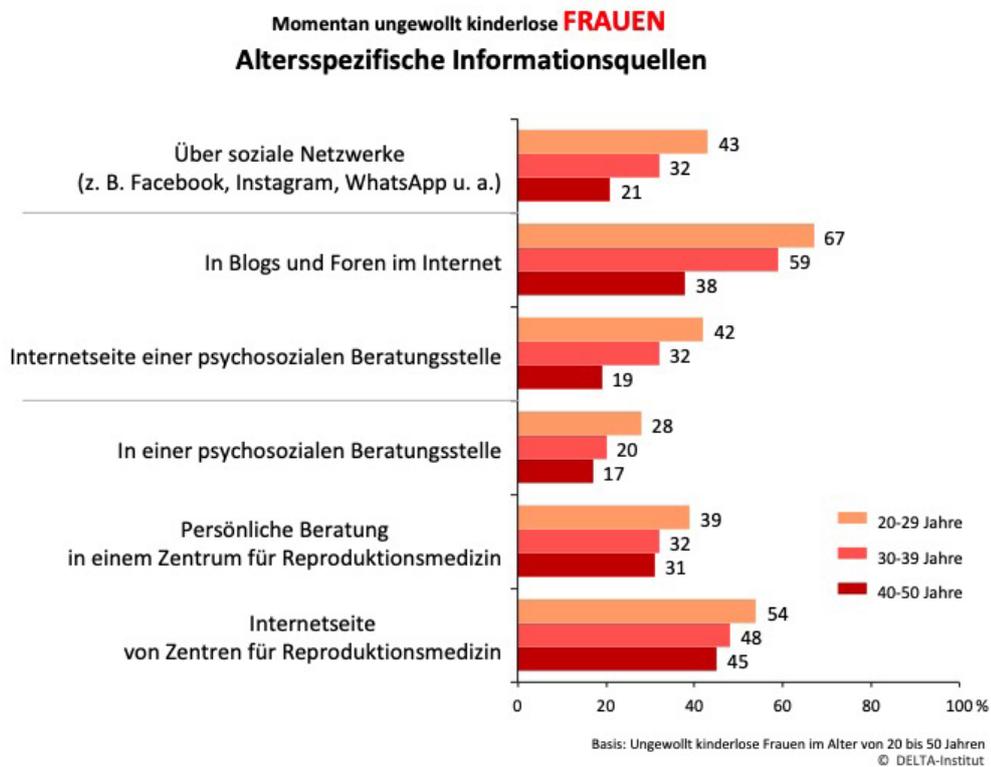
Wenn die Anteile von Frauen und Männer, die sich über die Website oder persönlich in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin informieren, relativ hoch sind; die Anteile jener, die solche Beratung schon einmal in Anspruch genommen haben, relativ gering sind, widerlegt dies den Vorwurf, Kinderwunschzentren würden auf eine Behandlung drängen, und spricht eher für die These, dass hier fachlich neutral informiert und beraten wird. Zugleich ist aber der Befund ernst zu nehmen, dass das Image von Kinderwunschzent-

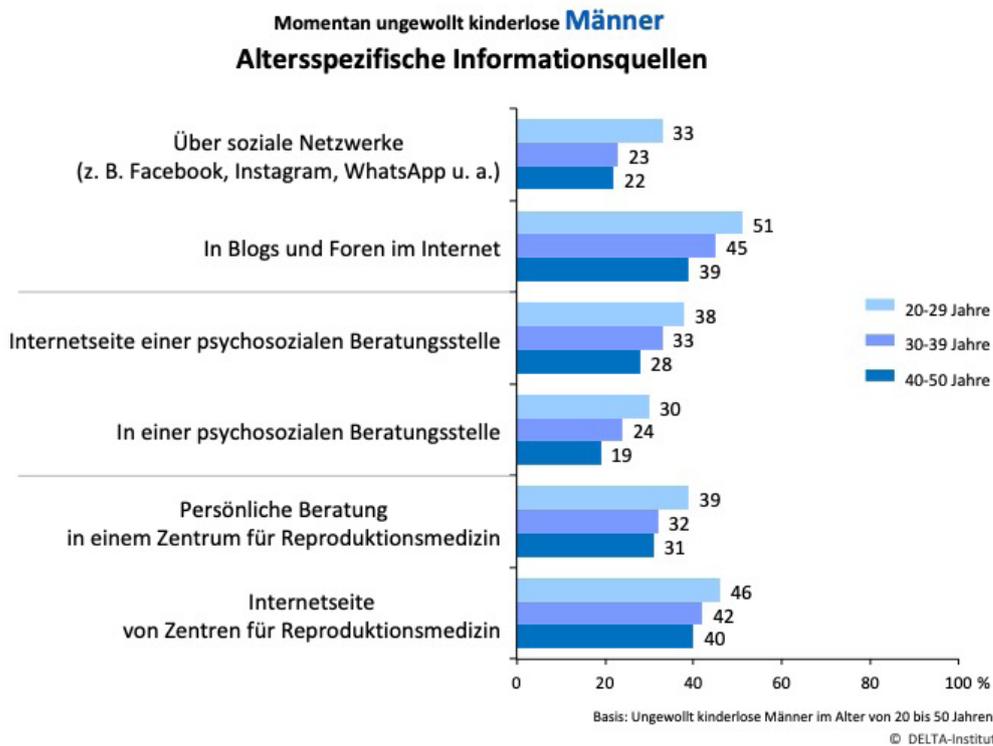
ren beziehungsweise Zentren für Reproduktionsmedizin primär von negativen Attributen und Zuschreibungen geprägt ist (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 3.1). Das lässt sich nicht mit bloßer Projektion erklären, denn ein erheblicher Teil der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer hatte schon persönlichen Kontakt und auch die Internetseiten haben offenbar nicht nachhaltig den Effekt, das überkommene stereotype Image aufzubrechen oder gar zu beseitigen.

Jüngere **Frauen der Internetgeneration** (Generation X, Generation Y) nutzen sehr viel häufiger und selbstverständlicher Blogs und Foren zur Informationssammlung und zur Diskussion, als dies Frauen älterer Generationen heute tun. Sowohl für eine erste als auch für eine vertiefte Informationsrecherche nutzen jüngere Frauen nahezu reflexartig das Internet als ihr quasinatürliches Sinnesorgan. Das bedeutet aber keineswegs, dass das Internet für sie das persönliche Gespräch ersetzt. Im Gegenteil suchen junge Frauen auch häufiger als ältere Frauen den persönlichen Kontakt mit einer psychosozialen Beratungsstelle oder einem Zentrum für Reproduktionsmedizin, haben weniger Berührungängste und verstehen das – im Unterschied zu älteren Frauen – auch nicht als ersten Schritt zu einer Behandlung. Es wäre eine irriige Annahme, dass „ältere“ zwar weniger digital, dafür häufiger das persönliche Gespräch vor Ort nutzen als Jüngere. Sowohl die digitale als auch die analoge Informationsbeschaf-

fung ist bei Jüngeren größer als bei Älteren. Für jüngere Frauen ist eine extensive und intensive Informationsbeschaffung über mehrere Kanäle gleichzeitig normal, ohne dass dies für sie verpflichtenden Charakter hätte. Das kann als Generationseffekt interpretiert werden.

Diese in der jüngeren Frauengeneration häufigere Nutzung digitaler Medien und die analoge Informationsrecherche zeigt sich auch bei **Männern**. Allerdings ist der Unterschied zwischen jüngeren und älteren Männern in der Nutzung des Internets für Informationen zu ungewollter Kinderlosigkeit und zu Kinderwunschbehandlungen weniger stark. Der Grund ist vor allem, dass der überwiegende Teil ungewollt kinderloser Männer die Informationsrecherche – meist vorbewusst und ohne explizite Absprache – an ihre Partnerin delegieren in der Gewissheit, dass diese sich schon kümmern wird.





Entscheidend für eine wirksame und effiziente Kommunikation ist die mediale und inhaltliche, quantitative und qualitative Erreichbarkeit: Kontakt – Verständlichkeit – Akzeptanz – Aktivierung. In der gegenwärtigen individualisierten und milieuviefältigen Gesellschaft ist dazu ein zielgruppendifferenziertes und milieorientiertes Zielgruppenkonzept erforderlich. Denn nicht alle Medien werden von allen Frauen und Männern genutzt, die Ansprüche an die sprachliche Wortwahl und Argumentation, an die stilistische Form und ästhetische Gestaltung sind in der Milieulandschaft sehr unterschiedlich. Zunächst zu den Informationsquellen von Frauen verschiedener Bildungs- und Milieuprovenienz, die mit geringfügigen Abweichungen auch für Männer typisch sind:

- Frauen in Milieus am oberen Rand der Gesellschaft („Konservative“, „Etablierte“, „Postmaterielle“, „Performer“) haben milieuspezifische Ansprüche an Medien. Gemeinsam ist ihnen, dass sie sich nicht auf eine Informationsquelle konzentrieren, sondern parallel mehrere Zugänge für dieses sie beschäftigende Thema nutzen: Das Spektrum reicht von privaten Gesprächen über Blogs/Foren,

Websites, Gespräche mit Fachleuten (Gynäkologinnen/Gynäkologen, Reproduktionsmedizinerinnen/Reproduktionsmediziner, psychosoziale Beraterinnen/Berater) bis zu schriftlichen Informationen von Krankenkassen, der BZgA sowie der Bundes- und Landesministerien, (Fach-)Zeitschriften und Magazine. Die Selektion und Bewertung dieser Argumente sowie die daraus entwickelte Haltung und Vorgehensweise in Bezug auf die Kinderwunschbehandlung (Auswahl des Kinderwunschzentrums, psychosoziale Beratung und andere) geschieht dann jedoch spezifisch in der jeweiligen Milieulogik.

- Solch verschiedene Zugänge nutzen Frauen geringer Bildung deutlich weniger. Zum einen gibt es gegenüber akademisch gebildeten Expertinnen und Experten, die Autorinnen und Autoren sowie Absenderinnen und Absender solcher Informationen sind, ein erhebliches Sprachgefälle: Es fällt Menschen in Milieus der Unterschicht zum Teil sehr schwer und wird als mühsam empfunden, komplex und abstrakt formulierte, mit Fachbegriffen, Latinismen und Anglizismen gefüllte Darstellungen zu lesen, sie wiederzu-

geben oder selbst zu verbalisieren. Insbesondere sind ihnen zentrale Begriffe des reproduktionsmedizinischen Alltags (zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, hormonelle Stimulation ...) semantisch und stilistisch fremd, symbolisieren ihnen Distanz und erzeugen Abwehr. Verbale Beschreibungen auf vielen Websites zu Kinderwunschbehandlung verstehen sie nicht, weil sie sich mit dieser Sprache und Begrifflichkeit nicht angesprochen fühlen und nicht die Ressourcen haben oder aufbringen wollen für eine Auseinandersetzung. Insofern erzeugen diese Informationen allein durch ihre Form häufig Distanz und Desinteresse. Es fällt Frauen aus Milieus am unteren Rand der Gesellschaft („Traditionelle“, „Benachteiligte“, „Hedonisten“) auch aufgrund der sozial-hierarchischen Distanz sowie der kulturellen Distanz schwer, sich Medizinerinnen und Medizinern sowie Psychologinnen und Psychologen in einer Sache anzuvertrauen, in der es nicht um äußere Umstände und Hilfen (körperliche Krankheit, Geld oder Ähnliches) geht, sondern um innere Befindlichkeiten und Orientierungen.

Auffällig ist ein erheblicher **Mangel an privater Kommunikation in Milieus der Unterschicht**: Während für Menschen in gehobenen Milieus und auch in Milieus in der Mitte der Gesellschaft die eigenen Freundinnen und Freunde, auch Verwandte und andere Paare oft wichtige Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu diesem Thema sind, ist dies bei Frauen mit geringer Bildung weitgehend tabuisiert oder erschöpft sich in konventionell formulierten Wünschen „Ich hätte schon gern ein Kind“. Vielfach besteht eine erhebliche „Sprachlosigkeit“: Frauen in Milieus der Unterschicht haben oft keine privaten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, um sich anzuvertrauen und auszutauschen. Dies entspricht der Grunderfahrung von Ohnmacht der Frauen und Männer dieses Milieus: Unerfüllte Wünsche als Tatsachen hinnehmen müssen und akzeptieren, dass die eigenen finanziellen und persönlichen Möglichkeiten nicht ausreichen, um Wünsche zu realisieren und bestehende Hürden zu überwinden. Diese Frauen haben große Sehnsucht nach einem Kind, nicht nur aus privaten Motiven, sondern auch sozial

begründet, weil in diesen Milieus für Frauen die kraftvolle Norm an einen gelungenen Lebensverlauf gilt, Kinder zu haben und damit in der Gesellschaft „angekommen“ zu sein.

Der Schmerz aufgrund der ungewollten Kinderlosigkeit ist bei diesen Frauen (vor allem im Milieu „Benachteiligte“) **in hohem Maße privatisiert** und wird in der eigenen Nahwelt – mit Ausnahme oft der besten Freundin – selten kommuniziert: Einsamkeit in der Betroffenheit – allenfalls die beste Freundin weiß davon. Diese Situation des unerfüllten Kinderwunsches wird von Frauen aus dem Milieu „Benachteiligte“ bewältigt mit der bewährten reflexhaften Lebensmaxime, den Schmerz zu unterdrücken und strategisch innerlich „kalt“ zu werden, um angesichts der widrigen Lebensumstände, finanziellen Nöte, Krankheiten, sozialer Probleme innerhalb und außerhalb der Familie nicht noch mehr getroffen, verletzt und ausgesetzt zu sein. Von einem Kind „träumen“ sie daher nur nostalgisch, aber nicht mehr ernsthaft. Lösungen, zum Beispiel Reproduktionsmedizin, erwägen sie nicht ernsthaft, weil sie meinen, sich solch eine Behandlung sowieso nicht leisten können, weil ihr Partner die damit verbundenen Kosten vermutlich nicht akzeptieren würde (viele fragen diesen gar nicht erst, weil sie seine abweisende Reaktion zu kennen glauben und keinen Streit provozieren wollen), weil sie bei einer Kinderwunschbehandlung auch bei Verwandten oder Freundinnen und Freunden negativ exponiert wären.

Auch dieser Befund ist ein Indikator dafür, wie wichtig für Frauen aus Milieus am unteren Rand der Gesellschaft eine psychosoziale Beratung ist, die niedrigschwellig sein muss, damit das Angebot überhaupt zur Kenntnis genommen und als für sie relevant erachtet wird.

Für die Kommunikationsmaßnahmen liefern die Befunde dieser Untersuchung eine Basis, aber die Kommunikationsstrategie sollte **nicht** (wie in vielen Konsumgütermärkten üblich) jene **Zielgruppenmilieus mit Priorität behandeln, die leichter zu erreichen sind**, weil sie bereits eine höhere Affinität zum Thema haben, über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, überdurch-

schnittlich informiert sind, aufgeschlossen sind für Kinderwunschbehandlungen und psychosoziale Beratungen und einschlägige Online- und Printmedien bereits nutzen (zum Beispiel „Postmaterielle“, „Performer“, „Etablierte“).

Aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit und in gleichstellungspolitischer Perspektive ist vor diesem Reflex einer simplen, duplizierenden Übersetzung von Milieudifferenzen in eine Priorisierung von Zielgruppen zu warnen, denn die bereits bestehende Kluft zwischen den Milieus würde weiter vergrößert. **Eine milieu- und geschlechterdifferenzierte Kommunikationsstrategie ist notwendig, aber keine Priorisierung von Zielgruppen nach dem Kriterium der Erreichbarkeit.** Denn in dem Fall wäre die Kommunikationsstrategie eine systematische Zurücksetzung und Benachteiligung der kinderlosen Frauen und Männer am unteren Rand der Gesellschaft („Benachteiligte“, „Hedonisten“) sowie in traditionellen Milieus („Konservative“, „Traditionelle“).

12.1 Informationsverhalten und Bekanntheit der Bundesinitiative

Es wurde bereits beschrieben, dass sieben Prozent aller ungewollt kinderlosen Frauen und Männer schon von der **Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“**

gehört haben. Die Bekanntheit der Bundesinitiative ist – nach Selbstauskunft – bei Männern mit neun Prozent größer als bei Frauen mit fünf Prozent.

Das ist überraschend, denn Männer delegieren das Thema und die Informationsrecherche überwiegend an ihre Partnerin. Bei der Interpretation solcher Daten ist zu berücksichtigen, dass Männer in Befragungen bei Wissensfragen zur Bejahung tendieren, auch wenn sie noch nie von der erfragten Sache gehört haben. Das mag daran liegen, dass ein Teil der Männer sich in der Befragungssituation als kompetent und informiert darstellt: Teil des Männlichkeitsrituals beziehungsweise inszenierter stark-wissender Männlichkeit.⁴⁵ Das ist bei Frauen weniger der Fall. In der Milieulandschaft zeigen sich solche Männlichkeitsrituale überlegener Informiertheit vor allem im Milieu der „Hedonisten“, aber auch in der „Bürgerlichen Mitte“ sowie bei „Etablierten“ und „Performern“.

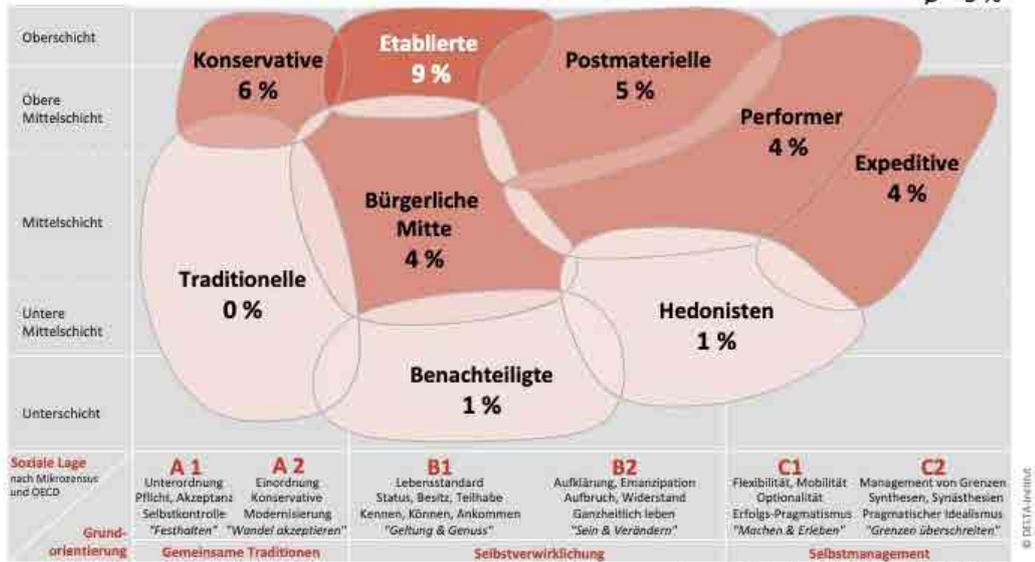
Überraschend ist, dass in den Milieus mit hohem Interesse und großer aktiver Aufmerksamkeit für Bundespolitisches – Konservative, Etablierte, Postmaterielle, Performer – die Bekanntheit der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ bei Frauen nicht bekannter ist als in Milieus der Mitte. Und bei Männern zeigen die Auskunftsdaten höhere Bekanntheitswerte in der „Bürgerlichen Mitte“, bei „Expeditiven“ und „Hedonisten“ – was wohl weniger an tatsächlicher Bekanntheit, sondern wohl eher auf den genannten Männlichkeitsreflex zurückzuführen ist.

45 Dass solches nicht pauschal für alle Männer gilt, ist evident und empirisch belegt; unter anderem in Wippermann, Carsten: Männerperspektiven. Auf dem Weg zu mehr Gleichstellung?, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2016; derselbe.: Jungen und Männer im Spagat. Zwischen Rollenbildern und Alltagspraxis, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2013.

Frauen

Von der Bundesinitiative
 „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“
 schon einmal gehört

∅ = 5 %

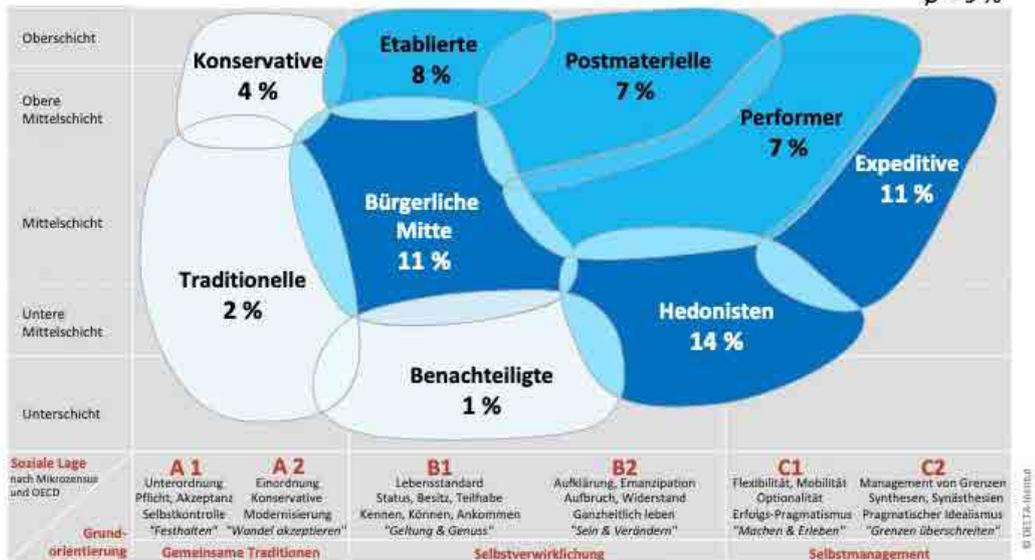


Ungewollt kinderlose Frauen im Alter 20 bis 50 Jahren

Männer

Von der Bundesinitiative
 „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“
 schon einmal gehört

∅ = 9 %



Ungewollt kinderlose Männer im Alter 20 bis 50 Jahren

Es ist offensichtlich, dass die bisherige Kommunikation zur Bekanntheitssteigerung der Bundesinitiative noch nicht zielgruppenorientiert erfolgte beziehungsweise erfolgen konnte. Das zeigt sich an der typisch undifferenzierten Verteilung der Bekanntheitswerte in der Milieulandschaft. Mit dem bisher Erreichten sind kaum Multiplikator- und Abstrahlungseffekte auslösbar.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche der Informationsquellen über eine Kinderwunschbehandlung stärker und welche weniger zu den aktuellen Bekanntheitswerten

beigetragen haben. Es geht also um eine Korrelation zwischen Informationsmedien und der Bekanntheit der Bundesinitiative. Aus Gründen der Anschaulichkeit soll hier kein statistischer Koeffizient⁴⁶ dargestellt werden, sondern in Form einer Tabelle mit Über- und Unterrepräsentanzen. Zunächst zeigt sich ein simpler Zusammenhang: Wer sich aktiv über Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung informiert, hat häufiger schon von der Bundesinitiative gehört. Aber welche Kanäle haben einen besonders starken Effekt auf die Bekanntheit?

Nutzung des Informationsmediums:	Bekanntheit der Bundesinitiative Ø = 6,9 % (Referenzwert)
1. Selbsthilfegruppen	15,7 %
2. Informationsmaterial eines Bundes- oder Landesministeriums	12,9 %
3. In einer psychosozialen Beratungsstelle	12,8 %
4. Tageszeitung	11,8 %
5. Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	11,8 %
6. Persönliche Beratung in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin	11,4 %
7. Internetseite einer psychosozialen Beratungsstelle	10,7 %
8. Informationsmaterial der Krankenversicherung	10,7 %
9. Über soziale Internetnetzwerke, wie zum Beispiel Facebook, Instagram	10,1 %
10. Allgemeine Zeitschriften, Magazine	9,8 %
11. Internetseite von Zentren für Reproduktionsmedizin	9,6 %
12. Andere Ärztinnen/Ärzte (zum Beispiel aus der Urologie, Andrologie)	9,5 %
13. Broschüren/Folder von Zentren für Reproduktionsmedizin	9,3 %
14. Hausärztin/Hausarzt	9,0 %
15. Bücher	8,7 %
16. In Blogs und Foren im Internet	8,3 %
17. Andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch	8,3 %
18. Frauenärztin, Frauenarzt/Gynäkologin, Gynäkologe	7,8 %
19. Gespräche mit Freundinnen, Freunden und Verwandten	7,6 %

⁴⁶ Methodisch geeignete Zusammenhangsmaße wären, wenn man die Nutzung sowie Bekanntheit als ordinale Merkmale betrachtet, etwa Kendall's Tau t, Goodman/Kruskal: g oder Spearmans Rangkorrelationskoeffizient.

Der Befund ist, dass die vergleichsweise selten genutzten *Selbsthilfegruppen* am stärksten zur Bekanntheit der Bundesinitiative beitragen – noch vor den eigenen Informationsmaßnahmen von *Bundesministerium und Landesministerien*.

Selbsthilfegruppen stellen eine besonders intensive Form des Austauschs dar. Wer hier teilnimmt, hat ein hohes Interesse am Thema, an Erfahrungsberichten und weiteren Informationen, und investiert persönliches Engagement. Insofern sind Selbsthilfegruppen Verdichtungen und Kumulationen von Informationen. Nahezu gleichauf mit Informationsmaterial von Ministerien haben jene schon von der Bundesinitiative gehört, die persönlich in einer *psychosozialen Beratungsstelle* waren.

Mit etwas Abstand folgen *Tageszeitungen*, die *BZgA* sowie die *persönliche Beratung in Kinderwunschzentren*. Erst dann, wieder mit Abstand, folgen Websites, Blogs, Foren sowie digitale Netzwerke. Das lässt den Schluss zu, dass trotz der häufigen Nutzung digitaler Informationsplattformen von ungewollt Kinderlosen zu Fragen einer Kinderwunschbehandlung auf diesen Plattformen Information über die Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ häufig nicht vorhanden sind, nicht prominent platziert sind oder nicht wahrgenommen und erinnert werden. So sind die eigentlichen Treiber einer erhöhten Bekanntheit der Bundesinitiative bisher persönliche Gespräche (Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratungsstelle, Zentrum für Kinderwunschbehandlung) sowie analoge, gedruckte Informationsmaterialien. Hier besteht ein erhebliches Potenzial, die Bekanntheit der Bundesinitiative zu erhöhen über digitale Kommunikation.

Signifikant ist zugleich, dass Broschüren/Folder von Zentren für Reproduktionsmedizin zur

Bekanntheit der Bundesinitiative bisher relativ wenig beitragen – weniger als sogar die eigene Website. Sie stehen etwa in einem Rang mit jenen Informationsquellen, die nicht spezifisch sind für das Thema Kinderwunschbehandlung.

Das vermutlich größte Potenzial für eine Erhöhung der Bekanntheit aber liegt bei anderen Akteurinnen und Akteuren, den Gynäkologinnen und Gynäkologen (sowie für Männer Androloginnen und Andrologen, Urologinnen und Urologen). Obwohl 79 Prozent der Frauen sich über eine Kinderwunschbehandlung bei ihrer Frauenärztin beziehungsweise ihrem Frauenarzt informieren, steht diese potenzielle Informationsquelle relativ weit unten (zweitletzte Stelle) zur Erhöhung der Bekanntheit der Bundesinitiative. Noch vor ihnen haben die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt sowie andere Ärztinnen und Ärzte einen stärkeren (statistischen) Effekt auf die Bekanntheit der Bundesinitiative als Frauenärztinnen und Frauenärzte. Die Ursachen bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen können sehr verschieden sein und wären genauer zu untersuchen: zum Beispiel die Information ist bei einigen Ärztinnen/Ärzten nicht vorhanden; sie wird als unerheblich beziehungsweise nachrangig bewertet; persönliche weltanschaulich-moralische Gründe; medizinische Indikatoren lassen eine Kinderwunschbehandlung nicht erfolgreich erscheinen und man möchte durch Hinweis auf die Bundesinitiative keine Hoffnungen wecken.

Die folgende Tabelle illustriert das Beschriebene anhand des statistischen Zusammenhangskoeffizienten Kendalls Tau.⁴⁷ Hier zeigt sich, dass die BZgA in der Zusammenhangsstatistik einen größeren Wert hat, als es die einfache zuvor gezeigte Prozenttabelle suggerierte. Denn hier spielt die unterschiedlich häufige Nutzung der Informationsquellen hinein.

47 Der Zusammenhangskoeffizient nimmt Werte zwischen minus 1 und plus 1 an, und misst Stärke und Richtung eines monotonen Zusammenhangs. Der Koeffizient nimmt Werte über Null an bei einem gleichsinnigen monotonen Zusammenhang; er liegt bei Null, wenn kein monotoner Zusammenhang besteht und ist kleiner als Null, wenn ein gegensinniger monotoner Zusammenhang besteht.

Nutzung des Informationsmediums:	Kendall's Tau [-1 < t < 1] * signifikant auf 0,05-Nivor allem
1. Selbsthilfegruppen	0,141*
2. Informationsmaterial eines Bundes- oder Landesministeriums	0,137*
3. In einer psychosozialen Beratungsstelle	0,130*
4. Tageszeitung	0,087
5. Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	0,142*
6. Persönliche Beratung in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin	0,133*
7. Internetseite einer psychosozialen Beratungsstelle	0,110*
8. Informationsmaterial der Krankenversicherung	0,117
9. Über soziale Internetnetzwerke, wie zum Beispiel Facebook, Instagram	0,087
10. Allgemeine Zeitschriften, Magazine	0,084
11. Internetseite von Zentren für Reproduktionsmedizin	0,099
12. Andere Ärztinnen/Ärzte (zum Beispiel aus der Urologie, Andrologie)	0,086
13. Broschüren/Folder von Zentren für Reproduktionsmedizin	0,075
14. Hausärztin/Hausarzt	0,077
15. Bücher	0,061
16. In Blogs und Foren im Internet	0,061
17. Andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch	0,055
18. Frauenärztin, Frauenarzt/Gynäkologin, Gynäkologe	0,050
19. Gespräche mit Freundinnen, Freunden und Verwandten	0,032

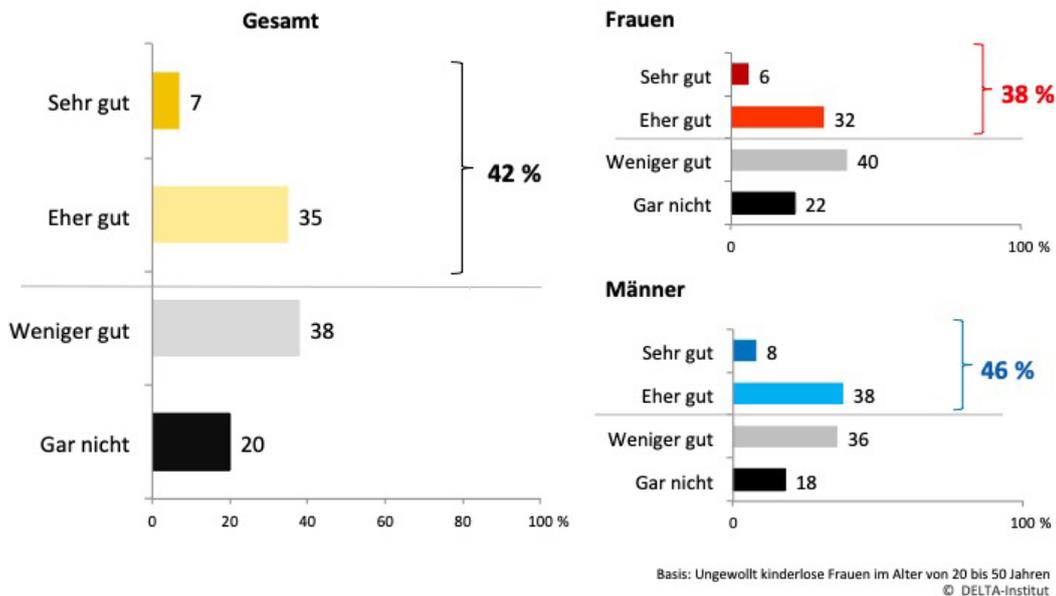
12.2 Zufriedenheit mit der Information der eigenen Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung

Informationsmaterial ihrer Krankenversicherung zur Kinderwunschbehandlung nehmen 39 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer zur Kenntnis oder erkundigen sich bei ihrer Krankenkasse gezielt. Nur sieben Prozent der ungewollt Kinderlosen fühlen sich von ihrer Krankenkasse *sehr gut* informiert über Möglichkeiten einer Kinderwunschbehandlung, insbesondere zu Kostenübernahmen, Zuschüssen und Vorausset-

zungen. 38 Prozent fühlen sich weniger gut, weitere 20 Prozent gar nicht seitens ihrer Krankenkasse informiert (insgesamt 58 Prozent nicht gut informiert). Von den Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch fühlen sich 62 Prozent nicht oder unzureichend seitens ihrer Krankenkasse informiert, von den Männern 54 Prozent – deutlich mehr als die Hälfte der Betroffenen.

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren

„Wie gut fühlen Sie sich über die Leistungen Ihrer Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung informiert?“



Die vergleichende Analyse nach Versicherungsarten zeigt, dass am relativ schlechtesten jene mit privater Krankenversicherung informiert werden (beziehungsweise sich informiert fühlen) und am besten jene, die in einer gesetzlichen Krankenkasse sind mit privater Zusatzversicherung.⁴⁸

- Nur 34 Prozent der Frauen mit privater Krankenversicherung fühlen sich von ihrer Kasse gut informiert (nur vier Prozent sehr gut); hingegen 23 Prozent gar nicht und 43 Prozent weniger gut. Männer mit privater Krankenversicherung fühlen sich nur unmerklich besser als Frauen informiert (39 Prozent).
- Signifikant besser informiert fühlen sich jene, die gesetzlich krankenversichert sind

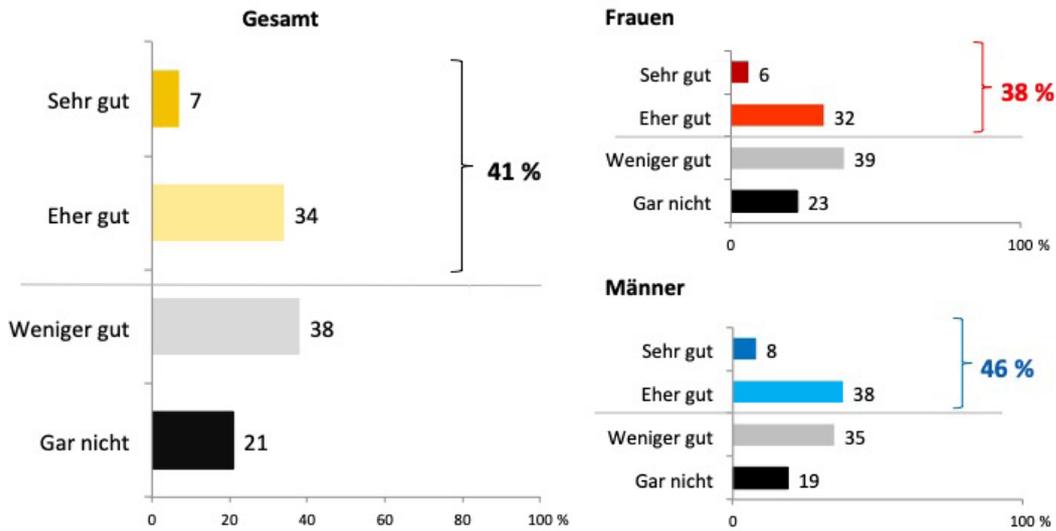
mit privater Zusatzversicherung (52 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen). Aber auch hier beruhen die höheren Prozentwerte auf der „eher-gut“-Zustimmung – also auch hier fühlt sich nur eine Minderheit (fünf Prozent der Frauen, neun Prozent der Männer) von ihrer Krankenkasse sehr gut informiert.

Gleichwohl belegen diese Daten, dass seitens der Krankenversicherer (im Durchschnitt – es gibt vermutlich ein relatives Spektrum zwischen guter und mangelnder Information unter den Krankenversicherern) die Informationen über eine Kinderwunschbehandlung mehr als die Hälfte der ungewollt Kinderlosen und potenziell Interessierten nicht erreicht.

⁴⁸ Die Verteilung der Versicherungsarten von ungewollt Kinderlosen im Alter von 20 bis 50 Jahren ist in keiner amtlichen oder verbandlichen Statistik erfasst. In der hier vorgenommenen Zufallsstichprobe dieser Grundgesamtheit verteilten sich die Anteile wie folgt: Gesetzliche Krankenversicherung ohne private Zusatzversicherung = 76,4 Prozent; Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung = 14,2 Prozent; Private Krankenversicherung = 8,1 Prozent; Sonstige = 1,3 Prozent.

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren
mit gesetzlicher Krankenversicherung ohne private Zusatzversicherung (76 %)

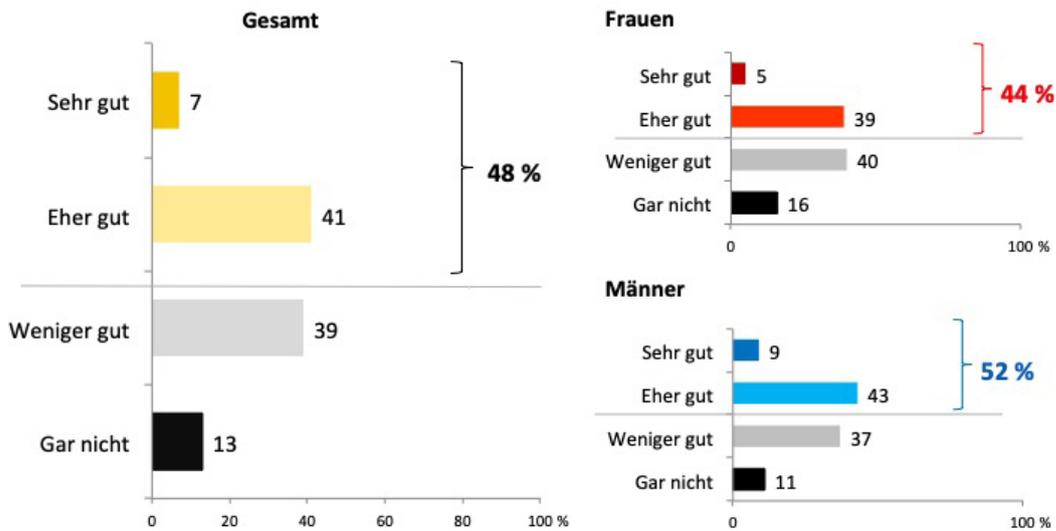
„Wie gut fühlen Sie sich über die Leistungen Ihrer Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung informiert?“



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren
mit gesetzlicher Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung (14 %)

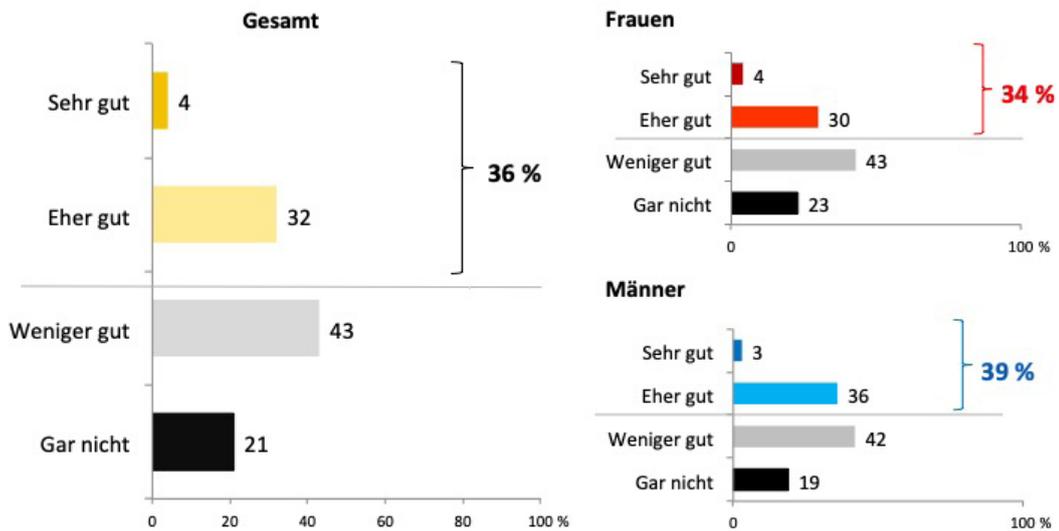
„Wie gut fühlen Sie sich über die Leistungen Ihrer Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung informiert?“



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren
mit privater Krankenversicherung (8 %)

„Wie gut fühlen Sie sich über die Leistungen Ihrer Krankenkasse zur Kinderwunschbehandlung informiert?“



Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

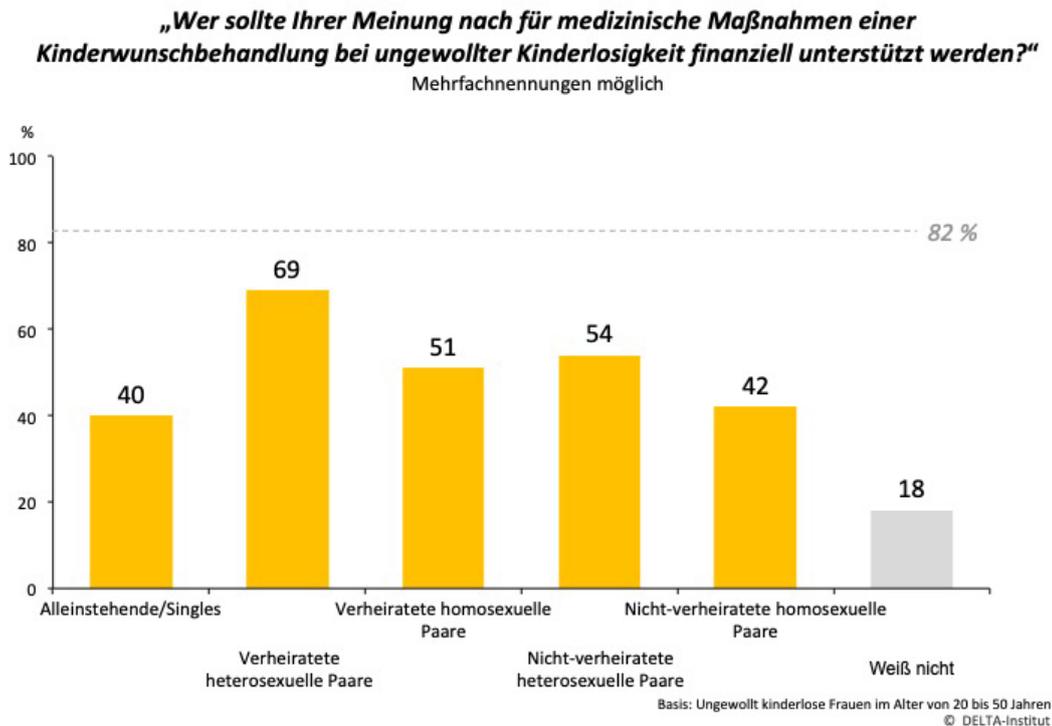
13

Votum ungewollt Kinderloser: Wer sollte finanziell unterstützt werden?

Die Regelung zur finanziellen Unterstützung bei Maßnahmen zur Kinderwunschbehandlung sind zwischen den Bundesländern zum Teil recht unterschiedlich gestaltet. Bei den Voraussetzungen spielen neben dem Alter, medizinischen Faktoren und einer Obergrenze der Behandlungsmaßnahmen auch soziale Faktoren eine Rolle, wie der Familienstand und Geschlechtsorientierung. Durch die Bundesinitiative können seit Inkrafttreten der Erweiterung der Bundesförderrichtlinie am 7. Januar 2016 erstmals auch unverheiratete Paare, die in einer auf Dauer angelegten nicht ehelichen, heterosexuellen Lebensgemeinschaft leben, finanzielle Unterstützung aus Bundesmit-

teln erhalten.⁴⁹ So stellt sich die Frage, wie die Einstellung von jenen ist, die aktuell oder potenziell eine Kinderwunschbehandlung in Erwägung ziehen. Wer sollte ihrer Meinung nach für medizinische Maßnahmen einer Kinderwunschbehandlung finanziell gefördert werden? Das zielt auf einen Grundsatz, ohne dass an dieser Stelle die Höhe oder Dauer thematisiert oder differenziert wird. Der empirische Befund ist: Es gibt im Ergebnis weder eine Gleichverteilung zur Förderung aller Lebens- und Partnerschaftsformen noch das Votum für eine exklusive Förderung des konventionellen Mehrheitsmodells „Verheiratete heterosexuelle Paare“.

.....
49 Siehe dazu die Erläuterungen im Anhang



Von allen ungewollt Kinderlosen im Alter von 20 bis 50 Jahren wollen 18 Prozent sich zur Frage, wer für medizinische Maßnahmen einer Kinderwunschbehandlung grundsätzlich gefördert werden sollte, nicht äußern oder haben dazu keine Position. Sie geben für keine der angebotenen Konstellationen ihr Votum. Insofern reduzieren sich die Maximalwerte für die anderen Lebens- und Partnerschaftsformen auf 82 Prozent. Diesem Wert kommt die Gruppe *Verheiratete heterosexuelle Paare* am nächsten, denn 69 Prozent aller ungewollt Kinderlosen sind der Auffassung, dass diese Paare finanzielle Zuschüsse beziehungsweise Kostenübernahmen einer Behandlung bekommen sollten. Mit statistisch signifikantem Abstand folgen *Nicht verheiratete heterosexuelle Paare* (54 Prozent), dicht gefolgt von *Verheirateten homosexuellen Paaren* (51 Prozent). Die Differenz zwischen diesen beiden Letztgenannten ist statistisch nicht signifikant, sodass der Befund so interpretiert werden kann, dass es zwischen diesen Gruppen hinsichtlich des Votums keinen Unterschied gibt. Dazu mit etwas Abstand folgen *Nicht verheiratete homosexuelle Paare* (42 Prozent) sowie *Alleinstehende/Singles* (40 Prozent). Auch zwischen

den letzten beiden Gruppen ist die Differenz nicht statistisch signifikant.

Die Differenz zwischen der traditionell geförderten Partnerkonstellation (verheiratete Frauen und Männer) mit dem höchsten Wert und der Gruppe der Singles mit dem geringsten Wert beträgt 29 Prozentpunkte. Das ist ein Indikator für eine tendenzielle Inklusion aller Lebens- und Partnerschaftsformen in den Bereich der Förderung. Es gibt derzeit gleichwohl eine Präferenzordnung, aber die Rangdistanzen entsprechen nicht mehr der kollektiven Vorstellung von Familie der ersten Nachkriegsjahrzehnte. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass diese Voten auf Spontanäußerungen von Laien beruhen (sie sind keine fachlichen Expertisen); aber sie geben Hinweise auf die aktuelle Wertekonstellation zu diesem Thema. Und diese zielt deutlich in Richtung Öffnung und Pluralität, und gerade nicht in Richtung Fokussierung und Engführung mit restriktiven Voraussetzungen.

Dabei zeigt sich, dass die Einstellungen relativ unabhängig sind von der eigenen Lebenssituation. Die relative Mehrheit von ungewollt Kinderlosen

Votum ungewollt Kinderloser: Wer sollte finanziell unterstützt werden?

im definierten Altersspektrum ist in einer festen Partnerschaft unverheiratet (47 Prozent), dann folgen Singles (30 Prozent) und erst dann verheiratete heterosexuelle Paare (21 Prozent). In eingetragener Partnerschaft (gleichgeschlechtlich) sind in Deutschland weniger als ein Prozent der ungewollt Kinderlosen. Die Mehrheit von 95 Prozent der verheiratet oder unverheiratet Zusammenle-

benden sind heterosexuelle Paare (96 Prozent), die Minderheit gleichgeschlechtliche Paare (vier Prozent). Es sind somit vor allem heterosexuelle Paare, die eine weitere Öffnung der Förderung von Kinderwunschbehandlungen befürworten (obwohl sie selbst nicht davon profitieren, denn sie entsprechen bereits diesen Voraussetzungen).

Ungewollt Kinderlose im Alter von 20 bis 50 Jahren

Lebens- und Partnerschaftskonstellationen

(Mehrfachangaben bestimmter Kombinationen möglich)

	Anteil an der Gesamtheit	Verteilung der Geschlechterorientierung (bei fester Partnerschaft)	
		heterosexuell	homosexuell
Ledig (ohne feste Partnerschaft)	30,5 %		
In fester Partnerschaft, unverheiratet	47,4 %	95,9 %	4,1 %
Verheiratet (im gemeinsamen Haushalt)	21,0 %	95,7 %	4,3 %
In eingetragener Lebenspartnerschaft	0,8 %		
In Trennung lebend	0,5 %		
Geschieden/entpartnert	1,5 %		
Verwitwet (Lebenspartner ist verstorben)	0,1 %		
	100,0 %		

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren
© DELTA-Institut

14

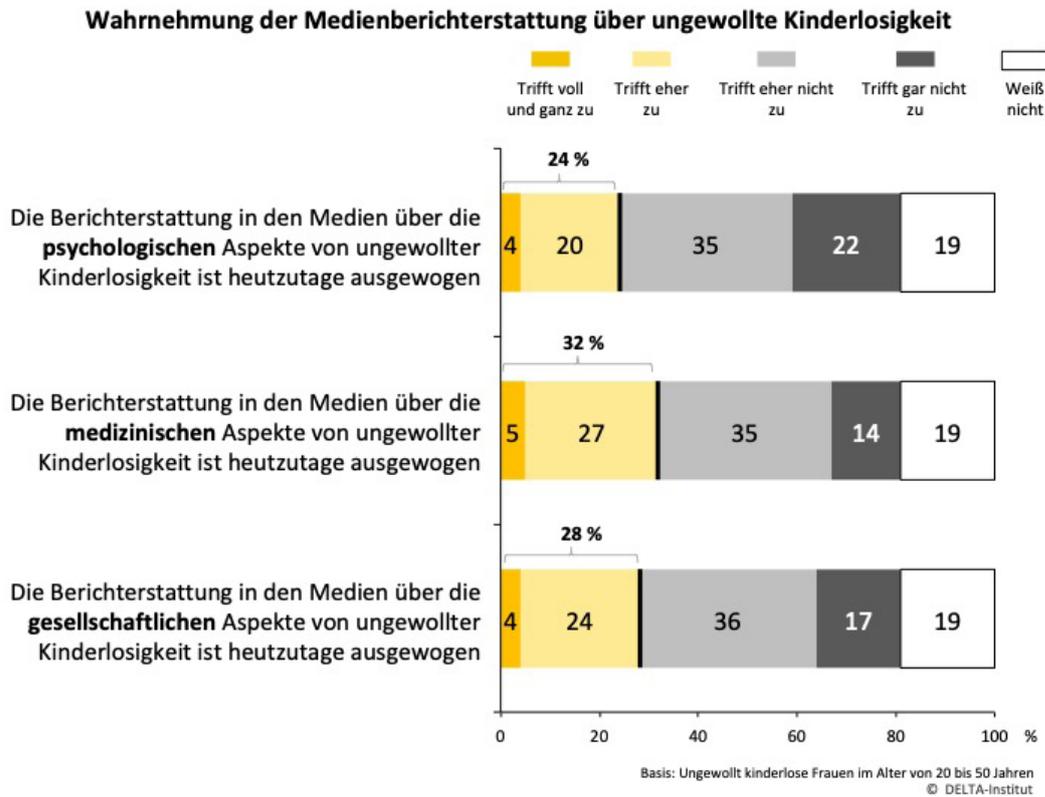
Wahrnehmung der Berichterstattung in den Medien

Kinderlosigkeit ist in unserer Gesellschaft ein Massenphänomen mit erheblichen Konsequenzen für die Bevölkerungsentwicklung, die Sicherung der Sozialsysteme und den Arbeitsmarkt, und vor allem für die Lebensverläufe von Frauen und Männern. Für ungewollt kinderlose Frauen und Männer ist ihr unerfüllter Kinderwunsch dazu meistens ein existenzielles Problem, unter dem sie persönlich und ihre Partnerschaft leiden. Dazu kommen Erfahrungen partieller sozialer Ausgrenzung, der Stigmatisierung und auch Diskriminierung, die zuvor ausführlich beschrieben sind.⁵⁰ Es wurde in dem Zusammenhang auch gezeigt, dass Stigmatisierung von ungewollter Kinderlosigkeit in der Bevölkerung und Tabuisierung des Themas in einem merkwürdigen Steigerungsverhältnis stehen. Stigmatisierung nehmen 47 Prozent wahr (elf Prozent sehr stark); eine Tabuisierung von ungewollter Kinderlosigkeit 53 Prozent

(davon 16 Prozent sehr stark). Insofern kommt der medialen Präsenz des Themas eine entscheidende Rolle zu.

Fragt man Betroffene nach ihrer Wahrnehmung der medialen Berichterstattung, gibt es kaum Unterschiede in der Repräsentanz und Qualität psychologischer, medizinischer und gesellschaftlicher Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit. Nur etwa fünf Prozent finden die Berichterstattungen in den Medien dazu voll und ganz ausgewogen. Noch relativ am besten schneiden Reportagen über medizinische Belange ungewollter Kinderlosigkeit ab, die von 32 Prozent als (eher) ausgewogen wahrgenommen werden – hingegen von 49 Prozent explizit als unausgewogen. Berichte über psychologische Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit finden gar 57 Prozent nicht ausgewogen, über gesellschaftliche Implikationen 53 Prozent.

50 Siehe Kapitel 9



Rechnet man dazu, dass 19 Prozent solche Berichterstattungen nicht kennen oder sich keine einschätzende Meinung dazu gebildet haben, wiegt der Eindruck umso mehr, dass die öffentliche mediale Berichterstattung bei der Tabuisierung und Stigmatisierung von ungewollter Kinderlosigkeit kraftvoll mitwirkt. Nun mag man darüber streiten, ob subjektive Einschätzungen von Betroffenen eine verlässliche Auskunft über die Berichterstattungsqualität sind, denn diese haben keine objektiv neutrale Perspektive. Allerdings sind sie für die Beurteilung der medialen Berichterstattung zu Kinderlosigkeit ein zentraler Maßstab, denn sie repräsentieren die Binnenperspektive. Diese Subjektivität ist somit für eine adäquate fachliche und journalistische Darstellung unverzichtbar als Resonanzboden. Die relativ geringen Zustimmungswerte signalisieren, dass im öffentlichen Diskurs die Lebenssituation ungewollt kinderloser Frauen und Männer in ihren vielfältigen Aspekten meistens nicht adäquat dargestellt ist. Die biografische,

psychische, organische, partnerschaftliche, soziale, (reproduktions-)medizinische Bedeutung von ungewollter Kinderlosigkeit bekommt in jedem Milieu eine eigene Färbung und Struktur.

Insofern sind jene Wahrnehmungen über die weitgehend unangemessene öffentliche Berichterstattung ein Indikator, wie wenig und verzerrt das Thema in der Öffentlichkeit repräsentiert ist, inwiefern das Thema damit öffentlich überhaupt existiert. Diese Einschätzungen aus der Binnenperspektive der Betroffenen befördern begründeten Zweifel, ob die medialen Berichterstattungen, von Ausnahmen abgesehen, jenen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit gerecht werden, in die Tiefendimension der Aspekte eindringen sowie deren wechselseitige Bezüge erfassen. Insofern scheint erheblicher Aufklärungsbedarf zur ausgewogenen medialen Berichterstattung über ungewollte Kinderlosigkeit zu bestehen.

15

Anhang

15.1 Methodische Untersuchungsanlage

Grundgesamtheit der sozialwissenschaftlichen Untersuchung sind Frauen und Männer, die aktuell ungewollt kinderlos sind, im Alter von 20 bis 50 Jahren und wohnhaft in Deutschland.

Im ersten Schritt wurden im Rahmen der **qualitativen Untersuchung** in Form von Gruppendiskussionen mit Betroffenen das Spektrum an Ursachen, Motiven, Einstellungen und Erfahrungen exploriert. Dazu wurden **16 Gruppenwerkstätten** durchgeführt mit ungewollt Kinderlosen, differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildung. Dazu wurden je acht Gruppendiskussionen mit Frauen und Männern durchgeführt, die altershomogen zusammengesetzt waren: 20 bis 24 Jahre; 25 bis 29 Jahre, 30 bis 39 Jahre, 40 bis 50 Jahre. Die Dauer einer Gruppendiskussion betrug drei Stunden. Der großzügige Zeitrahmen war notwendig, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einander vertraut machen und sich zu diesem sensiblen Thema öffnen konnten; damit sie über die verschiedenen Aspekte des Themas in Ruhe, entspannt und ohne Zeitdruck sprechen konnten und auch ihre biografischen Erzählungen Raum fanden. Die Gruppendiskussionen hatten dabei den Charakter einer *Gruppenwerkstatt*, weil durch den Einsatz verschiedener assoziativer und kreativer Methoden nicht nur die bewussten und leicht zu verbalisierbaren Einstellungen, sondern auch die vorbewussten und nonverbalen Bewusstseinsinhalte und Einstellungen erfasst wurden.

Im zweiten Schritt wurde für eine **repräsentative Befragung** der Grundgesamtheit ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der zum Teil aus identischen Fragen von 2013 besteht, zum Teil aus neuen Fragen. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte bundesweit nach dem Verfahren der Zufallsstichprobe.

- Stichprobe: 3.000 Fälle
- Stichprobenziehung: Repräsentative geschichtete Zufallsauswahl
 - zunächst zufällige Auswahl von Haushalten,
 - dann im Haushalt zufällige Auswahl der Befragungsperson, die zur Grundgesamtheit gehören
- Erhebungszeitraum: Oktober 2019 bis Januar 2020

An der Entwicklung des Fragebogens war ein Fachbeirat aus unterschiedlichen Professionen beteiligt. Mitglieder des Fachbeirats waren:

- Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, Fertility Center Berlin, Frauenarzt, Psychotherapeut, Leitender Arzt
- Prof. Dr. phil. Birgit Mayer-Lewis, Evangelische Hochschule Nürnberg, Studiengangsleitung Heilpädagogik
- Monika Uszkoreit, MA, Geschäftsführerin des Bundesverbands Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ)
- Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann, Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie; Dipl.-Psychologe, Psychoanalytiker

15.2 Rechtliche Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin

In Deutschland bestimmt das Embryonenschutzgesetz, zuletzt geändert durch das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID), die Anwendung von Fortpflanzungstechniken sowie den Umgang mit Embryonen. Neben den gesetzlichen Bestimmungen gelten für die Verfahren der Reproduktionsmedizin die Richtlinien der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen (G-BA). Nach dem Gesetz erlaubte Methoden zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sind:

- Übertragung von Samen des Partners (homologe Insemination),
- In-vitro-Fertilisation (IVF) und die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durch speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte,
- Übertragung von bis zu drei befruchteten Eizellen oder Embryonen in einem Zyklus,
- Einfrieren (Kryokonservierung) von Eizellen im Vorkernstadium,
- Übertragung von Samen eines Spenders (heterologe oder donogene Insemination) nur nach ärztlicher und juristischer Beratung unter bestimmten Voraussetzungen und
- Präimplantationsdiagnostik nach ausführlicher medizinischer und psychosozialer Beratung sowie nach Zustimmung einer Ethikkommission.

Gesetzlich verbotene Methoden sind:

- Verwendung fremder Eizellen,
- Leihmutterchaft,
- Experimente an Embryonen (einschließlich Klonen),
- Geschlechterauswahl bei Spermien (außer bei schwerwiegenden geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten),
- Verwendung von Samen bereits Verstorbener.

Kostenübernahme für die Kinderwunschbehandlung: Krankenkassen übernehmen nach

§ 27a SGB V für die in den Richtlinien des G-BA vorgesehenen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bis zu 50 Prozent der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten. Darüber hinaus können Paare seit 2012 eine zusätzliche finanzielle Unterstützung durch Bund und Länder beantragen. Seit Inkrafttreten der „Richtlinie des Bundesfamilienministeriums über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ am 1. April 2012 stellt der Bund finanzielle Hilfen für Kinderwunschbehandlungen nach den Voraussetzungen des § 27a SGB V bereit. Seit der Erweiterung der Bundesförderrichtlinie 2016 können abweichend von § 27a SGB V auch unverheiratete Paare, die in einer auf Dauer angelegten nicht ehelichen, heterosexuellen Lebensgemeinschaft leben, finanzielle Unterstützung aus Bundesmitteln erhalten. Voraussetzung für die Förderung ist, dass sich die Bundesländer mit einem eigenen Landesförderprogramm entsprechend beteiligen. Dabei können je nach Ausrichtung der Landesförderung unterschiedliche Förderkriterien in Bezug auf Art und Umfang der Zuwendung gelten. Die Bundesländer müssen sich jedoch mit Förderanteilen in mindestens gleicher Höhe wie der Bund einbringen. Derzeit (Stand: März 2020) beteiligen sich neun Länder an den finanziellen Hilfen für Kinderwunschbehandlungen:

- Berlin
- Brandenburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Thüringen

Näheres zur Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ unter www.informationsportal-kinderwunsch.de.

Die Kosten für die Voruntersuchungen zur Ursache der Kinderlosigkeit werden in der Regel ebenfalls sowohl von den gesetzlichen als auch privaten Krankenkassen vollständig übernommen.

15.3 Glossar einiger Fachbegriffe

Embryonenspende: Bei einer In-vitro-Fertilisation (IVF) dürfen einer Frau maximal drei Embryonen eingesetzt (transferiert) werden. Allerdings werden im Rahmen der Vorbereitung der IVF meist mehr als drei Eizellen befruchtet, um sicherzustellen, dass man ausreichend befruchtete Eizellen für die IVF zur Verfügung hat. Die nicht eingesetzten Embryonen können anderen Paaren gespendet werden, denen es nicht möglich ist, sich über eine andere Form der künstlichen Befruchtung ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Die Embryonenspende in Deutschland ist durch das Embryonenschutzgesetz nicht verboten. „Die Embryonenspende und die Embryooption stellen keinen strafbaren Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz dar. Dieses ist auch die Auffassung der Bundesregierung (Antwort der Bundesregierung vom 7. August 2001 auf eine schriftliche Frage des Abgeordneten Hubert Hüppe).“⁵¹

Fremdsamenspende = Samenspende durch einen Dritten:

Artifizielle Insemination durch Donor (AID) Samenspende durch einen Dritten (auch DI = Donogene Insemination oder heterologe Insemination). Gründe für die Notwendigkeit einer Samenspende können sein: (1) die definitive Unfruchtbarkeit des Ehemannes; (2) dauerhaft zu schlechte Spermienqualität des Ehemannes (zum Beispiel nach wiederholten erfolglosen Behandlungen anderer Art); (3) Erbgutstörungen auf Seiten des Ehemannes, die anders (zum Beispiel durch eine PID) nicht zu überwinden sind.

Insemination: Die Intrauterine-Insemination (IUI) ist eine wenig belastende und in aller Regel schmerzfreie Behandlungsmethode, bei der das aufbereitete (das heißt das gewaschene und konzentrierte) Sperma des Mannes mit einem speziellen Katheter direkt in die Gebärmutter der Frau eingespült wird. Im Allgemeinen wird unter der IUI die „homologe Insemination“ verstanden, bei der das Sperma des Ehe-Partners verwendet wird. Daneben gibt es aber auch die „heterologe

Insemination“, bei der das Sperma eines Samen-spenders Verwendung findet.

In-vitro-Fertilisation (IVF): Die IVF stellt das klassische Behandlungsverfahren der Kinderwunschbehandlung seit seiner ersten erfolgreichen Anwendung 1978 dar und wird im Volksmund auch oft „künstliche Befruchtung“ genannt. Man versteht darunter das Zusammenbringen von Eizellen der Frau und des Spermas des Mannes im ‚Reagenzglas‘ außerhalb des Körpers der Frau: selbstständiges Eindringen eines Spermiums in die Eizelle nach Zugabe von aufbereiteten Spermien. Üblicherweise wird die IVF dann durchgeführt, wenn entweder

- die Eileiter der Frau nicht mehr richtig funktionieren (das heißt, in ihrer Funktion behindert sind, also nicht mehr in der Lage sind, sich über die Eierstöcke zu stützen – wobei sie durchaus noch durchgängig sein können)
- die Eileiter der Frau irreparabel (das heißt, nicht mehr zu reparieren) verschlossen sind,
- eine ausgeprägte Endometriose diagnostiziert wurde oder
- eine unerklärliche Unfruchtbarkeit besteht.

Wichtig: die Spermaqualität des Mannes sollte entweder normal sein oder sich nach der Spermapräparation (das heißt dem Waschen und Konzentrieren des Samens) normalisiert haben.

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (oder Intra-Cytoplasmatische-Spermien-Injektion, kurz ICSI):

Die ICSI (auch Mikroinjektion) läuft im Prinzip genauso ab wie eine IVF-Behandlung. Die einzelnen dort aufgeführten Schritte, wie die Stimulation, Follikelpunktion und der Embryotransfer, sind für die Patientinnen und Patienten völlig identisch, nur die Maßnahme im IVF-Labor selbst unterscheidet sich. Das heißt, im Gegensatz zur IVF überlässt man das Eindringen des Spermiums in die Eizelle nicht dem Zufall, sondern sorgt mittels einer hauchdünnen Glasnadel für das direkte Einbringen eines einzelnen Spermiums in eine Eizelle hinein. Gründe für die Notwendigkeit der Durchführung der ICSI sind:

- deutlich eingeschränktes Spermogramm (nach WHO-Standard), wie es hier beschrieben ist

51 Stellungnahme der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, Zweiter Zwischenbericht; Drucksache Deutscher Bundestag 14/7546 vom 21.11.2001

- Fertilisationsversagen, das heißt ausbleibende Befruchtung im Rahmen der IVF-Behandlung

Voraussetzung für gesetzlich versicherte Patienten (GKV) zur Durchführung der ICSI ist, dass sich der eingeschränkte Spermiogrammbefund beim Mann wenigstens zweimal im Abstand von mindestens zwölf Wochen hat nachweisen lassen jeweils nach WHO-Standard. Wenn eine Indikation zur ICSI besteht, haben die Patienten einen Anspruch auf eine humangenetische Beratung, um möglichst auszuschließen, dass es keine Ursächlichkeiten auf der Ebene des Erbgutes für die geplante Maßnahme gibt.

TESE (Testikuläre Spermienextraktion): Bei einer Azoospermie, dem völligen Fehlen von Spermien im Ejakulat, lohnt sich der Versuch sie direkt aus dem Hoden zu gewinnen. Selten ist die Spermato-genese total versiegt, häufig findet noch eine – wenn auch sehr eingeschränkte – Spermienbildung im Hodengewebe statt. In lokaler oder auch allgemeiner Betäubung werden nach Öffnung der Haut einige winzige Gewebestücke direkt aus dem Hoden gewonnen (Hodenbiopsie). Ein Gewebestück wird einer feingeweblichen Untersuchung unterzogen (Histologie), die anderen werden entweder tiefgefroren („Kryokonservierung“/ „Freezing“) oder – bei gleichzeitiger ICSI-Therapie – direkt zur Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion eingesetzt.

Kryokonservierung: Nach dem Eintritt einer Samenzelle in das Zellinnere können die Eizellen im sogenannten Vorkernstadium, also noch vor der Verschmelzung der mütterlichen und väterlichen Chromosomen, tiefgefroren werden. Der Vorteil besteht darin, diese Eizellen ohne hormonelle Stimulation und operative Eizellgewinnung in weiteren Zyklen einsetzen zu können. Die Erfolgchancen des einzelnen stimulierten Behandlungszyklus lassen sich auf diesem Weg deutlich steigern. Nach kompletter Dehydrierung durch ein „Kryoprotektivum“ werden befruchtete Eizellen im sogenannten Vorkernstadium innerhalb von zwei Stunden langsam in flüssigen Stickstoff (-196 °C) eingetaucht. Sie lagern dort portionsweise (meist zwei bis drei Eizellen) in sogenannten Straws. In flüssigem Stickstoff sind sie unbegrenzt lagerbar.

Stimulation: In aller Regel ist für die IVF eine Stimulation notwendig, das heißt, es erfolgt eine Anregung des Eizellwachstums der Eierstöcke durch körpereigentliche Hormone. Dabei verabreicht man sich täglich – meist abends vor dem Schlafengehen – eine Injektion mit einer hauchdünnen Nadel in die Bauchdecke (ähnlich wie bei Diabetikerinnen/Diabetikern). Darunter wachsen dann die Eibläschen heran.

Social Freezing: Wenn ein geeigneter Partner für die Familienplanung noch nicht gefunden wurde, oder wenn aus anderen persönlich-biografischen, sozialen oder gesundheitlichen Gründen (*Medical Freezing*) die Familienplanung aufgeschoben werden muss oder soll, können nach hormoneller Stimulation Eizellen wie bei einer IVF-Behandlung entnommen und diese unbefruchtet vitrifiziert (sehr schnelle Kryokonservierung in flüssigem Stickstoff) werden, um diese für den späteren Gebrauch aufzutauen und zu befruchten. Diese Eizell-Konservierung aus nicht medizinischen, sondern vielfältig bedingten Gründen, auch als „Social Freezing“ bekannt, sollte in einem Lebensalter stattfinden, in dem die Wahrscheinlichkeit durch Befruchtung der dann später aufgetauten Eizellen eine Schwangerschaft zu erzielen, hoch ist, also vor dem 35. Lebensjahr. Durch vorzeitiges Konservieren von Eizellen aus einem jüngeren Lebensalter ist es also möglich, die höheren Chancen für eine weitergehende Schwangerschaft zu erhalten.

Medical Freezing: Einige Therapien von Krebserkrankungen, wie Chemotherapie oder Bestrahlung, können das Eierstockgewebe oder das Hodengewebe schädigen und somit die Fruchtbarkeit reduzieren oder sogar aufheben. Hier können noch vor Beginn einer solchen Therapie nach hormoneller Stimulation Eizellen (befruchtet oder unbefruchtet) oder Spermien eingefroren werden.

Das **deutsche Embryonenschutzgesetz** ist deutlich: **Ezellenspenden und Leihmutterchaften sind in Deutschland verboten.**

Ezellenspende: Wird einer Frau im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation eine befruchtete Eizelle einer anderen Frau eingesetzt, weil sie selbst zum

Beispiel keine gesunden Eizellen produzieren kann, so spricht man von einer Eizellenspende. Normalerweise wird von einer anderen Frau die Eizelle genommen und dann mit dem Sperma des Partners befruchtet. Im Anschluss wird die befruchtete Eizelle durch eine In-vitro-Fertilisation (IVF) der Frau eingesetzt. Eizellenspenden sind in Deutschland im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes verboten. In anderen europäischen Nachbarländern wie Belgien, Frankreich oder Spanien sind sie allerdings erlaubt. Auch in den USA darf eine solche Behandlung durchgeführt werden.

Leihmutterchaft: Wenn es einer Frau gänzlich unmöglich ist, ein Kind selbst auszutragen, überlegen einige Paare, eine fremde Frau ihr Baby austragen zu lassen. Oft wird dabei an eine Befruchtung der anderen Frau mit dem Sperma des Mannes gedacht, damit das Kind wenigstens teilweise noch genetisch von seinen Eltern abstammt. Oder aber von der Frau und von dem Mann werden vorher Eizelle und Sperma genommen, im Reagenzglas befruchtet und dann der Leihmutter eingesetzt. Der erste Fall wird als „partielle Leihmutterchaft“, der zweite Fall als „volle Leihmutterchaft“ bezeichnet. Nach der Geburt wird das Kind in der Regel direkt an das Paar übergeben.

Auch diese Praxis ist in Deutschland im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes verboten. Die Gesetzeslage in anderen Ländern unterscheidet sich jedoch auch bei der Leihmutterchaft. Während sie in Österreich, der Schweiz und Dänemark zum Beispiel verboten ist, ist das Vorgehen bei unseren Nachbarn in Belgien und den Niederlanden erlaubt.

15.4 Soziale Milieus

Soziale Milieus sind eine Weiterentwicklung des herkömmlichen Schichtenmodells zur Beschreibung einer Gesellschaft und gründen in der soziologisch-phänomenologischen Lebensweltanalyse (Schütz, Luckmann, Berger). Das Milieumodell ist keine Alternative zum vormaligen, rein soziodemografischen Schichtungsmodell (mit den Merkmalen Einkommen, Bildung, Berufsposition, aus denen die soziale Lagerung nach Oberschicht, Mittelschicht, Unterschicht bestimmt wird), sondern eine Erweiterung: Denn mit zunehmender Individualisierung und Pluralisierung der Gesellschaft ist die Schichtzugehörigkeit nicht mehr suffizient, um die Einstellungen und Verhaltensmuster der Menschen zu verstehen und zu erklären. Die von Bourdieu (1979) vorgenommene Erweiterung des Kapitalbegriffs (materielles, kulturelles, soziales, symbolisches Kapital) führte in der empirischen Sozialstrukturforschung dazu, die Alltagswelten der Menschen und damit die Gesellschaft komplexer in den Blick zu nehmen und neben der objektiven äußeren Lage auch die subjektiven Dimensionen mit zu erfassen. Insofern fassen Milieus Menschen zusammen, die sich in ihrer Lebensauffassung und Lebensweise ähneln; Menschen mit ähnlichen Werten (Einstellungen, Präferenzen, Weltanschauungen), ähnlichem Lebensstil (Routinen, Gewohnheiten, Verhaltensmuster) und ähnlicher sozialer Lage.⁵²

52 Vergleiche Bourdieu, Pierre: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt am Main 1982 (französisch: La distinction. Critique sociale du jugement, Paris 1979); Hradil, Stefan: Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft, Opladen 1987; Ueltzhöffer, Jörg/Berthold Bodo Flaig/Thomas Meyer: Alltagsästhetik und politische Kultur, Bonn 1993; Helmut Bremer/Andrea Lange-Vester (Hg.): Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur, Wiesbaden 2006; Wippermann, Carsten: Milieus in Bewegung. Werte, Sinn, Religion und Ästhetik in Deutschland, Würzburg 2011; derselbe: Eltern – Lehrer – Schulerfolg: Wahrnehmung und Erfahrungen im Schulalltag von Eltern und Lehrern, Stuttgart 2013; derselbe: Kitas im Aufbruch – Männer in Kitas. Die Rolle von Kitas aus Sicht von Eltern und pädagogischen Fachkräften. Sozialwissenschaftliche Untersuchung im Auftrag der Koordinationsstelle „Chance Quereinstieg/Männer in Kitas“ sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Penzberg/Berlin 2018



Kurzcharakterisierung der DELTA-Milieus®

Klassische gehobene Leitmilieus

Konservative 5%	Das klassische deutsche Bildungsbürgertum: Konservative Kulturkritik, humanistisch geprägte Pflichtauffassung und Verantwortungsethik; gepflegte Umgangsformen; klare Vorstellung vom richtigen Leben und Auftreten sowie von einer guten und richtigen Gesellschaft
Etablierte 6%	Das selbstbewusste Establishment: Erfolgsethik, Machbarkeitsdenken, Exklusivitätsansprüche und ausgeprägte Clanning- und Distinktionskultur; stolz darauf, dank eigener Leistung an der Spitze zu stehen und zur Führungselite des Landes zu gehören; eingebunden in vielfältige Aufgaben mit großer Verantwortung für andere; Normalität des Drucks, die richtige Entscheidung für Gegenwart und Zukunft zu treffen; kosmopolitischer Habitus des Entrepreneurs und Topmanagers für das Unternehmen, für Deutschland, für Europa
Postmaterielle 10%	Aufgeklärte Nach-68er: konstruktiv-kritisch gegenüber Neoliberalismus und Globalisierung; postmaterielle Werte und anspruchsvoller (bewusster) Lebensstil; die Welt ist nicht in Ordnung, daher „Change the world!“. Verhältnisse in der Welt, wie sie derzeit sind, nicht akzeptieren, sondern visionär und ursächlich verändern; für mehr Gerechtigkeit, Frieden, Individualität, Selbstverwirklichung, Subsidiarität, Nachhaltigkeit und eine gerechte Zukunft müssen gesellschaftliche Strukturen und die Lebensstile der Einzelnen geändert werden; Entschleunigung: Widerstand gegen modernistische Alltagsideologien

Soziokulturell junge gehobene Milieus (neue Leitmilieus)

Performer 13%	Die multioptionale, effizienzorientierte, optimistisch-pragmatische neue Leistungselite mit global-ökonomischem Denken und stilistischem Avantgarde-Anspruch: hohe IT- und Multimedia-Kompetenz; mental geografisch und kulturell flexibel, Geschwindigkeit und Know-how als Wettbewerbsvorteile; Freude am hohen Lebensstandard, mit Lust am Besonderen positiven; klare Positionen beziehen, aber sich nichts – aus Prinzip – verbieten oder verbauen
Expeditive 8%	Die unkonventionelle kreative Avantgarde: programmatisch individualistisch, mental und geografisch mobil; stets auf der Suche nach neuen Grenzen und ihrer Überwindung; hohe Investitionsbereitschaft und Kompromisslosigkeit für eigene (temporäre) Projekte und Passionen; in anderen Bereichen hohe Anpassungsfähigkeit und Frustrationstoleranz

Milieus im konventionellen Mainstream

Traditionelle 15 %	Die Sicherheit und Ordnung liebende Nachkriegs- und Wiederaufbaugeneration: beheimatet in der traditionellen kleinbürgerlichen Arbeiterkultur sowie in der traditionell-bürgerlichen Welt: sich einfügen und anpassen; Versuch der jüngeren Generationen zu mehr Mobilität und Flexibilität in Bezug auf Einstellungen, Lebensstil, Reisen, Arbeit
Bürgerliche Mitte 18 %	Der leistungs- und anpassungsbereite bürgerliche Mainstream: Streben nach beruflicher und sozialer Etablierung, nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen; Erhalt des Status quo; Wunsch, beruflich und sozial „anzukommen“, um beruhigt und aufgehoben ein modernes Leben führen zu können; die zunehmend verlangte Flexibilität und Mobilität im Beruf sowie biografische Brüche (perforierte Lebensläufe) werden jedoch als existenzielle Bedrohung erfahren

Milieus der modernen Unterschicht

Benachteiligte 14 %	Die um Orientierung und Teilhabe bemühte Unterschicht; starke Zukunftsängste und Ressentiments: Anschluss halten an die Ausstattungsstandards der breiten Mitte als Kompensationsversuch sozialer Benachteiligungen; geringe Aufstiegsperspektiven; teils frustrierte und resignative, teils offensiv delegative Grundhaltung, Rückzug ins eigene soziale Umfeld
Hedonisten 11 %	Die spaß- und erlebnisorientierte moderne Unterschicht/untere Mittelschicht: Leben im Hier und Jetzt, Verweigerung von Konventionen und Verhaltenserwartungen der Leistungsgesellschaft einerseits; Genuss der Angebote der Medien- und Eventgesellschaft andererseits

Impressum

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Tel.: 030 18 272 2721
Fax: 030 18 10 272 2721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20 179 130
Montag–Donnerstag: 9–18 Uhr
Fax: 030 18 555-4400
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*

Autor: Prof. Dr. Carsten Wippermann
DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH, Fischhaberstraße 49a
82377 Penzberg
HRB 187781, Amtsgericht München

Artikelnummer: 4BR234

Stand: September 2020, 1. Auflage

Gestaltung: www.zweiband.de

Druck: MKL Druck GmbH & Co. KG

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 zur Verfügung. In den teilnehmenden Regionen erreichen Sie die 115 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr. Die 115 ist sowohl aus dem Festnetz als auch aus vielen Mobilfunknetzen zum Ortstarif und damit kostenlos über Flatrates erreichbar. Gehörlose haben die Möglichkeit, über die SIP-Adresse 115@gebaerdentelefon.d115.de Informationen zu erhalten. Angaben dazu, ob in Ihrer Region die 115 erreichbar ist, und weitere Informationen zur einheitlichen Behördenrufnummer finden Sie unter <http://www.d115.de>.

 Engagement

 Familie

 Ältere Menschen

 Gleichstellung

 Kinder und Jugend