



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Kinderlose Frauen und Männer

Befragte mit Migrationshintergrund

Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf
und Nutzung von Unterstützungsangeboten

Kinderlose Frauen und Männer

Befragte mit Migrationshintergrund

Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf
und Nutzung von Unterstützungsangeboten

Inhalt

1. Einleitung	7
2. Zentrale Befunde	10
3. Basisdaten	13
4. Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit: Struktur und Veränderungen	18
5. Gewollte Kinderlosigkeit: Vielfalt der Haltungen und Zeitperspektiven	25
5.1 Migrantinnen: Schwerpunkt in gehobenen Schichten und Milieus	25
5.2 Fester Kinderwunsch in der Zukunft	28
5.3 Soziale Hierarchie (Bildungsschichten)	32
5.4 Partnersituation gewollt kinderloser Frauen und Männer mit Migrationshintergrund	38
5.5 Projektieren und zeitliches Verschieben des festen Kinderwunsches	41
5.6 Begründungen und Perspektiven, momentan kein Kind zu wollen	45
6. Zwischenfazit: gewollte Kinderlosigkeit als temporäres Phänomen	54
7. Ungewollte Kinderlosigkeit (momentaner Wunsch nach einem Kind)	57
7.1 Partnersituation und Familienstand	57
7.2 Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit	58
7.3 Erstmals der konkrete Wunsch nach einem Kind	61
7.4 Der Gedanke, dass es auf „natürlichem“ Weg ohne Kinderwunschbehandlung möglicherweise nicht klappt	62
8. Unterstützungsmöglichkeiten: reproduktionsmedizinische Maßnahmen, psychosoziale Beratung, Adoption u. a.	64
8.1 Bekanntheit	64
8.2 Bisherige Nutzung	69
8.3 Künftige Nutzungsbereitschaft	70
8.4 Altersgrenzen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen	76
8.5 Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung	79
9. Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch	83
9.1 Bekanntheit und Nutzung	83
9.2 Erwartungen an psychosoziale Beratung	84
9.3 Leichte Präferenzen für weibliche Beraterinnen bei beiden Geschlechtern	88
10. Informationsquellen zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“	89

11. Vertiefung: Einstellungen zum Kinderwunsch	91
11.1 Hierarchie der Einstellungen und Motive	91
11.2 Breites Spektrum und erhebliche Differenzen	94
11.3 Sieben Hauptdimensionen	100
12. Anhang	112
12.1 Methodische Untersuchungsanlage	112
12.2 Rechtliche Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin	114
12.3 Glossar einiger Fachbegriffe	115

1. Einleitung

In Deutschland leben Tausende Frauen und Männer mit Migrationshintergrund¹, die ungewollt oder gewollt keine Kinder haben. Der Mainstream der Medien und auch die Fachliteratur zu Kinderlosigkeit thematisieren diese vorrangig in Bezug auf den demografischen Wandel, die Konsequenzen für Volkswirtschaft und Sozialsysteme sowie im Horizont verzweifelter Frauen und Männer, die sich ein Kind wünschen, aber bisher keines bekommen konnten, und für die Reproduktionsmedizin, psychosoziale Beratung und Adoptionsrecht Hilfen und Lösungen anbieten. Dabei wird das Thema Kinderlosigkeit meist reflexhaft und selbstverständlich als Phänomen und Problem der (autochthonen) deutschen Bevölkerung behandelt – und es rücken Menschen mit Migrationshintergrund nicht in gleicher Weise in den Blick dieser makroökonomischen, lebensweltlichen und individualbiografischen Diskussion. Die auffällig geringe Aufmerksamkeit, die der Teilgruppe „Migrantinnen und Migranten“ beim Thema Kinderlosigkeit zuteilwird, erzeugt performativ den Eindruck, als seien Frauen und Männer mit Migrationshintergrund nicht von Kinderlosigkeit betroffen oder als sei ihre Kinderlosigkeit gesellschaftlich unerheblich. Bereits der Blick auf die Statistik zeigt, dass dies nicht stimmt. Ein Fünftel der in Deutschland lebenden Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund: Im Jahr 2012 lebten in Deutschland 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. In Relation zum Bevölkerungsumfang von 80,5 Millionen im Jahr 2012 ist dies ein Anteil von 20,2%.² Von den Frauen und Männern mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 50 Jahren haben 37 % der Frauen und 48 % der Männer keine Kinder.³

Kinderlosigkeit ist für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund eine weitverbreitete, gesellschaftlich *faktisch* normale Realität, zugleich für die einzelne Frau und den einzelnen Mann ohne Kind *subjektiv* keine Normalität. *Ungewollte* Kinderlosigkeit bedeutet für betroffene Frauen und Männer, ihren individuellen und partnerschaftlichen Lebensentwurf nicht realisieren zu können, und ist oft mit erheblichem subjektiven Leiden verbunden; teilweise auch verstärkt und verstetigt durch Erwartungsdruck aus dem sozialen Umfeld. Die Suche nach Möglichkeiten, doch noch ein Kind zu bekommen, gestaltet sich schwierig, da Infertilität in weiten Teilen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund tabuisiert wird, viele

-
- 1 Menschen mit Migrationshintergrund sind in dieser Untersuchung definiert gemäß dem Statistischen Bundesamt: „Alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden 2010, Textteil: Methodische Bemerkungen mit Übersicht über die Ergebnisse.
 - 2 10,9 Millionen von ihnen sind selbst nach 1949 aus dem Ausland zugewandert, weitere 5,4 Millionen wurden als deren Kinder in Deutschland geboren. Quelle: Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 430 vom 17.12.2013.
 - 3 Quelle: Repräsentativbefragung des BMFSFJ im Jahr 2008 zu Menschen mit Migrationshintergrund zu Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Gleichstellung von Frauen und Männern („BMFSFJ Migranten-Gleichstellungsuntersuchung 2008“): Basis der Teilstichprobe von Frauen und Männern im Alter zwischen 20 und 50 Jahren: 1.298 Fälle.

nicht konkret über die vielfältigen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin informiert sind oder finanzielle, weltanschauliche, soziale oder emotionale Hemmschwellen sie hindern, diese in Anspruch zu nehmen oder überhaupt zu erwägen. Viele Migrantinnen und Migranten kennen auch die Angebote psychosozialer Unterstützung nicht oder haben Zugangsbarrieren; viele nehmen die Möglichkeit einer Adoption nicht in den Blick, weil in ihrer Lebenswelt diese nur selten genutzt wird, Adoptionen sozial stigmatisiert oder an strenge sozioethnische Kriterien geknüpft werden.

Dazu kommt, dass die Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung, der psychosozialen Beratung sowie der Adoption nicht aktiv an Frauen und Männer mit Migrationshintergrund kommuniziert werden: Sie sind meist nicht Zielgruppe dieser Angebote und Kommunikationsstrategien. So bleiben diese Möglichkeiten auch bei größerer Notwendigkeit häufig ungenutzt.

Es gibt auch Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, die sich bewusst (mittel- oder langfristig) gegen ein Kind entscheiden. Sie machen die Erfahrung, aufgrund ihrer *Entscheidung gegen Kinder* offen oder latent stigmatisiert zu werden. Gerade im familiären Umfeld stoßen diese Frauen und Männer teilweise auf Unverständnis und sozialen Druck.

Ziel dieser Untersuchung ist die Gewinnung repräsentativer Daten zu gewollt und ungewollt kinderlosen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund in verschiedenen Altersstufen und Lebenslagen.⁴ Dabei geht es auch um die Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft von Kinderwunschbehandlungen sowie von psychosozialen Beratungsangeboten. Es sollen so belastbare Daten gewonnen werden:

- zur Entwicklung von Kommunikationsstrategien zur Enttabuisierung, Entstigmatisierung und präventiven Aufklärung von ungewollter wie gewollter Kinderlosigkeit in der Gesellschaft sowie unterstützender Maßnahmen und Lösungen;
- um die Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbessern;
- um das psychosoziale Beratungsangebot bei ungewollter Kinderlosigkeit zu stärken.

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine homogene Gruppe, sondern vielfältig und unterscheiden sich in ihrer sozialen Lage (Einkommen, Bildung, berufliche Position), ihrer ethnischen Herkunft und (individuellen, familiären) Migrationsbiografie sowie ihrer Lebenswelt (soziales Milieu). Differenzierung ist notwendig und dies geschieht in dieser Untersuchung, soweit es die Daten ermöglichen. Die Befunde der Untersuchung werden systematisch dargestellt (1.) für die Grundgesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund⁵ in Deutschland im Alter zwischen 20 und 50 Jahren sowie differenziert für die beiden größten Ethnien (2.) Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler und (3.) Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund.⁶

4 Diese Untersuchung kann aufgrund der Sensibilität des Themas und der vielschichtigen Betroffenheit nicht alle offenen Fragen beantworten. Beispielsweise nimmt sie keine umfassende Bestandsaufnahme des Leidens unter Kinderlosigkeit und der Leidensbewältigung vor.

5 Die Grundgesamtheit der Migrantinnen und Migranten stellt aufgrund der Zufallsstichprobe ein repräsentatives Abbild gemäß dem Anteil der Ethnien in Deutschland dar und umfasst neben Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern und Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Polen, Italien, Griechenland, asiatischen und afrikanischen Staaten, Nord- und Südamerika sowie anderer ethnischer Herkunft. Da bislang unbekannt ist, wie sich der Anteil der Kinderlosen auf die jeweiligen Ethnien verteilt, wurde die Stichprobe ohne ethnische Schichtungskriterien gezogen.

6 In der Teilstichprobe der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer ist eine ethnische Differenzierung aufgrund geringer Fallzahlen nicht möglich.

Die Motive für (zeitweilig oder dauerhaft) gewollte Kinderlosigkeit gründen in einem vielfältigen Spektrum biologischer, medizinischer, beruflicher, partnerschaftlicher, soziokultureller, ethnischer und auch rechtlicher Faktoren. Dazu ist es notwendig, die Ethnien nicht nur generell zu vergleichen, sondern konkret und differenziert die Erfahrungen, Einstellungen und Perspektiven zur eigenen Kinderlosigkeit zu erfassen, und zwar ohne reflexhaft die ethnische Herkunft als erklärende Ursache heranzuziehen.

Bislang gibt es keine fundierten lebensweltlichen Untersuchungen und Zahlen darüber, a) wie viele Frauen und Männer mit Migrationshintergrund gewollt oder ungewollt kinderlos sind, b) welche Faktoren in der Lebensplanung eine Rolle spielen oder welche ursächlich verantwortlich sind, c) wie Frauen und wie Männer mit ihrer Kinderlosigkeit individuell und als Paar umgehen, d) welche Strategien sie bei ungewollter Kinderlosigkeit verfolgen, ob und welche Maßnahmen sie kennen und nutzen.

All diese Aspekte sind mit dem Alter, der Lebensphase und dem Lebenslauf verbunden sowie eng gekoppelt an Geschlechterrollenbilder und abhängig von soziokulturellen Lebenswelten.

Auf dieser Grundlage ist es das Ziel, in einer qualitativen Grundlagenstudie und einer anschließenden quantitativen Repräsentativbefragung von kinderlosen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 50 Jahren belastbare Daten zu gewinnen und sich den Lebenswirklichkeiten kinderloser Frauen und Männer mit Migrationshintergrund anzunähern. Grundgesamtheit sind kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter von 20 bis 50 Jahren, dauerhaft wohnhaft in Deutschland. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine geschichtete **Zufallsstichprobe von 1.271 kinderlosen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund** gezogen.

Empirisch gliedert sich die Stichprobe in zwei Teilsegmente:

- **Momentan gewollt Kinderlose:** Frauen und Männer, die derzeit kein Kind wollen (Teilstichprobenumfang: 891 Fälle (70%))
- **Momentan ungewollt Kinderlose:** Frauen und Männer mit derzeit unerfülltem Kinderwunsch (Teilstichprobenumfang: 380 Fälle (30%))

Die Grundgesamtheit ist umfassend definiert. Sie schließt Frauen und Männer unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, in festen Partnerschaftsmodellen (Ehe, nicht eheliche Lebensgemeinschaft, living apart together) wie auch ohne (aktuelle oder bisherige) Partnerschaft ein. Gewollte Kinderlosigkeit und ungewollte Kinderlosigkeit sind definiert als subjektive Selbstverortungen von Frauen und Männern.

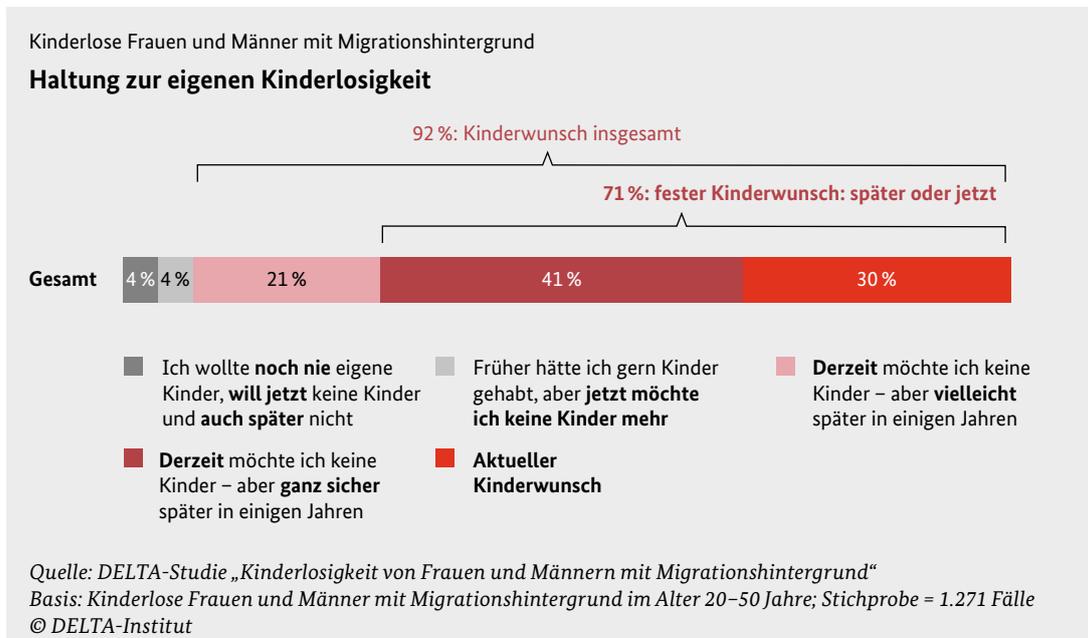
Die vorliegende Studie ist eine vertiefte Untersuchung auf Grundlage der Basisuntersuchung „Kinderlose Frauen und Männer“⁷ des DELTA-Instituts für Sozial- und Ökologieforschung. Sie stützt sich damit auf zwei Repräsentativbefragungen und die zugehörigen qualitativen Grundlagenstudien, die in den Grafiken und Tabellen folgendermaßen bezeichnet werden:

- BMFSFJ Migranten-Gleichstellungsuntersuchung 2008
- DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“ 2014
- DELTA-Studie „Kinderlosigkeit“ 2014

2. Zentrale Befunde

- 1.) Kinderlosigkeit ist bei Migrantinnen und Migranten aller Ethnien, Altersgruppen, Lebensphasen, Schichten und Lebenswelten weitverbreitet – allerdings in unterschiedlichem Grade: Vor allem junge Migrantinnen im Alter von 20 bis 29 Jahren schieben ihren Kinderwunsch oft zeitlich auf. Frauen und Männer im Alter von 40 bis 50 Jahren schließen mit ihrem Kinderwunsch endgültig ab und orientieren sich neu. Dies trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer. Männer leben häufig mit der Haltung und Zukunftsperspektive „*forever young – forever fertile*“ und können sich auch im Alter über 40 Jahre (einige auch über 50 Jahre) noch „natürlich“ vorstellen, ein erstes Kind zu bekommen. Frauen hingegen sehen für ihren Kinderwunsch ein klar umrissenes Zeitfenster: Den richtigen Zeitpunkt für ein (erstes) Kind sehen die meisten Migrantinnen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Etwa ab dem 35. Lebensjahr wächst zunehmend der durch die „biologische Uhr“ bedingte Druck, bald ein Kind bekommen zu müssen; Anfang der fünften Lebensdekade schließt ein Großteil der Frauen mit ihrem bisher unerfüllten Kinderwunsch ab und richtet seine Lebensplanung neu aus. Das gilt für die Mehrheit; es gibt aber eine signifikante Ausnahme: Frauen mit türkischem Migrationshintergrund halten meist auch nach dem 40. Lebensjahr weiter an ihrem Kinderwunsch fest.
- 2.) Stärker noch als kinderlose autochthone Frauen und Männer (*ohne* Migrationshintergrund) bewerten kinderlose Migrantinnen und Migranten das Leben mit Kindern äußerst positiv. Kinder zu haben ist für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ein zentrales Lebens- und Erlebnisziel, Elternschaft ein elementarer Teil ihrer ganzheitlichen Identität. Dies gilt sowohl für ungewollt Kinderlose als auch für die überwiegende Mehrheit der (aktuell) gewollt Kinderlosen.
 - Von allen Kinderlosen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 50 Jahren sind 30% ungewollt kinderlos und wünschen sich teilweise schon seit vielen Jahren ein eigenes Kind. Der Anteil ungewollt kinderloser Migrantinnen und Migranten an der Grundgesamtheit der kinderlosen Menschen mit Migrationshintergrund ist höher als der Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer in der autochthonen Bevölkerung ohne Kind(er). Vor allem Spätaussiedlerinnen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund haben oft einen unerfüllten Kinderwunsch.
 - 70% der Kinderlosen mit Migrationshintergrund wollen *momentan* kein Kind. Das Spektrum ist differenziert:
 - Nur 4% der kinderlosen Migrantinnen und Migranten wollen dauerhaft keine Kinder bekommen. Kinderlosigkeit ist hier eine prinzipielle und auf Dauer ausgerichtete Lebensperspektive.
 - Weitere 4% der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund haben sich bereits von ihrem Wunsch verabschiedet, ein Kind zu bekommen. Viele von ihnen haben lange Jahre versucht, ihren Kinderwunsch umzusetzen, und sich dann damit abgefunden, dass dieser nicht (mehr) realisiert werden kann.

- Die Mehrheit der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund hat aktuell keinen konkreten Kinderwunsch, wünscht sich jedoch für die Zukunft optional oder sicher ein Kind. Ihre gewollte Kinderlosigkeit ist eine zeitlich befristete Haltung mit der Perspektive der Familiengründung. 21 % der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund wünschen sich aktuell kein Kind, möchten aber in der Zukunft „vielleicht“ eine Familie gründen. 41 % der Migrantinnen und Migranten sind sich sogar „ganz sicher“, in der Zukunft Kinder haben zu wollen.



Diese Haltung der aufgeschobenen Elternschaft haben vor allem Migrantinnen mit hoher Schulbildung und langer Ausbildungsphase. Gründe sind vor allem gewachsene Anforderungen im Arbeitsmarkt, Aufstiegschancen sowie die berufliche Flexibilität bei gleichzeitiger traditioneller Rollenteilung in der Partnerschaft. Durch diese Rahmungen erscheint es Frauen subjektiv rational, ihren Wunsch nach Kindern und Familie der beruflichen Etablierung zeitlich nachzuordnen. Dazu kommen bei einigen unzureichende oder tendenziell falsche Informationen über die biologisch sinkende Fruchtbarkeit. In jungen Jahren dominiert die Einstellung, jetzt Karriere machen zu müssen und Kinder sicher auch später noch bekommen zu können.

Die grundsätzliche Frage, ob sie überhaupt jemals ein Kind wollen, ist hingegen häufiger bei Frauen mit geringer formaler Bildung anzutreffen. Vor allem Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und niedriger Schulbildung möchten auch dauerhaft keine Kinder bekommen.

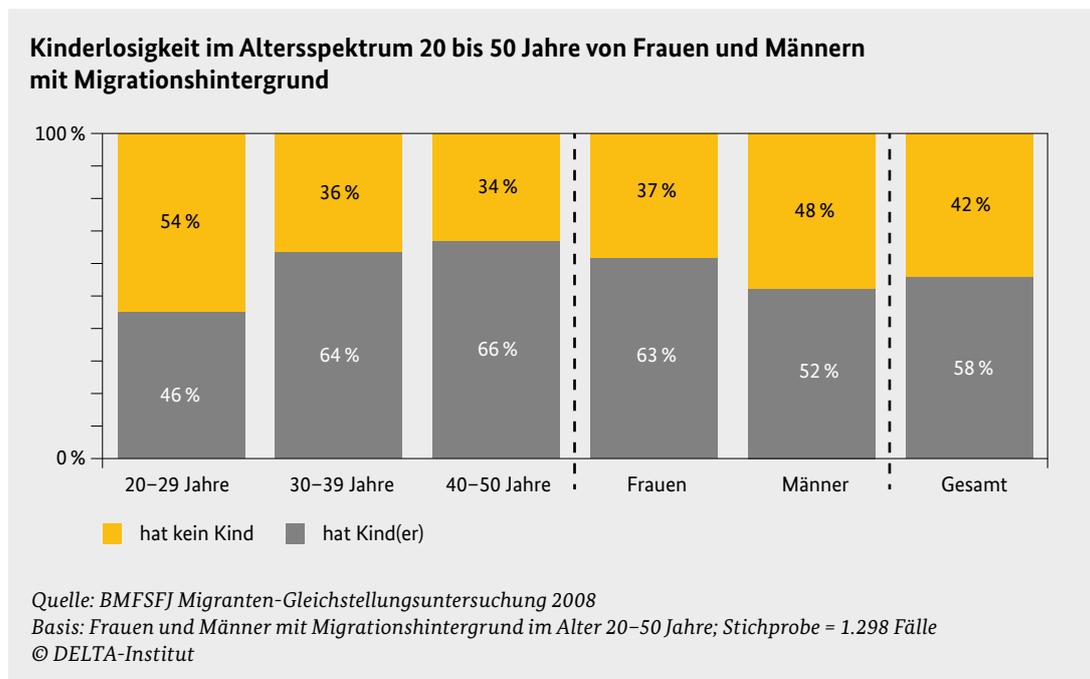
Die Tendenz, den Kinderwunsch (lange) aufzuschieben, ist unter Migrantinnen und Migranten noch weiter als in der autochthonen Bevölkerung verbreitet. Es empfiehlt sich daher, das Thema Kinderlosigkeit vor dem Horizont der (objektiven und subjektiven) Lebensverlaufsperspektive zu behandeln. Kinderlosigkeit lässt sich nicht einfach in die bipolaren Einheiten gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit trennen. Diese Selbstverortungen changieren im Lebensverlauf und bedingen einander teilweise. So kann ein (zu) lange aufgeschobener Kinderwunsch vor allem bei Frauen in ungewollte Kinderlosigkeit münden. Gewollt Kinderlose werden im biografischen Verlauf nicht selten zu ungewollt Kinder-

losen. Aber auch umgekehrt kann eine ungewollte Kinderlosigkeit mit zunehmendem Alter als gewollte Kinderlosigkeit akzeptiert bzw. umgedeutet (und entsprechend dem Umfeld kommuniziert) werden.

- 3.) 73% der Männer und 53% der Frauen mit Migrationshintergrund und unerfülltem Kinderwunsch im Alter von 20 bis 50 Jahren hatten noch nie den Gedanken, dass es auf natürlichem Wege möglicherweise nicht klappen könnte, ein Kind zu bekommen. Der Glaube an die eigene uneingeschränkte Fertilität ist weitverbreitet; selbst nach längerer erfolgloser Zeit, ein Kind zu bekommen, wird von den meisten Männern und der Hälfte der Frauen ihre grundsätzliche Fertilität nicht bezweifelt.
- 4.) Die etablierten konventionellen und gesetzlich zulässigen Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung sind weiten Teilen der kinderlosen Menschen mit Migrationshintergrund bislang unbekannt. So ist beispielsweise 58% der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten die *Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)* gänzlich unbekannt und 62% der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund wissen nicht um die Möglichkeit der *Hormonkorrektur*.
 - Die Nutzung *reproduktionsmedizinischer Maßnahmen* liegt bei Migrantinnen im Alter von 20 bis 50 Jahren mit unerfülltem Kinderwunsch unter 10%. Zentrale Sorgen sind hier Befürchtungen vor hohen körperlichen und psychischen Belastungen durch die Kinderwunschbehandlung sowie die Ungewissheit über deren Ausgang.
 - Auch Angebote professioneller *psychosozialer Beratung* bei ungewollter Kinderlosigkeit sind ebenfalls etwa der Hälfte der Männer und Frauen mit Migrationshintergrund nicht bekannt und werden kaum genutzt. Nur halb so viele ungewollt kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund (3%) wie autochthone Frauen (6%) mit unerfülltem Kinderwunsch haben bereits das Angebot psychosozialer Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch in Anspruch genommen. Der Anteil der Männer mit Migrationshintergrund, die dieses Angebot bereits genutzt haben, ist mit 0,3% verschwindend gering.

3. Basisdaten

Es gibt bisher kaum repräsentative Daten zu Kinderlosigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Die amtliche Statistik erfasst lediglich Kinderlosigkeit von Frauen.⁸ Der Anteil Kinderloser an der Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland lässt sich näherungsweise bestimmen auf Grundlage einer Repräsentativbefragung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2008.⁹ In dieser Untersuchung wurde nach der Lebenssituation und nach der Elternschaft gefragt.

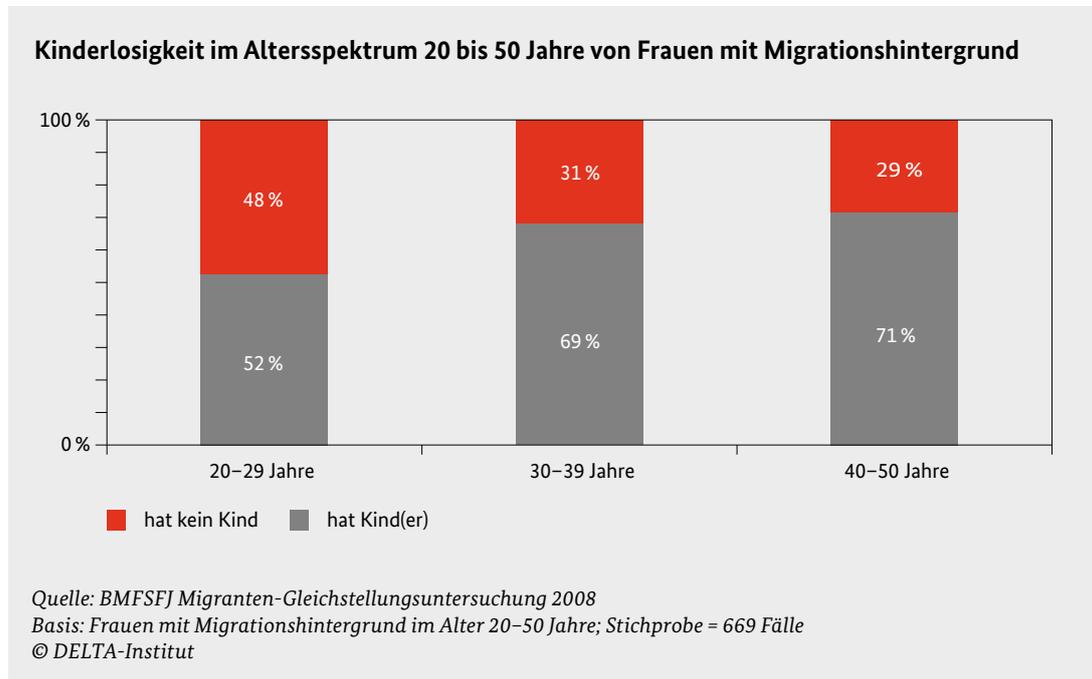


42 % der Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 50 Jahren haben keine Kinder; 37 % der Männer und 48 % der Frauen. In der Lebensphase zwischen 20 und 29 Jahren haben 54 % kein Kind, in der folgenden Lebensdekade im Alter zwischen 30 und 39 Jahren 36 % und im Alter zwischen 40 und 50 Jahren 34 %.

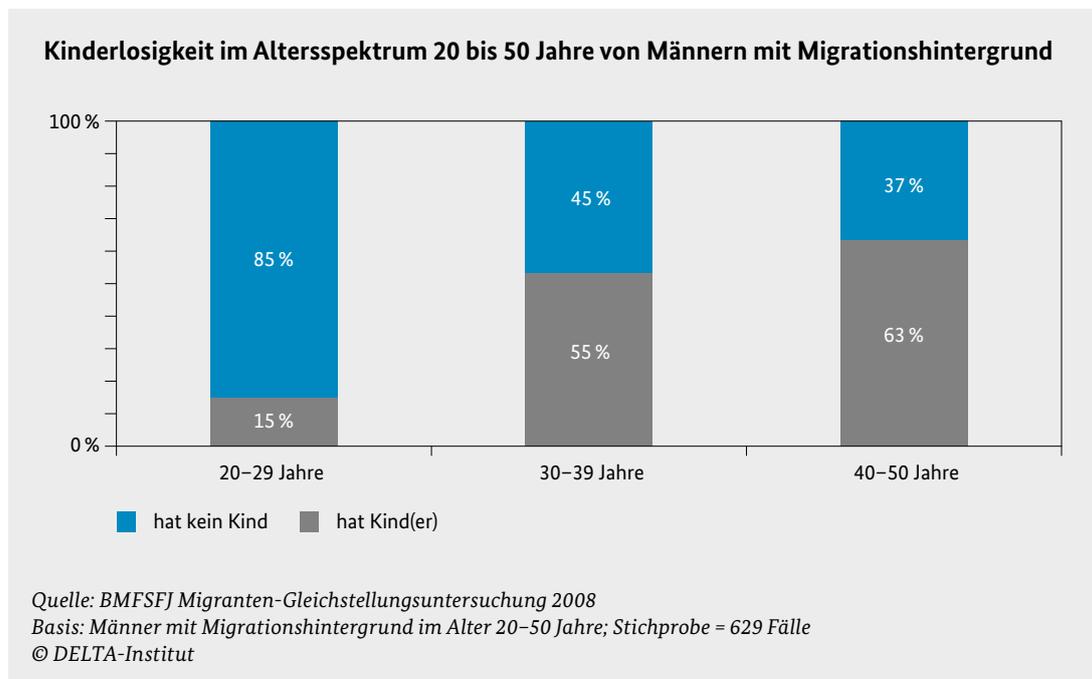
8 Der Mikrozensus erhebt Fragen zum Thema Kinderlosigkeit im Rahmen der seit 2008 alle vier Jahre stattfindenden Sonderbefragung zu diesem Themenbereich nur für Frauen. Die Begründungen hierfür liegen in den Änderungen des Mikrozensusgesetzes 2007 und des Bevölkerungstatistikgesetzes. Damit konnten im Jahr 2008 im Mikrozensus alle 15- bis 75-jährigen Frauen nach der Zahl der geborenen Kinder gefragt werden. Die Angaben hierzu waren freiwillig. Die nächste Befragung der Frauen zu den von ihnen geborenen Kindern fand im Rahmen des Mikrozensus 2012 statt. Aufgrund der Gesetzesänderungen konnten im Rahmen der Haushaltsbefragung Männern die entsprechenden Fragen nicht gestellt werden.

9 Repräsentativbefragung von Frauen und Männern ab 20 Jahren mit Migrationshintergrund mit einem Stichprobenumfang von 1.856 Fällen (Sinus-Migrantenstudie; Projektleitung Prof. Dr. C. Wippermann).

Frauen: In der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre haben 48% der Frauen kein Kind (in der autochthonen deutschen Bevölkerung 72%); im Alter von 30 bis 39 Jahren 31% (deutsche Bevölkerung 28%) und im Alter 40 bis 50 Jahre 29% (deutsche Bevölkerung 19%).



Männer: In der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre haben 85% der Männer kein Kind (in der autochthonen deutschen Bevölkerung 86%); im Alter von 30 bis 39 Jahren 45% (deutsche Bevölkerung 47%) und im Alter 40 bis 50 Jahre 36% (deutsche Bevölkerung 37%).

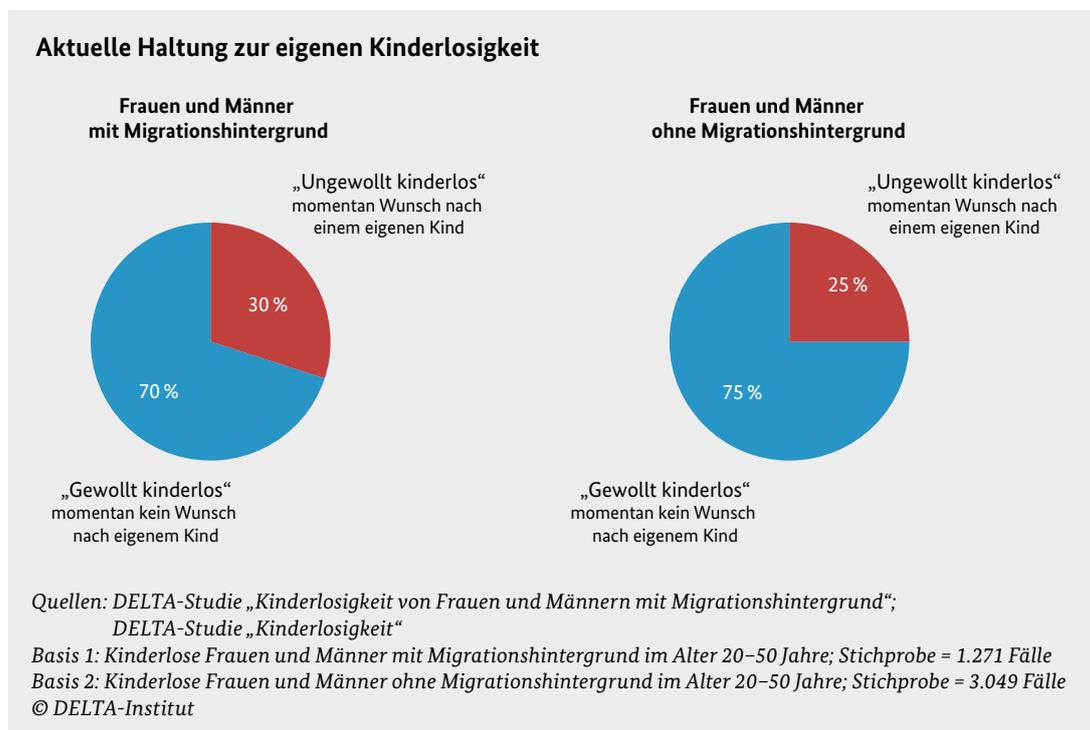


Bei Frauen und bei Männern mit Migrationshintergrund ist in der Lebensphase **zwischen 20 und 29 Jahren der Anteil der Kinderlosen signifikant geringer** als in der autochthonen deutschen Bevölkerung; aber in der Lebensphase zwischen 30 und 39 Jahren relativ ähnlich (Annäherung, die vormalige Kluft ist weitgehend geschlossen).

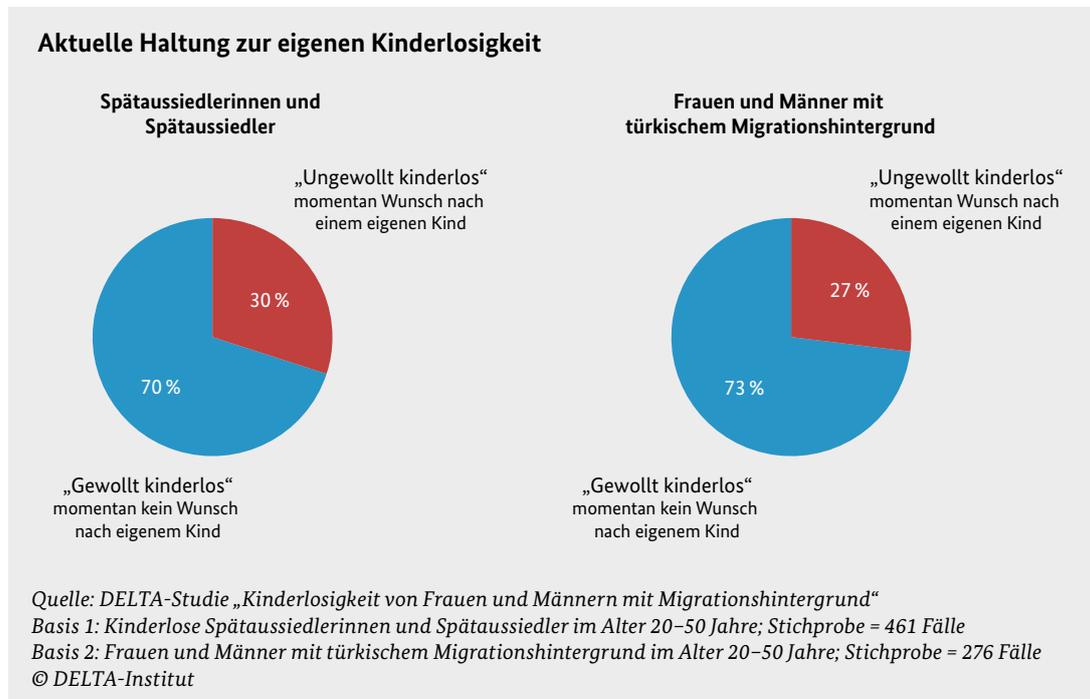
Die Untersuchung zeigt: Sich ein Kind zu wünschen oder jetzt kein Kind zu wollen, ist bei Migrantinnen und Migranten – wie in der autochthonen Bevölkerung – in der Regel keine dauerhafte und prinzipielle Grundhaltung, sondern vielfach eine veränderbare Disposition und offene Option im Lebensverlauf, die abhängig ist von diversen Parametern (partnerschaftliche Situation, Berufsbiografie, persönliche Ziele und Wertvorstellungen). Gewollte Kinderlosigkeit sowie ungewollte Kinderlosigkeit sind im individuellen Lebenslauf mehrheitlich keine feststehenden und fixierten Maxime. Vielmehr handelt es sich um tendenzielle Vorstellungen, momentan ein Kind zu wollen oder nicht zu wollen. Das Thema *Kinderwunsch ja oder nein* spielt im Leben kinderloser Migrantinnen und Migranten gleichermaßen eine Rolle wie auch bei autochthonen Frauen und Männern – und ist vor dem Hintergrund ihrer Lebensverlaufsperspektive zu reflektieren.

In der Grundgesamtheit kinderloser Menschen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 50 Jahren lassen sich zwei Gruppen voneinander abgrenzen:

- **Gewollt Kinderlose**, die momentan kein erstes Kind wollen: 70 %
- **Ungewollt Kinderlose** mit dem momentanen Wunsch nach einem ersten Kind: 30 %



Der Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ist mit 30% höher als der Anteil ungewollt Kinderloser in der autochthonen Bevölkerung, in der 25% der Kinderlosen einen momentanen unerfüllten Kinderwunsch haben. Der Durchschnittswert von 30% variiert in den verschiedenen Ethnien¹⁰. Der Anteil der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit unerfülltem Kinderwunsch ist etwas höher als der Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund.

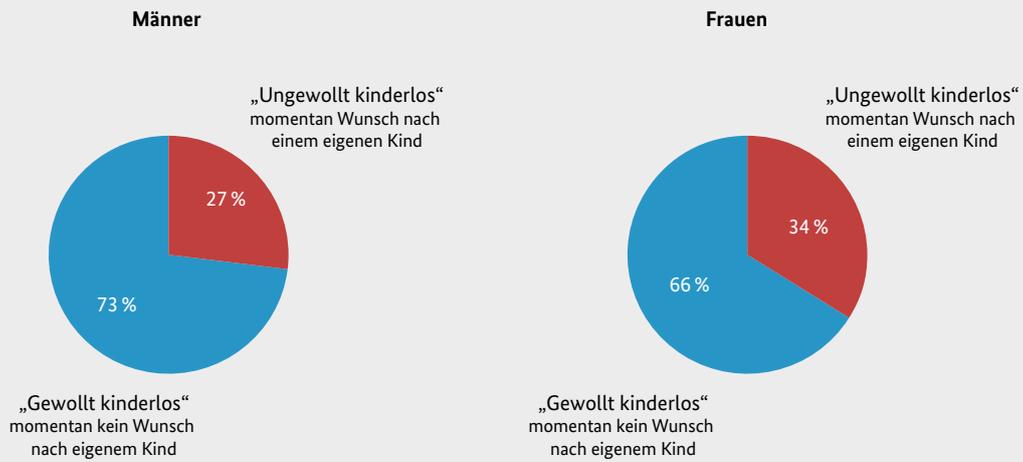


30% aller kinderlosen Männer wie auch 30% aller kinderlosen Frauen mit Migrationshintergrund haben einen momentanen unerfüllten Kinderwunsch. Während 34% der Spätaussiedlerinnen einen aktuellen unerfüllten Kinderwunsch haben, trifft dies nur auf 27% der männlichen Spätaussiedler zu. Bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund verhält es sich umgekehrt: Hier wünschen sich Männer (32%) deutlich häufiger unerfüllt ein Kind als Frauen (22%).

Weiter fällt auf, dass ein Drittel weniger Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (22%) von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind als Spätaussiedlerinnen (34%). Bei den Männern ist dieses Verhältnis umgekehrt (in weniger deutlicher Ausprägung): Während 32% der Männer mit türkischem Migrationshintergrund einen aktuellen unerfüllten Kinderwunsch haben, trifft dies nur auf 27% der männlichen Spätaussiedler zu.

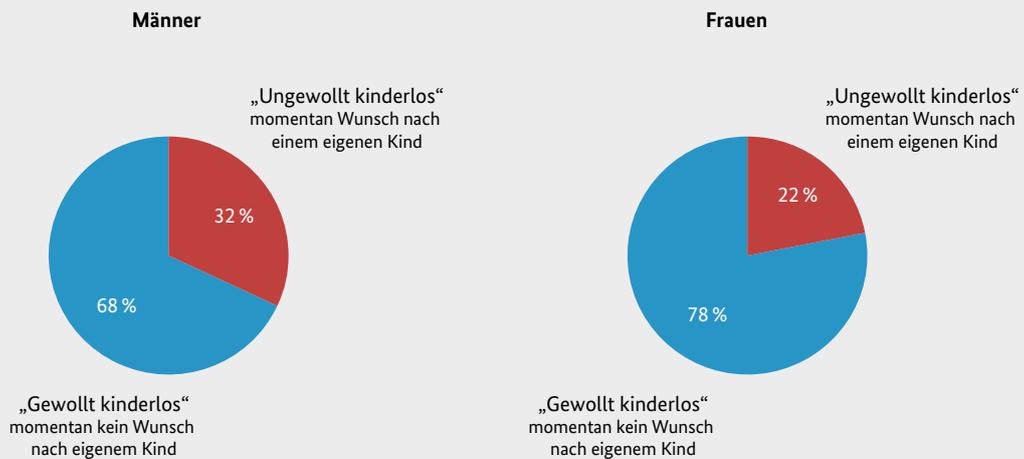
¹⁰ Bsp.: Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien: 33% ungewollt Kinderlose, 67% gewollt Kinderlose; Frauen und Männer mit Migrationshintergrund aus Osteuropa: 29% ungewollt Kinderlose, 71% gewollt Kinderlose.

Aktuelle Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Kinderlose Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 461 Fälle
© DELTA-Institut

Aktuelle Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund

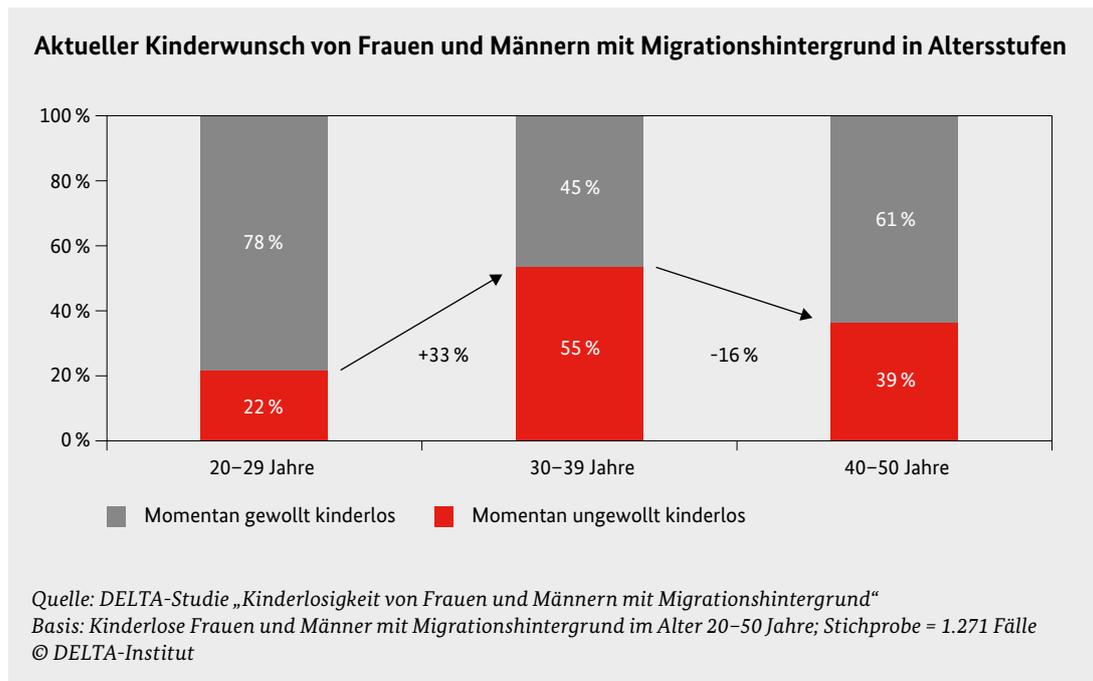


Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 276 Fälle
© DELTA-Institut

4.

Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit: Struktur und Veränderungen

Die Einstellung der meisten kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund zu eigenen Kindern ist in den Altersstufen sehr unterschiedlich. Insofern ist mit dem Lebensverlauf eng verknüpft eine Normalitätsvorstellung vom Leben ohne Kinder bzw. mit Kindern. Im Alter bis 29 Jahre haben nur 22 % der Frauen und Männer den aktuellen Wunsch nach einem Kind; im Alter zwischen 30 und 39 Jahren hingegen 55 %. Im Alter zwischen 40 und 50 Jahren haben 39 % der kinderlosen Frauen und Männer ihren Kinderwunsch noch nicht aufgegeben, sondern wollen diesen gerne noch realisieren.

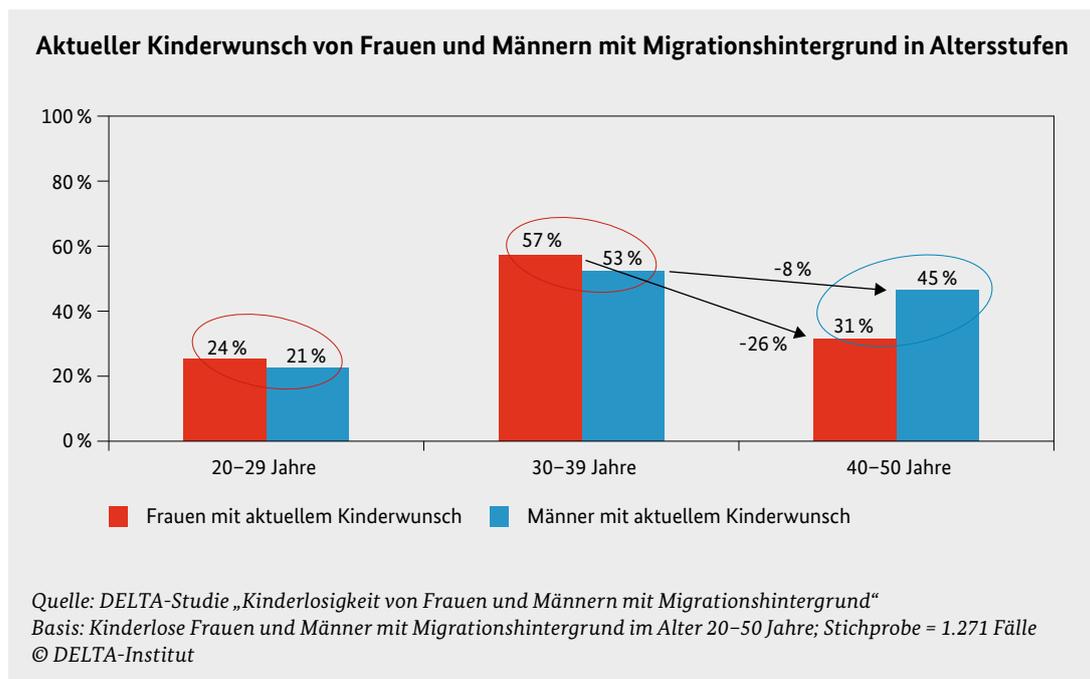


Die Befunde im Detail:

Im Alter von **20 bis 29 Jahren** sagen 78 % der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, dass sie derzeit noch kein Kind wollen. 22 % wünschen sich in diesem Alterssegment bisher unerfüllt ein Kind (17 % in der autochthonen Bevölkerung). Ein unerfüllter Kinderwunsch ist damit („nur“; „schon“) bei jeder vierten Frau (24 %) und jedem fünften Mann (21 %) mit Migrationshintergrund in jungen Jahren ein Thema.

Der Anteil ungewollt Kinderloser steigt in den folgenden Altersgruppen erheblich; bei **30- bis 39-Jährigen** haben 55 % (57 % der Frauen; 53 % der Männer) einen unerfüllten Kinderwunsch. In der dritten Lebensdekade haben demnach 76 % der kinderlosen Frauen und 71 % der kinderlosen Männer aktuell noch nicht den Wunsch nach einem Kind. In der vierten Lebensdekade hingegen nur 43 % der Frauen und 47 % der Männer mit Migrationshintergrund. Die Familienplanung wird in jungen Jahren auf einen späteren Lebensabschnittskorridor verschoben und erst im Alter ab 30 Jahren für die einzelne Frau und den einzelnen Mann aktuell und akut.

Nach der Altersgrenze von 40 Jahren sinkt der Anteil ungewollt Kinderloser bei den Frauen um 26 Prozentpunkte von 57 % auf 31 % und bei den Männern um 8 Prozentpunkte von 53 % auf 45 %. In dieser Lebensphase findet sich zwar ein Großteil bis dahin ungewollt kinderloser Frauen und Männer mit Migrationshintergrund (wie auch Autochthone) mit dem Gedanken ab, dauerhaft kinderlos zu bleiben: Es findet eine Umorientierung in der individuellen Biografie wie in der gemeinsamen Lebensperspektive statt. Bei vielen wird aus rationalen Gründen (medizinische Risiken, soziale Probleme, die bald zu große Altersdistanz zu ihrem Kind in seinen Entwicklungsphasen) die Entscheidung gefällt, nun auch keine Kinder mehr bekommen zu wollen. Dennoch ist bemerkenswert, dass fast ein Drittel der kinderlosen Frauen und fast die Hälfte der kinderlosen Männer in diesem Alter sich weiter ein Kind wünschen.



Bis zum Alter von 40 Jahren haben mehr Frauen als Männer einen aktuellen Kinderwunsch. Dieses Verhältnis kehrt sich **nach der Altersgrenze von etwa 40 Jahren** um: 26 % der Frauen finden sich in der fünften Lebensdekade mit der eigenen Kinderlosigkeit ab, entwickeln eine Lebensperspektive ohne Kind(er) und wollen jetzt auch keine Kinder mehr. Dies ist nur bei 8 % der Männer zu beobachten. Im Alter von 40 bis 50 Jahren haben 45 % der kinderlosen Männer und 31 % der kinderlosen Frauen noch den konkreten Wunsch nach einem (ersten) Kind.

Das Altersverhältnis in den Partnerschaften liefert Hinweise, warum Frauen mit Migrationshintergrund deutlicher in der fünften Lebensdekade Abstand von ihrem Kinderwunsch nehmen als Männer. In den Partnerschaften gibt es häufig eine Altersdifferenz von mehreren Jahren. Männliche Migranten haben in jungen Jahren in der Regel eine Partnerin im gleichen Alter. Der Anteil jener, die eine (teilweise deutlich) jüngere Partnerin haben, wächst mit zunehmendem Alter des Mannes. Gerade in der vierten und fünften Lebensdekade haben Männer häufig eine deutlich jüngere Partnerin.

Männer

- 92 % der Männer **unter 30 Jahren** haben eine Partnerin, die ebenfalls jünger als 30 Jahre alt ist (Durchschnittsalter der Partnerin = 24 Jahre).
- Im Alter **zwischen 30 und 39 Jahren** haben nur noch 52 % der Männer eine Partnerin im gleichen Lebensjahrzehnt, aber 44 % eine Partnerin unter 30 Jahren (Durchschnittsalter der Partnerin = 31 Jahre).
- Beinahe jeder dritte Mann mit Migrationshintergrund **zwischen 40 und 50 Jahren** (30%) hat eine deutlich jüngere Partnerin: Von den 40- bis 50-jährigen Männern mit Migrationshintergrund haben 21 % eine 30- bis 39-jährige; 9 % eine 20- bis 29-jährige Partnerin.

Alter des kinderlosen Mannes ↓	Alter seiner Partnerin				Σ	Durchschnitt
	bis 29 Jahre	30–39 Jahre	40–50 Jahre	über 50 Jahre		
20–29 Jahre	92 %	7 %	1 %		100 %	24 Jahre
30–39 Jahre	44 %	52 %	4 %		100 %	31 Jahre
40–50 Jahre	9 %	21 %	61 %	9 %	100 %	42 Jahre

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 607 Fälle
 © DELTA-Institut

Frauen

Kinderlose Migrantinnen haben hingegen häufiger einen Partner aus dem gleichen Lebensjahrzehnt oder einen älteren Partner.

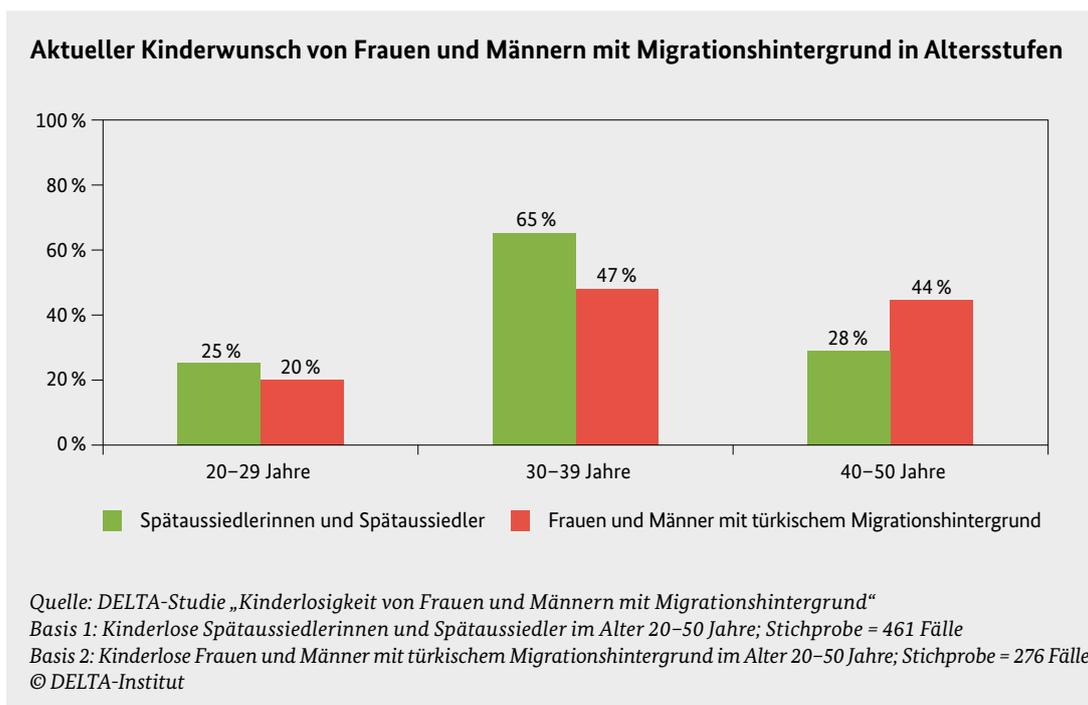
- Von den **20- bis 29-jährigen** Migrantinnen haben 76 % einen Partner im etwa gleichen Alter, aber beinahe jede Vierte von ihnen (24 %) hat einen deutlich älteren Partner über 30 Jahre.
- Im Alter **zwischen 30 und 39 Jahren** haben noch 65 % der Frauen einen Partner im etwa gleichen Alter, aber 28 % einen Partner im Alter über 40 Jahre; 6 % davon einen Partner im Alter über 50 Jahre.
- Im Alter **zwischen 40 und 50 Jahren** haben noch 62 % der kinderlosen Migrantinnen einen Partner im gleichen Lebensjahrzehnt, 28 % einen Partner im Alter über 50 Jahre.
- Fast jede zehnte Frau (9 %) im Alter von **40 bis 50 Jahren** hat aber auch einen Partner, der deutlich jünger ist als sie selbst.

Alter der kinderlosen Frau ↓	Alter ihres Partners				Σ	Durchschnitt
	bis 29 Jahre	30-39 Jahre	40-50 Jahre	über 50 Jahre		
20-29 Jahre	76%	22%	1%	1%	100%	27 Jahre
30-39 Jahre	6%	65%	22%	6%	99%	37 Jahre
40-50 Jahre		9%	62%	28%	99%	47 Jahre

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund im Alter 20-50 Jahre; Stichprobe = 664 Fälle
 © DELTA-Institut

Es gibt empirische Belege für die Annahme, dass Frauen, die in der fünften Lebensdekade einen deutlich älteren Partner haben, sich eher von ihrem Kinderwunsch verabschieden als Frauen, die einen jüngeren Partner haben. Zudem ist bei den männlichen Migranten häufig der Fall, dass sie eine jüngere Partnerin haben. Die Fruchtbarkeit ihrer Partnerin stellt dann keine zeitnahe, unmittelbare biologische Begrenzung für den Kinderwunsch dar. Ein Kind mit einer deutlich jüngeren Frau zu bekommen, ist für viele Männer zwischen 40 und 50 Jahren daher eine realistische Perspektive.

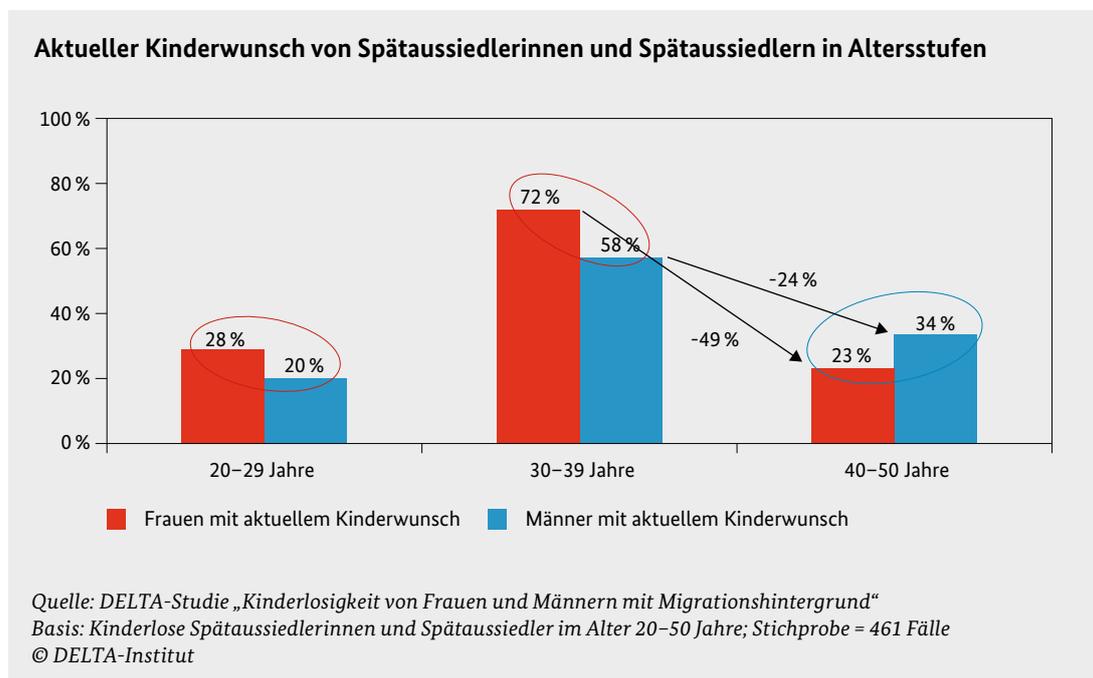
Signifikante Unterschiede in Bezug auf die Dynamik der Um- und Neuorientierung in der fünften Lebensdekade finden sich im Vergleich der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund. Während bei den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern sehr deutlich wird, dass viele Frauen sich in der fünften Lebensdekade von ihrem Kinderwunsch verabschieden und die Kinderlosigkeit als gegeben akzeptieren, ist dies bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund nur selten der Fall:



- Im Alter **bis 29 Jahre** wünschen sich 25 % der kinderlosen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler ein Kind, hingegen „nur“ 20 % der Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund.
- Dieser Abstand vergrößert sich in der **vierten Lebensdekade** deutlich: 65 % der kinderlosen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler wünschen sich im Alter von 30 bis 39 Jahren ein Kind, aber „nur“ 47 % der Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund.
- Nach der Altersgrenze von 40 Jahren** sinkt der Anteil ungewollt kinderloser Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler signifikant um 27 Prozentpunkte (auf 28 %), während der Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer türkischer Herkunft etwa gleich bleibt (lediglich um drei Prozentpunkte sinkt auf 44 %).
- Von den bislang kinderlosen **40- bis 50-jährigen Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund** halten 44 % weiter an ihrem Kinderwunsch fest und geben ihren Wunsch nach einem Kind nicht auf! Eine Neuorientierung findet nur bei 3 % der ungewollt Kinderlosen türkischer Herkunft in der fünften Lebensdekade statt. Der Wunsch nach Familie ist für kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund offenbar ein unbedingtes und alternativloses Lebenskonzept.

Im Lebensverlauf zeigen sich signifikante Geschlechterunterschiede innerhalb der Ethnien in Bezug auf den Kinderwunsch:

Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler:



- | Im Alter **bis 29 Jahre** wünschen sich 28% der kinderlosen Spätaussiedlerinnen unerfüllt ein Kind. Sie haben häufiger einen Kinderwunsch als kinderlose autochthone Frauen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Alter von 20 bis 29 Jahren. Auch ist der Anteil der Spätaussiedlerinnen mit unerfülltem Kinderwunsch deutlich höher als der Anteil der männlichen Spätaussiedler im gleichen Alter, von denen sich nur 20% unerfüllt ein Kind wünschen.
- | In der **vierten Lebensdekade** steigt zwar bei Frauen und Männern der Wunsch nach einem Kind erheblich (Frauen 72%, Männer 58%), aber auch der Abstand zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Kinderwunsch wird erheblich größer (vorher acht Prozentpunkte, jetzt 14 Prozentpunkte).
- | Im Alter **zwischen 40 und 50 Jahren** sinkt der Anteil ungewollt kinderloser Spätaussiedlerinnen um zwei Drittel. Dennoch halten 23% der kinderlosen Spätaussiedlerinnen und 34% der Spätaussiedler weiter an ihrem bislang unerfüllten Kinderwunsch fest.

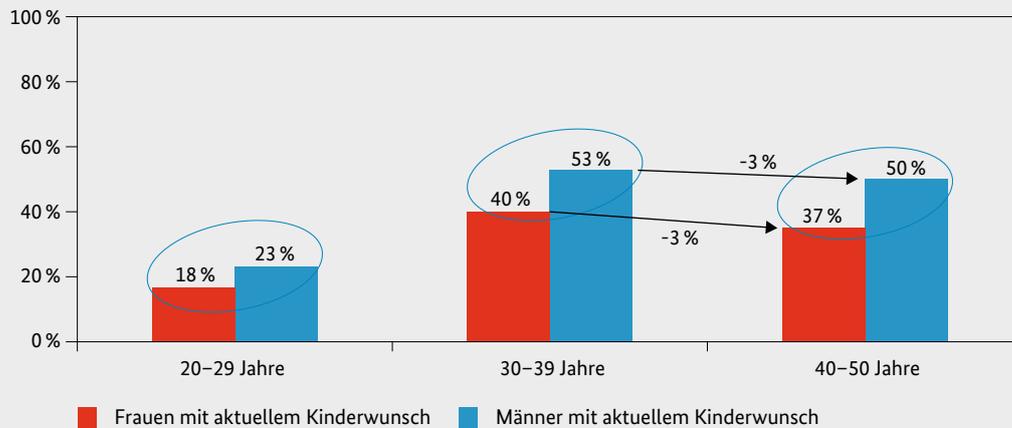
Die Anteile ungewollter Kinderlosigkeit zwischen Frauen und Männern kehren sich demzufolge in der fünften Lebensdekade wie auch in der autochthonen Bevölkerung um: Es wollen deutlich mehr Männer als Frauen im Alter ab 40 Jahren „noch“ ein Kind. Damit ist der subjektiv entworfene zeitliche Rahmen für Elternschaft für Spätaussiedler deutlich größer als für Spätaussiedlerinnen. Eine Umdeutung der Biografie als ungewollt Kinderlose und Neuorientierung und thematische Neuausrichtung finden deutlich später statt.

Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund:

Bei kinderlosen Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund zeigt sich ein grundsätzlich anderes Bild als bei den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern. In allen Altersstufen wünschen sich kinderlose Männer häufiger ein Kind als kinderlose Frauen. Generell ist das Thema Kinderwunsch für Männer mit türkischem Migrationshintergrund in unterschiedlichen Altersgruppen, Lebenslagen und Partnersituationen ein präsent Thema und der Wunsch nach einem Kind weiter verbreitet als bei Frauen türkischer Herkunft. Sie unterscheiden sich damit von den autochthonen Männern und auch von den Spätaussiedlern, die das Thema Kinderwunsch häufig als „Frauenthema“ abtun. Auch die qualitative Untersuchung deutet in diese Richtung: Anders als autochthone Frauen erleben Frauen türkischer Herkunft oftmals auch einen starken Kinderwunsch bei ihrem Partner. Es sind dann die Männer, die das Thema Familienplanung stärker vorantreiben und ihrer Partnerin mit dem Thema Kinderwunsch in den Ohren liegen.

- | *„Er sagt dann immer: Ich will Papa werden! Ich will so einen kleinen Bengel haben, der immer ‚Papa, Papa‘ sagt!“*
- | *„... er würde mich dann wieder ausquetschen: Wie war's? ... Gibt es Resultate?“*

Aktueller Kinderwunsch von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund in Altersstufen



- Im Alter **bis 29 Jahre** wünschen sich 18% der Frauen und 23% der Männer mit türkischem Migrationshintergrund bisher erfolglos ein Kind.
- Dieser Abstand wird in den folgenden Altersstufen größer: Auch in der **vierten und fünften Lebensdekade** wünschen sich Männer mit türkischem Migrationshintergrund häufiger ein Kind als Frauen.
- Im Vergleich zu Frauen anderer Ethnien wünschen sich deutlich weniger Frauen mit türkischem Migrationshintergrund **bis zum 40. Lebensjahr** ein Kind. Sie liegen mit 18% in der dritten Lebensdekade leicht unter dem Durchschnitt (24%); in der vierten Lebensdekade mit 40% deutlich unter dem Durchschnitt der Migrantinnen insgesamt (57%).
- Ungewollte Kinderlosigkeit von Frauen türkischer Herkunft und Spätaussiedlerinnen** im Vergleich: Im Alter von 20 bis 29 Jahren wünschen sich 18% der Frauen türkischer Herkunft und 28% der Spätaussiedlerinnen ein erstes Kind (Differenz von zehn Prozentpunkten). Im Alter von 30 bis 39 Jahren vergrößert sich dieser Abstand erheblich: 72% der kinderlosen Spätaussiedlerinnen, aber nur 40% der kinderlosen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wünschen sich ein Kind. Diese Struktur verkehrt sich im Alter ab 40 Jahren: Der Anteil ungewollt kinderloser Spätaussiedlerinnen sinkt erheblich (minus 49%), aber der Anteil ungewollt kinderloser Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bleibt nahezu gleich (minus 3%). Im Alter zwischen 40 und 50 Jahren wünschen sich deutlich mehr kinderlose Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (37%) als kinderlose Spätaussiedlerinnen (23%) ein Kind.
- Auch von den bisher kinderlosen 40- bis 50-jährigen Männern mit türkischem Migrationshintergrund haben 50% weiterhin einen unerfüllten Kinderwunsch.

5.

Gewollte Kinderlosigkeit: Vielfalt der Haltungen und Zeitperspektiven

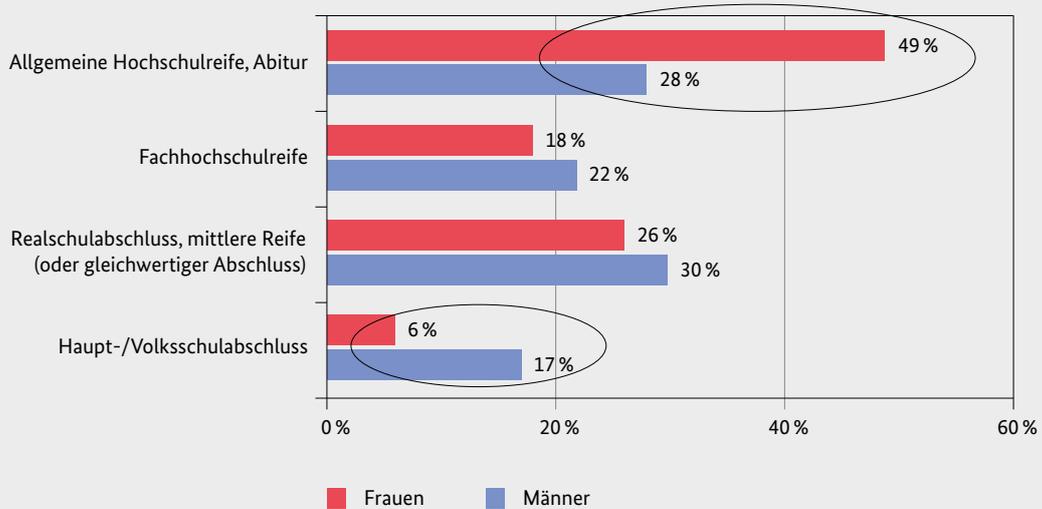
5.1 Migrantinnen: Schwerpunkt in gehobenen Schichten und Milieus

Die bewusste Entscheidung, jetzt (noch) kein Kind zu wollen, treffen vor allem Migrantinnen und Migranten mit hoher Schulbildung (Hochschulreife, Abitur). Es gibt jedoch eine deutliche Geschlechterkluft: Von den Frauen mit Migrationshintergrund, die sich entscheiden, (jetzt noch) kein Kind zu bekommen, haben 6% einen Hauptschulabschluss, 49% die Hochschulreife/Abitur. Von den Männern mit Migrationshintergrund, die aktuell (noch) kein Kind wollen, haben 17% einen Hauptschulabschluss und „nur“ 28% Hochschulreife/Abitur.

Von den gewollt kinderlosen Migranten haben deutlich mehr Männer (17%) als Frauen (6%) einen Hauptschulabschluss. Eine Familie zu gründen ist für Frauen mit geringem Bildungsabschluss eine erstrebenswerte – persönliche und vor allem im sozialen Umfeld erwartete – Nahperspektive, die anstelle von beruflichen Zielen und Aufstiegschancen als Identitätsanker dient, um eine positiv besetzte neue Rolle und Aufgabe zu haben, um in diesen ethnischen und milieuspezifischen Lebenslaufregime der hier erwarteten Lebensphase zu entsprechen und auch, um sich aus beruflichen Sphären mit Benachteiligungs-/Erniedrigungserfahrung zu befreien. Die Rolle des Familienernährers wird von Frauen und Männern mit geringer Formalbildung häufig dem Mann zugedacht. Diese Rollenzuweisung begründet, warum Männer in unteren Bildungsschichten dazu tendieren, den Kinderwunsch aufzuschieben. Eine Familie zu ernähren wäre mit erhöhtem finanziellen Druck verbunden, den sie als Alleinverdiener bewältigen müssten.

Hingegen entscheiden sich deutlich mehr Migrantinnen aus den oberen Bildungsschichten (die deutliche Mehrheit kurz- oder mittelfristig; eine Minderheit dauerhaft) gegen ein Kind. Ein Kind würde eine Zäsur in ihrer Berufsbiografie darstellen und damit kurz- und mittelfristig ihren beruflichen Zielen im Wege stehen bzw. wäre ein Risiko der beruflichen Etablierung. Auch hier kommen Rollenbilder zum Tragen, die die Versorgung eines Kleinkindes und die Familienarbeit in erster Linie der Frau zuweisen. Während Männer häufig auch als Väter unbeirrt ihren beruflichen Werdegang fortsetzen, steigen Frauen meist zeitweise aus dem Berufsleben aus, verkürzen nach der Berufspause auf Teilzeitarbeit und sind in erster Linie gefragt, den von vielen Frauen als Spagat empfundenen Alltag zwischen Berufstätigkeit und Familie zu meistern.

Schulbildung von Migrantinnen und Migranten mit aktuell gewollter Kinderlosigkeit



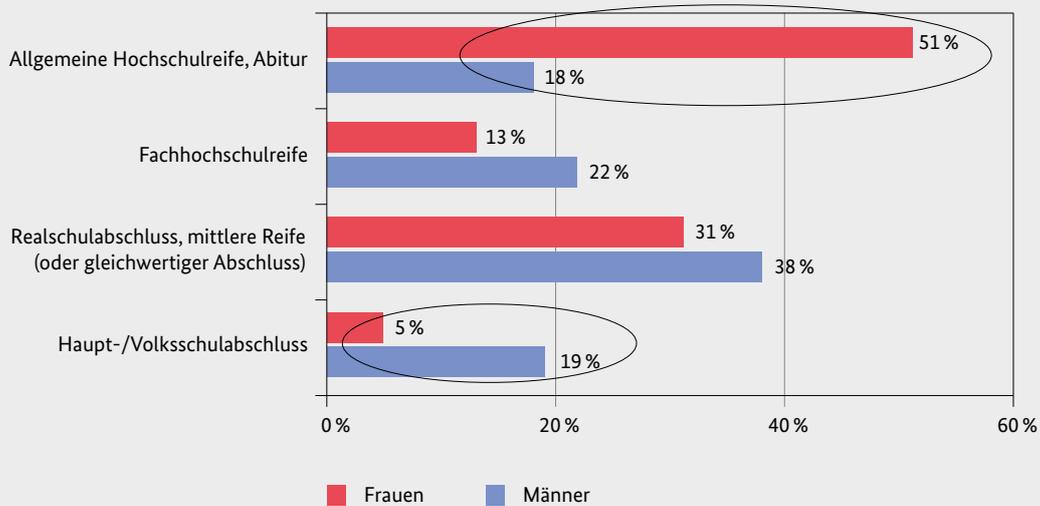
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
© DELTA-Institut

Geschlechterunterschiede gelten für Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler deutlich stärker als für Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund:

Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler:

- 51 % der Spätaussiedlerinnen, die aktuell (noch) keinen Kinderwunsch haben, besitzen Abitur oder Hochschulreife, aber nur 18 % der Spätaussiedler ohne aktuellen Kinderwunsch.
- 5 % der gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen haben einen Hauptschulabschluss, aber 19 % der männlichen Spätaussiedler ohne aktuellen Kinderwunsch.

Schulbildung von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern mit aktuell gewollter Kinderlosigkeit



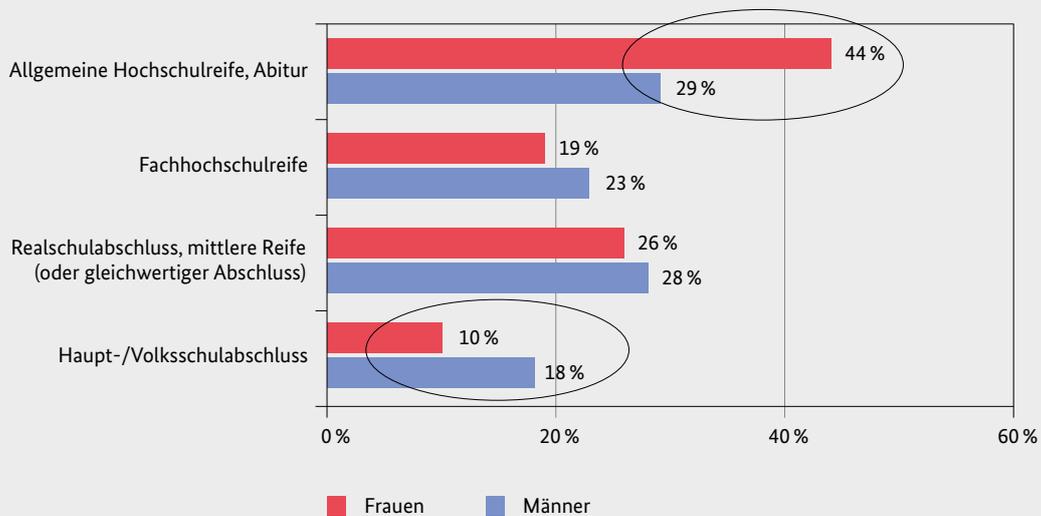
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 322 Fälle
© DELTA-Institut

Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund:

Bei den aktuell gewollt kinderlosen Frauen und Männern türkischer Herkunft gibt es eine ähnlich – wenn auch nicht ganz so stark – ausgeprägte Geschlechterkluft:

- 44% der Frauen und 29% der Männer ohne aktuellen Kinderwunsch haben Abitur oder Hochschulreife.
- 18% der gewollt kinderlosen Männer und 10% der Frauen haben einen Hauptschulabschluss.

Schulbildung von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund und aktuell gewollter Kinderlosigkeit



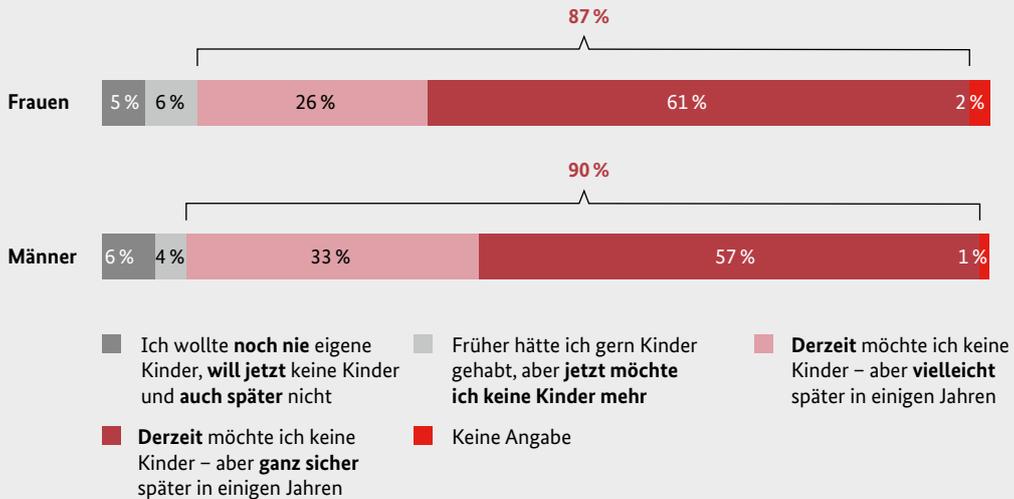
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre;
Stichprobe = 202 Fälle
© DELTA-Institut

5.2 Fester Kinderwunsch in der Zukunft

70% der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter von 20 bis 50 Jahren *wollen momentan kein Kind*. Für den Großteil von ihnen (87% der Frauen und 90% der Männer) ist jedoch die momentan gewollte Kinderlosigkeit eine biografisch befristete Haltung mit dem Wunsch, in einigen Jahren „ganz sicher“ Kinder zu wollen. Nur wenige (5% der Frauen und 6% der Männer) sehen in der Kinderlosigkeit ein dauerhaftes Lebenskonzept. Das sind deutlich weniger als in der autochthonen Bevölkerung, in der für 17% der Frauen und Männer die eigene Kinderlosigkeit ein persönliches Prinzip und eine langfristige Lebensperspektive darstellt. Familie zu haben (wenn auch nicht sofort) hat demzufolge bei Migrantinnen und Migranten einen relativ (noch) höheren Stellenwert als bei Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund.

Momentan gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund

Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
© DELTA-Institut

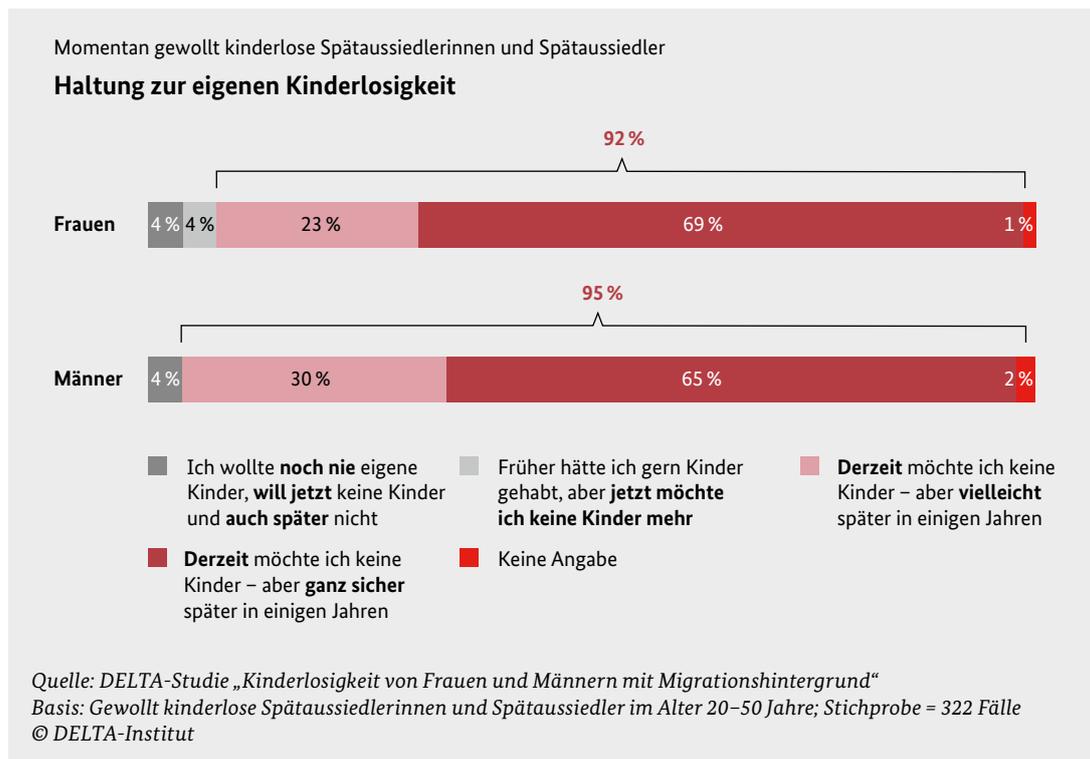
Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler

- 4 % der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sagen, dass sie noch nie eigene Kinder wollten, jetzt und auch in Zukunft nicht wollen: Kinderlosigkeit ist für sie Lebenseinstellung, Weltanschauung und Voraussetzung ihres Lebensstils. Unterschiedliche Gründe können zu dieser Haltung führen; der Wunsch nach Mobilität und Flexibilität aus beruflichen Gründen oder Selbstverwirklichung in anderen Lebensbereichen. Seltener wird diese Entscheidung aus gesundheitlichen Gründen getroffen.
- Von den momentan gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern wollen 92 % der Frauen und 95 % der Männer in der Zukunft einmal Kinder haben. 69 % der Spätaussiedlerinnen und 65 % der Spätaussiedler sind sich sogar „ganz sicher“, in der Zukunft einmal Kinder haben zu wollen. Der zukünftige Kinderwunsch ist für andere eine subjektiv offene Option: 23 % der Frauen und 30 % der Männer geben an, „vielleicht“ einmal Kinder zu wollen. Familie ist für die meisten ein klares Fernziel; gewollte Kinderlosigkeit nur eine temporäre, situativ bedingte Haltung. Der Kinderwunsch muss so lange warten, bis die richtige Partnerin oder der richtige Partner gefunden, der finanzielle Rahmen geschaffen wurde und der berufliche Aufstieg geschafft ist. Kinder gehören für die meisten Spätaussiedlerinnen selbstverständlich zu ihrem Leben dazu.

„Ich liebe Kinder, ich wollte immer Kinder, ich kann mir mein Leben nicht ohne Kinder vorstellen, mindestens eins, zwei wären noch besser, am liebsten Zwillinge!“

„Ich bin dazu geboren, Mutter zu sein ... ich habe immer jemanden, um den ich mich kümmern musste ... ich möchte ein kleines Wesen haben, um das ich mich kümmere, und hören: „Mama, ich liebe dich, Mama, ich möchte auch was für dich tun.““

- 4 % der Spätaussiedlerinnen geben an, früher schon einen Kinderwunsch gehabt, diesen jedoch mit der Zeit aufgegeben zu haben. Sie haben sich auch aus biologischen Gründen mit ihrer Kinderlosigkeit als dauerhaftem Schicksal abgefunden. Diese Einstellung ist Voraussetzung, um sich neue Ziele zu stecken und die eigene Biografie umzudeuten. Am Beispiel der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bestätigt sich die Annahme, dass Frauen eher als Männer einen persönlichen Schlusstrich bei unerfülltem Kinderwunsch ziehen und keine Familie mehr gründen wollen: 0 % (und somit seltene Einzelfälle) der männlichen Spätaussiedler haben den Kinderwunsch bereits aufgegeben.

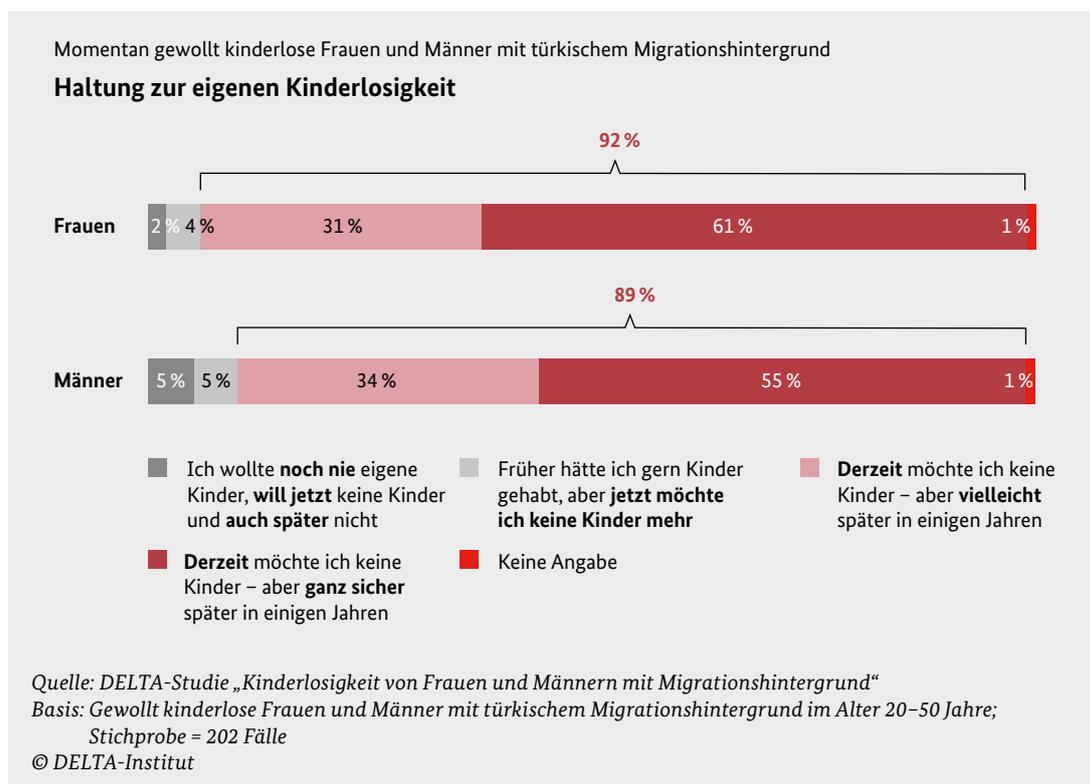


Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund

- Für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ist Kinderlosigkeit noch seltener eine dauerhafte Perspektive für das eigene Leben als für Spätaussiedlerinnen. Nur 2 % sind aus Überzeugung kinderlos und wünschen sich auch in der Zukunft keine Kinder. Dies trifft auf 5 % der Männer mit türkischem Migrationshintergrund zu.
- 92 % der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wollen perspektivisch einmal Kinder haben. 61 % von ihnen sind sich „ganz sicher“, in Zukunft eine Familie gründen zu wollen. Auch 89 % der Männer türkischer Herkunft teilen die Einstellung, in Zukunft Kinder haben zu wollen. Davon wünschen sich 55 % „ganz sicher“ und 34 % „vielleicht“ für die Zukunft Kinder. Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund sind damit nicht so häufig fest davon überzeugt, einmal eine Familie zu gründen, wie Spätaussiedlerinnen (69 %) und Spätaussiedler (65 %).
- Die qualitative Untersuchung bestätigt, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund mit der Normalperspektive aufwachsen, dass Kinder und Familie zu einer gelungenen Biografie dazugehören. Der Kinderwunsch konkretisiert sich rasch, sobald eine stabile Partnerschaft gefunden ist und die Frauen verheiratet sind. Dennoch überwiegt zunächst der Wunsch nach (finanzieller) Sicherheit, Stabilität und einem geregelten Einkommen.

- „Kinder liebe ich von klein an – wo ich Jugendliche war. Meine Mama hat mich mit 26 bekommen und ich dachte immer, wenn ich 26 bin, will ich auch Kinder haben!“
- „Ich wollte nicht mit jedem Partner ein Kind bekommen. Ich wollte eine Ausbildung haben, Job haben. Also habe ich den Kinderwunsch verschoben – ungewollt. Habe erst spät mit der Ausbildung angefangen und wollte wenigstens ein Jahr arbeiten.“
- „Ich bin zwar die Jüngste in der Gruppe und trotzdem mit Kinderwunsch ... dass es für mich sehr früh ist, ist uns auch bewusst. Aber wir haben alle Sachen abgeschlossen, ich bin mit dem Studium fertig und das nötige Kleingeld ist auch da.“
- „Meine Freundinnen haben alle Kinder – sie sind sehr glücklich.“
- „Ich habe selber eine große Familie und viele Geschwister. Das gehört für mich einfach dazu!“

Ein lange unerfüllter Kinderwunsch, mit dem sie sich schließlich abgefunden haben, sodass sie sich nun keine Kinder mehr wünschen, ist die Perspektive von 4 % der Frauen und 5 % der Männer mit türkischem Migrationshintergrund, die sich heute als gewollt Kinderlose verstehen. Früher hätten sie gern Kinder gehabt, aber jetzt möchten sie keine Kinder mehr. Deutlich mehr Männer mit türkischem Migrationshintergrund als Spätaussiedler haben sich mit dem Schicksal, dauerhaft kinderlos zu bleiben, abgefunden.



5.3 Soziale Hierarchie (Bildungsschichten)

67% der Migrantinnen und 51% der Migranten mit momentan gewollter Kinderlosigkeit haben eine hohe Schulbildung – das sind 14% mehr bei den Frauen und 8% mehr bei den Männern als in der autochthonen Bevölkerung (dort haben 53% der Frauen und 43% der Männer mit aktuell gewollter Kinderlosigkeit eine hohe Schulbildung). Die Ergebnisse zur perspektivischen Einschätzung der eigenen gewollten Kinderlosigkeit zeigen deutlich, dass Migrantinnen und Migranten mit höherer Bildung keinen geringeren Kinderwunsch haben als jene mit niedriger Formalbildung. Im Gegenteil: 89% der Migrantinnen und 91% der Migranten mit hoher Schulbildung und *aktuell* gewollter Kinderlosigkeit haben den Wunsch, zumindest „vielleicht“ in *einigen Jahren* ein Kind zu bekommen. 64% der Frauen und 58% der Männer sind sich sogar „ganz sicher“, in der Zukunft einmal Kinder zu wollen. Der Kinderwunsch ist bei Frauen und Männern mit hoher Bildung zumeist nur aufgeschoben, nicht jedoch aufgegeben. Die Familiengründung wird der beruflichen Orientierung und Etablierung zeitlich nachgeordnet. Gründe hierfür finden sich in der als schwierig wahrgenommenen Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben. Um beidem gerecht werden zu können, werden diese Ziele oft zeitlich gestaffelt. Die Familiengründung erscheint jüngeren Männern mit hoher Bildung und vor allem höherqualifizierten Frauen besser in der Zukunft umsetzbar; eine berufliche Etablierung sollte ihrer Erfahrung nach möglichst früh stattfinden; Versäumnisse können später nur schwer aufgeholt werden. Eine bruchlose Berufsbiografie in den ersten 5 bis 10 Jahren nach dem Berufseinstieg scheint ihnen notwendig, um beruflich voranzukommen, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben und bei einer späteren familienbedingten Erwerbsunterbrechung beruflich ohne größere Nachteile wieder einzusteigen. Erst wenn eine bestimmte Position und die damit verbundenen (auch finanziellen) Sicherheiten erreicht sind, soll der Kinderwunsch umgesetzt werden. Dann lassen sich Beruf und Familie am besten vereinbaren. Den Kinderwunsch aufzuschieben auf die Zeit nach dem 30. Lebensjahr bzw. nach der beruflichen Etablierung scheint ihnen aufgrund der Rahmenbedingungen und Erfahrungen aus ihrem Umfeld ökonomisch klug und in der Lebens- und Familienplanung rational. Ein umgekehrtes biografisches Modell hingegen, Karrierestart und beruflichen Aufstieg gleichzeitig mit bereits vorhandenen Kindern zu meistern, erscheint den meisten (und vor allem) Frauen als deutlich schwieriger – zumal sie perspektivisch die (durchaus realistische) Erwartung haben, dass Kinder eher für sie als für ihre Partner eine berufliche Zäsur darstellen. 20% mehr Migrantinnen mit hohem Bildungsgrad verschieben daher ihren Kinderwunsch auf die Zukunft, als dies Migrantinnen mit niedriger Schulbildung tun.

- „Man plant schon anders: erst mal das Studium, das dauert. Dann Job finden und Erfahrungen im Job sammeln und dann noch den finanziellen Background schaffen. Das dauert alles. Es verschiebt sich nach hinten.“
- „Jetzt konzentriere ich mich erst mal auf meinen Job. Es werden andere Prioritäten gesetzt. Jetzt gerade würde ein Kind nicht passen – das muss warten.“
- „Ich habe das in mehreren Berufssparten mitgekriegt, wie die Strukturen sind: In dem Alter muss man das erreicht haben – wenn ich mit 30 noch Student bin, egal ob ich fünf Kinder habe oder nicht, habe ich verloren.“

Kinderlosigkeit als dauerhaftes Lebenskonzept ist hingegen viermal so häufig bei Migrantinnen mit niedrigem Bildungsniveau (16%) anzutreffen. Gründe hierfür können in schwierigen Arbeitsbedingungen und erschwerter finanzieller Situation liegen. Viele Frauen haben begründete Ängste vor finanziellen Einbußen und sozialem Abstieg. Aber auch Lifestyle-Hedonismus kann ein Grund für dauerhaft gewollte Kinderlosigkeit sein.

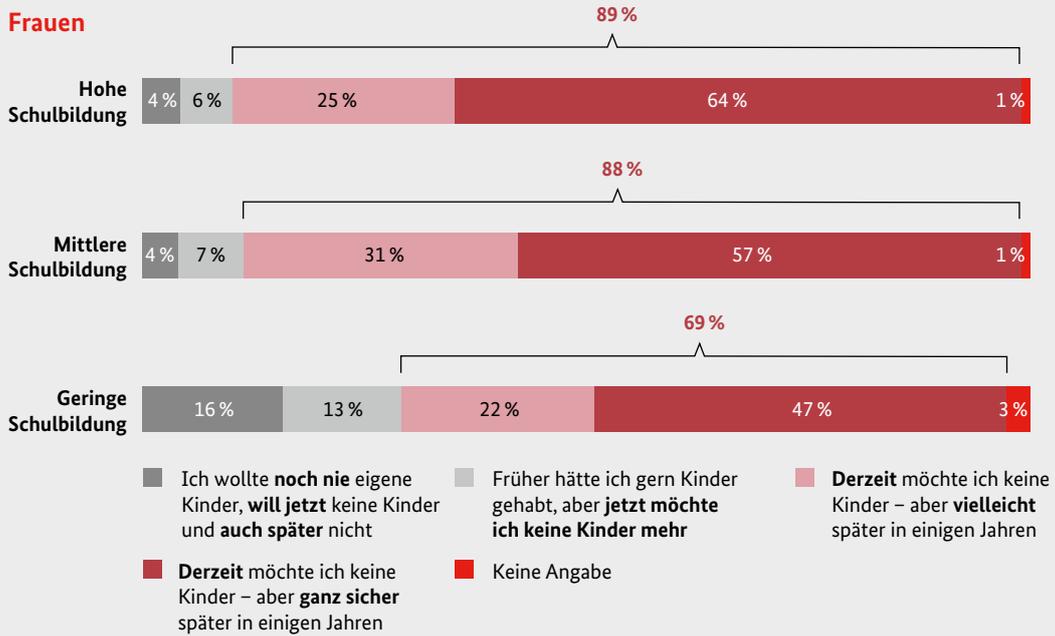
- *„Man wird seiner Freiheit beraubt ... dass man sich so eingeschränkt fühlt ... und ich habe keine Geduld für ein Kind, wenn es da weint ...“*
- *„... heute in der Gesellschaft ... ich hätte mehr für mein Kind gewollt, als ich ihm bieten kann.“*
- *„Das ist auch eine finanzielle Sache: 180 Euro – wie viele Handtaschen hätte ich mir davon leisten können?!“*
- *„Wir haben keine dicken Taschen. Mit Kind ist das was anderes, da musst du finanziell planen, dazu bin ich nicht bereit.“*
- *„Ich bin unabhängig, kann überall hingehen, verreisen, abends ausgehen. Nachteile habe ich eigentlich nicht.“*
- *„Ich bin spontan und unternehmungslustig. Ich bin permanent unterwegs und ich kann es nicht gebrauchen zu wissen, ich muss abends nach Hause, um mich um was zu kümmern. Ich schließe die Tür ab und wenn ich wieder da bin, bin ich wieder da. Habe keine Verantwortung.“*
- *„Mein Geld geht woanders hin und ich suche es mir selbst aus, was ich bezahle.“*

Bei Männern mit Migrationshintergrund hingegen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungsschichten, die perspektivische Einschätzung des eigenen Kinderwunsches betreffend. Sie sehen ihre Karrierechancen nicht so stark durch ein Kind eingeschränkt, werden ihre Berufsbiografie auch bei einer Familiengründung nicht unterbrechen (wollen), sondern nahtlos fortsetzen und sogar intensivieren, weil sie in der Rolle des Haupternährers sind. Ein Kind zu haben wird daher von Migrantinnen mit hoher Formalbildung deutlich häufiger und stärker als berufliches Hindernis bzw. Risiko betrachtet als von gut ausgebildeten männlichen Migranten.

Momentan gewollt kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund

Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit

Frauen

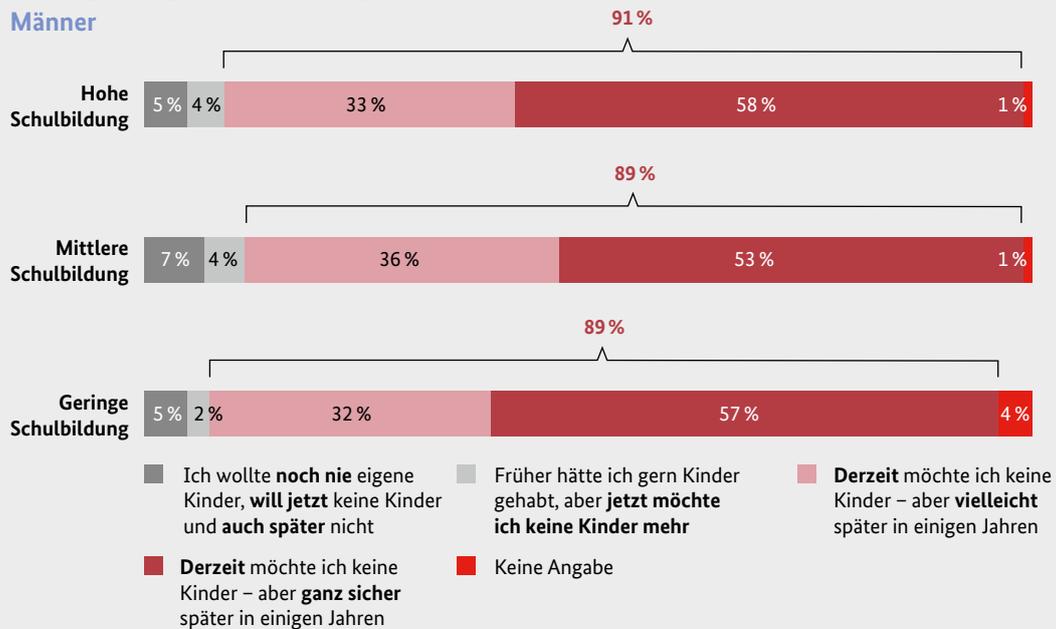


Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Gewollt kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 462 Fälle
 © DELTA-Institut

Momentan gewollt kinderlose Männer mit Migrationshintergrund

Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit

Männer



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Gewollt kinderlose Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 428 Fälle
 © DELTA-Institut

Zwischen Spätaussiedlerinnen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund gibt es signifikante Unterschiede in den Einstellungen zum Kinderwunsch:

Spätaussiedlerinnen

- Kinderlosigkeit stellt für Spätaussiedlerinnen mit mittlerer oder niedriger Schulbildung keine wünschenswerte Lebensperspektive dar. Nur im oberen Bildungssegment gibt es einen relevanten Anteil mit der Einstellung, weder „jetzt“ noch „später“ ein Kind zu wollen. Mit 5% Zustimmung wählen die Spätaussiedlerinnen mit hoher Schulbildung deutlich seltener Kinderlosigkeit als dauerhaftes Lebenskonzept als autochthone Frauen mit hoher Schulbildung (13%).
- Die qualitativen Interviews bestätigen, dass es vor allem Spätaussiedlerinnen mit hohen beruflichen Zielen und Karriereambitionen sind, die sich auch dauerhaft kein Kind vorstellen möchten. Die berufliche Selbstverwirklichung steht im Fokus dieser Frauen. Ein Kind zu haben, ist für sie keine attraktive Alternative.

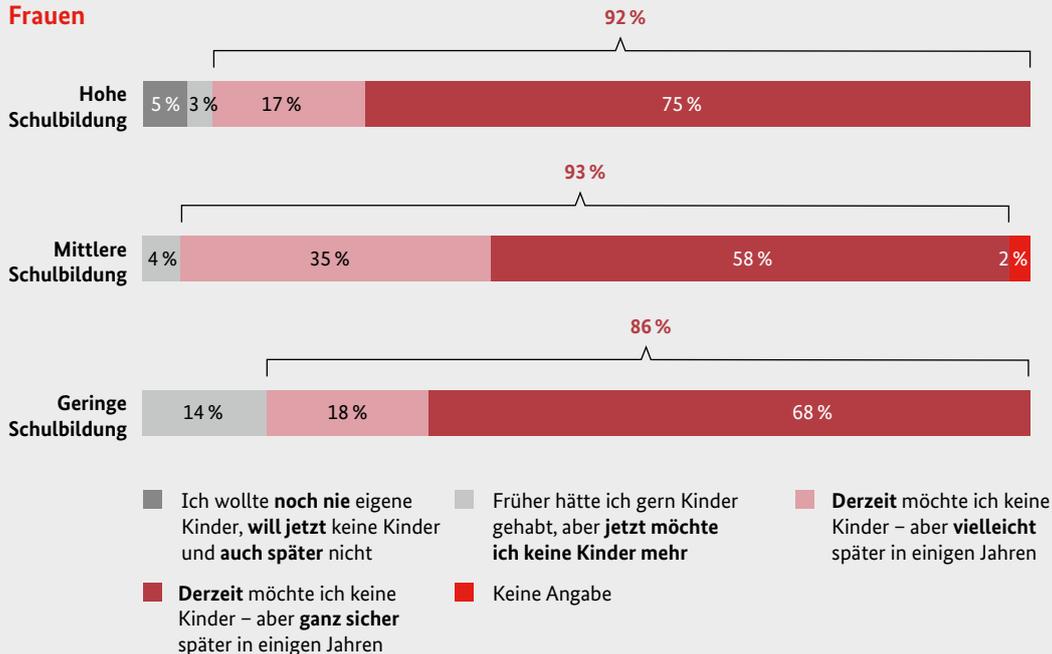
- *„Ich bin gewollt kinderlos, es geht nicht mit meinem Job und es interessiert mich auch nicht so. Mir ist meine persönliche Freiheit wichtig – dass ich für den Job auch im Ausland arbeiten kann und nicht zu Hause sitze.“*
- *„Bei der Arbeit kriege ich Aufträge und bin dann mal zwei Wochen weg ... Es würde bestimmt irgendwie gehen, aber ich würde das gar nicht wollen.“*

- Im mittleren und unteren Bildungssegment ist Familie ein wichtiger Wert und eine soziale Perspektive, auf die diese Frauen nicht verzichten möchten. 0% der Spätaussiedlerinnen mit mittlerer oder niedriger Schulbildung vertreten die Ansicht, niemals Kinder zu wollen, und stehen damit im starken Kontrast zu den autochthonen Frauen mit mittlerer oder niedriger Schulbildung, von denen jede Vierte momentan gewollt kinderlose Frau auch in Zukunft keine Familie will.
- In den unteren Bildungsschichten ist die Einstellung, kein Kind „mehr“ zu wollen, weiter verbreitet als im oberen Bildungssegment. In Schichten und Lebenswelten am unteren Rand der Gesellschaft beginnt im biografischen Verlauf der zeitliche Korridor für die Familienplanung früher und endet auch früher als bei jenen in gehobenen Schichten und Milieus. Vor allem Frauen mit niedriger Bildung trauen sich ab einem gewissen Alter nicht mehr zu, den Anforderungen und Belastungen einer Elternschaft gerecht zu werden. Auch sind in unteren Bildungsschichten die finanziellen Ressourcen sowie Kenntnisse über reproduktionsmedizinische Maßnahmen geringer als im oberen Bildungssegment. Dort haben sich nur 3% der Frauen bereits von ihrem Kinderwunsch verabschiedet: Zum einen ist der zeitliche Korridor für Elternschaft bei ihnen biografisch später platziert (beginnt im Vergleich zu jenen mit geringer Bildung später und endet später – meist aufgrund beruflicher Faktoren). Zum anderen dominiert bei ihnen die Haltung, mit medizinischer Hilfe (die sie kennen und sich leisten könnten) lasse sich ein Kinderwunsch sicher auch spät noch umsetzen.

Momentan gewollt kinderlose Spätaussiedlerinnen

Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit

Frauen



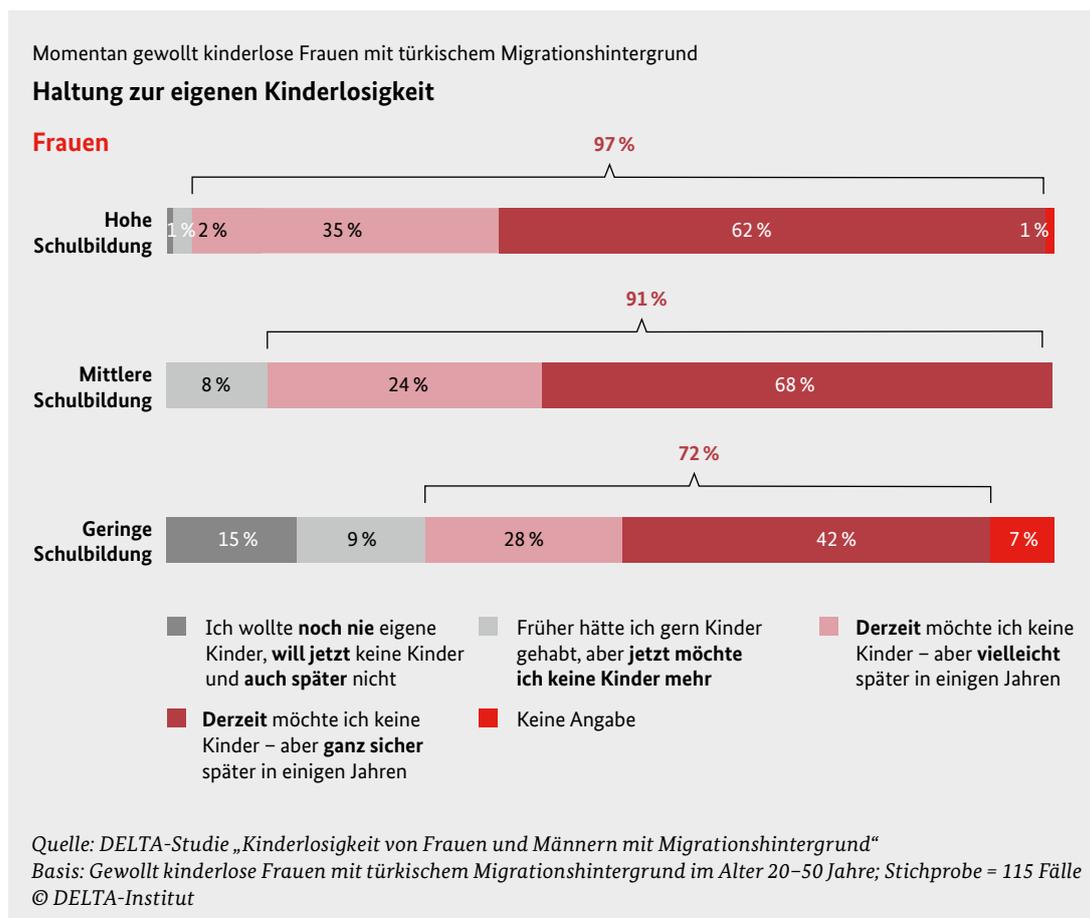
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Spätaussiedlerinnen im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 155 Fälle
© DELTA-Institut

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund

Bei gewollt kinderlosen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund verhält es sich umgekehrt zu Spätaussiedlerinnen ohne aktuellen Kinderwunsch. Während bei jenen Kinderlosigkeit als langfristiges Lebensprinzip nur im oberen Bildungssegment anzutreffen ist, sind es bei den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nur jene mit geringem formalen Bildungsgrad, die „nie“ ein Kind wollten und weder „jetzt“ noch „später“ ein Kind wünschen. Mit 15% Zustimmung liegen sie im Durchschnitt der Gesamtheit der Migrantinnen mit geringer Schulbildung unter den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund jedoch weit vorne. Gerade im unteren Bildungssegment bestehen oft traditionelle Ansichten über die Geschlechterverteilung in Bezug auf Haushalt und Familie. Entsprechend groß sind Befürchtungen modern (selbstbestimmt, erwerbstätig, finanziell unabhängig) eingestellter Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und niedriger Formalbildung, mit Kindern die persönlichen Freiheiten gänzlich aufgeben zu müssen und als Mutter in einem sehr traditionellen Familien- und Rollenmuster zu leben. Denn das beobachten sie in ihrem persönlichen und familiären Umfeld.

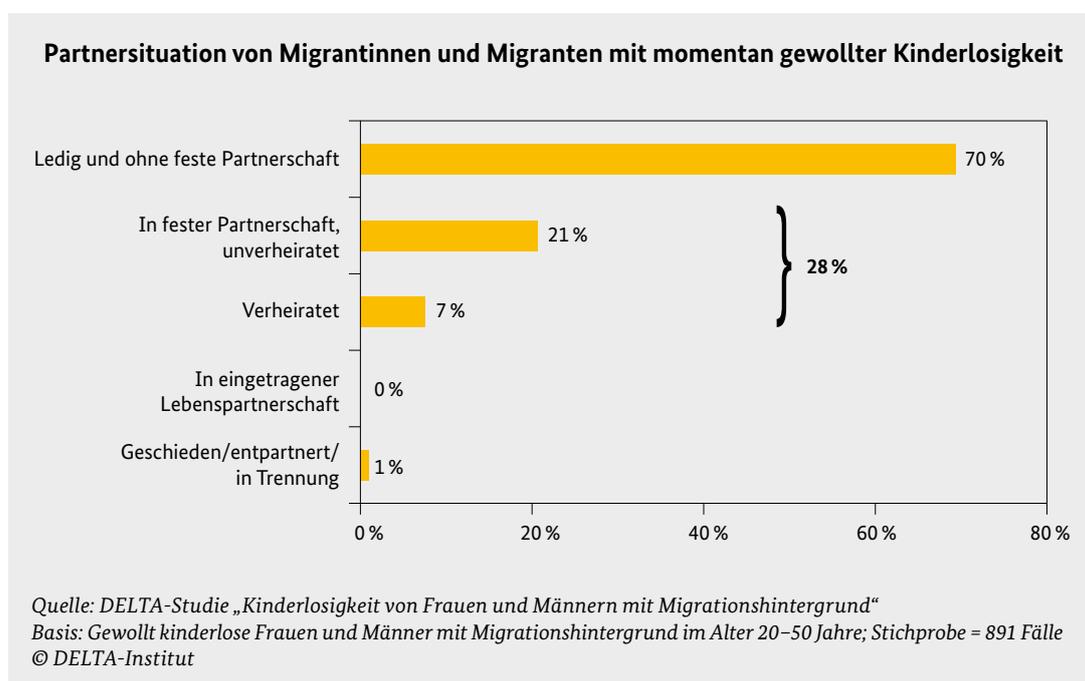
- „Männer haben ein Kind, aber leben ihr Leben wie vorher. Frauen sind dann zu zweit, das gehört zu dir für immer und ewig ...“
- „Bei uns ist es schon so die Rollenverteilung, die Männer sitzen auf der Couch und die Frauen huschen in der Küche herum ...“
- „Kinder kriegen und das war es, höchstens noch in der Küche stehen ...“
- „Krass finde ich, wie viele in alte Rollenbilder fallen, als ob sie ihre eigenen Großmütter wären.“

- 97 % der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und hoher formaler Bildung wünschen sich für die Zukunft optional oder „ganz sicher“ Kinder. Dieser Wert ist etwas höher als bei den gut ausgebildeten Spätaussiedlerinnen (92 %), während diese sich jedoch häufiger „ganz sicher“ in der Zukunft eine Familie wünschen (75 %), lassen Frauen türkischer Herkunft diese Entscheidung lieber offen oder vertagen sie – 35 % wünschen sich „vielleicht“ in einigen Jahren ein Kind.
- Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und geringer Schulbildung haben deutlich seltener die Haltung, in einigen Jahren „vielleicht“ oder „ganz sicher“ ein Kind bekommen zu wollen (insgesamt 72 %), als Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und mittlerer oder gar hoher Bildung. Dennoch ist der Anteil jener Frauen mit niedriger Formalbildung, die sich zumindest die Option, in der Zukunft einmal Kinder zu bekommen, offenhalten, um ein Vielfaches größer als der Anteil derer, die kategorisch und aus Prinzip keine Kinder wollen (15 %).
- Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und hoher Schulbildung verabschieden sich am seltensten von ihrem Kinderwunsch. Nur 2 % der Frauen aus dem oberen Bildungssegment stimmen der Aussage, „früher“ einen Kinderwunsch gehabt, sich jedoch von diesem verabschiedet zu haben, zu. Im unteren Bildungssegment stimmen viermal so viele Frauen (9 %) dieser Aussage zu – dennoch ein Drittel weniger als Spätaussiedlerinnen mit geringer formaler Bildung (14 %).



5.4 Partnersituation gewollt kinderloser Frauen und Männer mit Migrationshintergrund

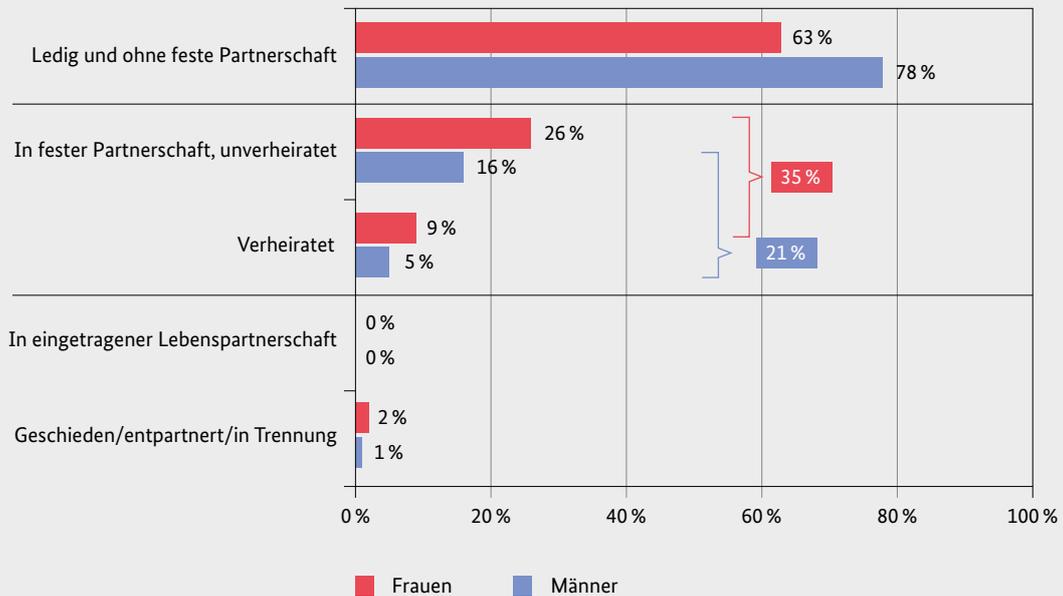
70 % der momentan gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten sind ledig und haben keinen festen Partner. Ihre Einstellung, jetzt kein Kind zu wollen, spiegelt in erster Linie ihre Lebenssituation – die (für die meisten Frauen und Männer) wichtigste Voraussetzung zur Umsetzung des Kinderwunsches ist nicht erfüllt. Nur ein Drittel der gewollt kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund (28 %) hingegen lebt in fester Partnerschaft (21 % unverheiratet, 7 % verheiratet). Das ist ein Viertel weniger als in der autochthonen Bevölkerung, in der 40 % der gewollt Kinderlosen in einer festen Partnerschaft leben. Das deutet darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten Partnerschaft und Elternschaft inhaltlich enger aneinander koppeln als autochthone Frauen und Männer.



Signifikant sind die Geschlechterunterschiede: 78 % der gewollt kinderlosen Männer, aber „nur“ 63 % der gewollt kinderlosen Frauen mit Migrationshintergrund leben ohne feste Partnerschaft.

Männer verbinden mit einer festen Partnerschaft häufiger als Frauen den konkreten und zeitnahen Wunsch nach einer Familie. Frauen mit Migrationshintergrund (wie auch die autochthonen Frauen) entkoppeln diese Bereiche eher. Auch wenn sie einen festen Partner haben, halten sie fest an ihrer Einstellung, (noch) keine Kinder zu wollen. Das Vorhandensein einer festen Partnerschaft führt bei ihnen nicht direkt zu einem Kinderwunsch. Die beruflichen und finanziellen Einbußen für Frauen sind nach der Geburt eines Kindes (in der traditionellen Rollenteilung) deutlich höher als für Männer. Zeitliches Projektieren ist daher für viele Frauen (mit und ohne Migrationshintergrund) dem Wunsch nach persönlicher und finanzieller Unabhängigkeit geschuldet und bleibt auch bei bestehender Partnerschaft erhalten.

Partnersituation von Migrantinnen und Migranten mit momentan gewollter Kinderlosigkeit



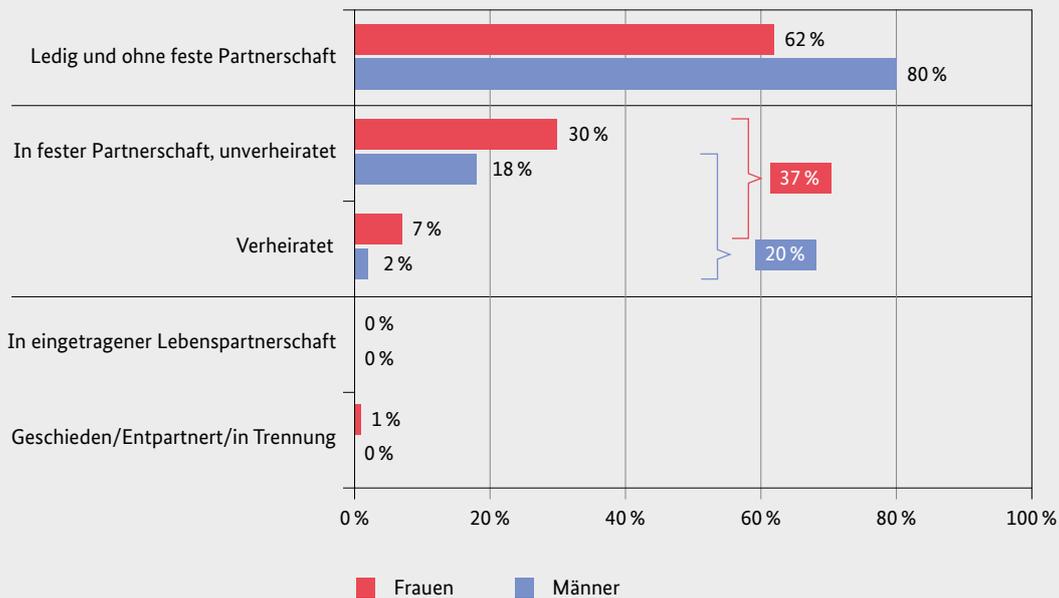
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 892 Fälle

© DELTA-Institut

Diese Unterschiede in der Partnersituation von gewollt kinderlosen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund finden sich noch deutlicher bei gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern: Fast doppelt so viele Frauen wie Männer halten an der gewollten Kinderlosigkeit trotz fester Partnerschaft fest. 37 % der gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen leben in einer festen Beziehung (30 %) oder sind verheiratet (7 %), jedoch nur 20 % der Spätaussiedler ohne aktuellen Kinderwunsch. Davon sind nur 2 % verheiratet. Vor allem für männliche Spätaussiedler erscheint demzufolge eine Heirat als deutlicher zeitlicher und inhaltlicher Marker für eine baldige Familiengründung.

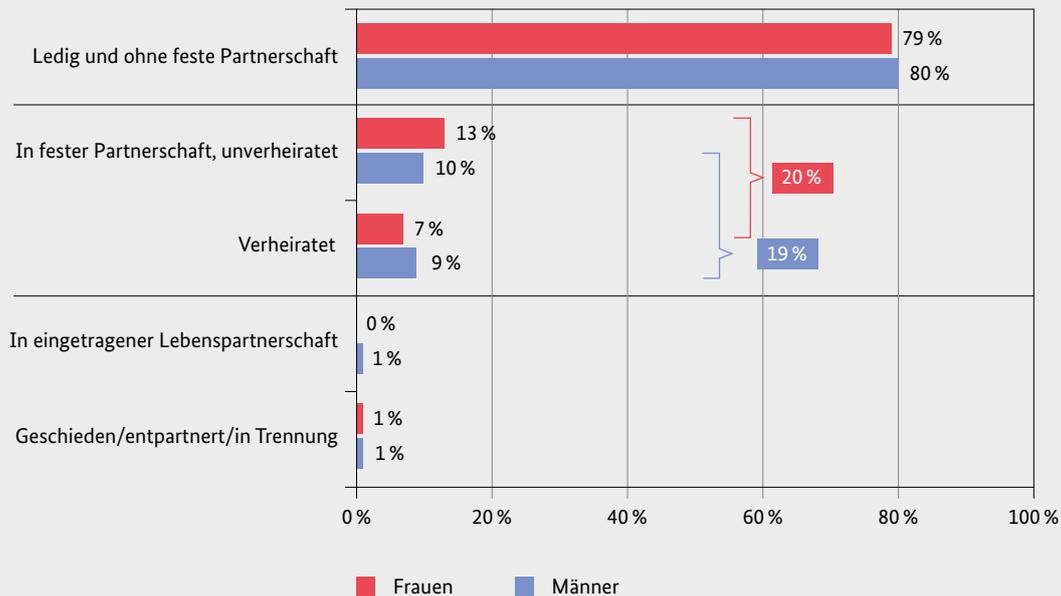
Partnersituation von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit momentan gewollter Kinderlosigkeit



Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund hingegen weisen diese Geschlechterdifferenzen nicht auf. Nur etwa halb so viele Frauen ohne aktuellen Kinderwunsch leben in einer festen Partnerschaft oder Ehe (20%) wie dies bei gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen der Fall ist. 19% der gewollt kinderlosen Männer und 20% der gewollt kinderlosen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund haben eine feste Partnerin oder einen festen Partner oder sind verheiratet. Es sind sogar etwas mehr Männer (9%) verheiratet und ohne Kinderwunsch als Frauen (7%).

Auf der anderen Seite sind 79% der gewollt kinderlosen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ledig – deutlich mehr als in der Gesamtheit der Migrantinnen (63%) oder bei den Spätaussiedlerinnen (62%). Ein Kind ohne festen Partner (aber zumeist Ehemann) zu bekommen, ist für die meisten Frauen mit türkischer Herkunft undenkbar; die gewollte Kinderlosigkeit ist klarer Spiegel ihrer Lebenssituation als ledige Frau. Eine Heirat ist demnach für einen Großteil der Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund zeitlich und inhaltlich eng an eine Familiengründung gekoppelt.

Partnersituation von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund und momentan gewollter Kinderlosigkeit

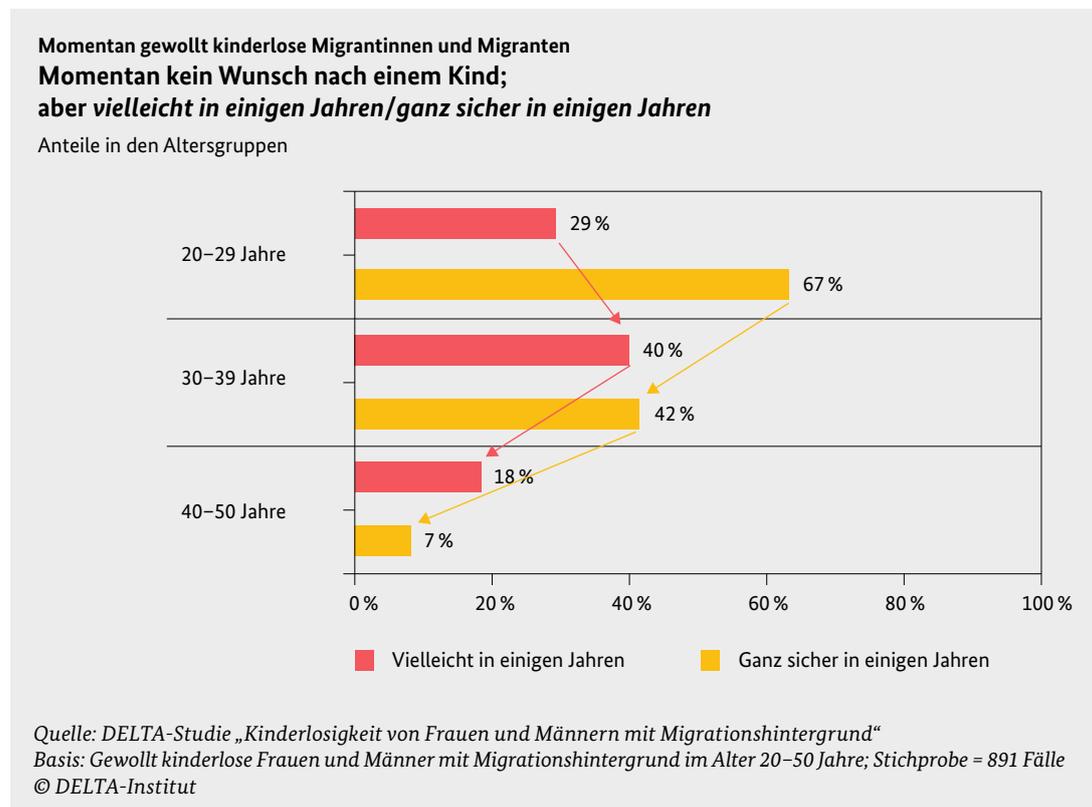


Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre;
 Stichprobe = 202 Fälle
 © DELTA-Institut

5.5 Projektieren und zeitliches Verschieben des festen Kinderwunsches

61 % der Migrantinnen und 57 % der Migranten, die *momentan* kein Kind wollen, haben die feste Absicht, „in der Zukunft ganz sicher“ ein Kind zu bekommen (siehe Kapitel 5.2). Die Realisierung des Kinderwunsches wird zeitlich verschoben und anderen Lebensereignissen oder subjektiv gewählten Altersgrenzen zeitlich nachgeordnet. Bei 26 % der Migrantinnen und 33 % der Migranten ist der Kinderwunsch eine Option, über deren Umsetzung der weitere Lebensverlauf entscheidet, ein unbestimmter Wunsch, in der Zukunft „vielleicht“ einmal Kinder zu bekommen. Das Aufschieben eines konkreten Kinderwunsches – „ganz sicher“ in der Zukunft einmal Kinder haben zu wollen – ist am häufigsten bei Frauen und Männern zwischen 20 und 29 Jahren anzutreffen und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Der Gedanke, „vielleicht“ einmal Kinder zu wollen, ist hingegen bei Frauen und Männern in der vierten Lebensdekade am weitesten verbreitet und nimmt erst nach der Altersgrenze von 40 Jahren ab. Es ist demnach nicht so, dass der Kinderwunsch sich zwangsläufig im Alterskorridor von 30 bis 40 Jahren konkretisiert – im Gegenteil: gerade dann steht er zur Disposition, bleibt eine mögliche Variante der subjektiven Lebensplanung, ist jedoch nicht mehr unbedingtes und klares (Fern-)Ziel.

- Im Alter von **20 bis 29 Jahren** haben 67% der momentan gewollt kinderlosen mit Migrationshintergrund die Einstellung, zwar jetzt noch nicht, aber „ganz sicher“ in einigen Jahren ein Kind zu wollen. Es geben in diesem Alterssegment jedoch nur 29% der Frauen und Männer an, „vielleicht“ in der Zukunft ein Kind zu wollen.
- Im Alter von **30 bis 39 Jahren** sinkt der Anteil jener, die sich in der Zukunft „ganz sicher“ ein Kind wünschen, von 67% um 25 Prozentpunkte auf 42%. Der Anteil jener, die sich die Option offenhalten und von sich sagen, in der Zukunft „vielleicht“ ein Kind zu wollen, steigt von 29% um 11% auf 40%. In diesem mittleren Alterssegment haben damit etwa gleich viele Frauen und Männer mit Migrationshintergrund einen optionalen wie festen Kinderwunsch.
- Mit zunehmendem Alter, **nach der Altersgrenze von 40 Jahren** sinkt der Anteil jener Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, die sich in der Zukunft sicher ein Kind wünschen, rapide (minus 35 Prozentpunkte) auf 7%. Auch der Anteil der gewollt kinderlosen Frauen und Männer mit der Option Kinderwunsch sinkt zwar erheblich, beträgt jedoch immer noch 18%. Damit hält ein Fünftel der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund auch noch im Alter zwischen 40 und 50 Jahren an der Vorstellung fest, in der Zukunft „vielleicht“ einmal Kinder zu bekommen.



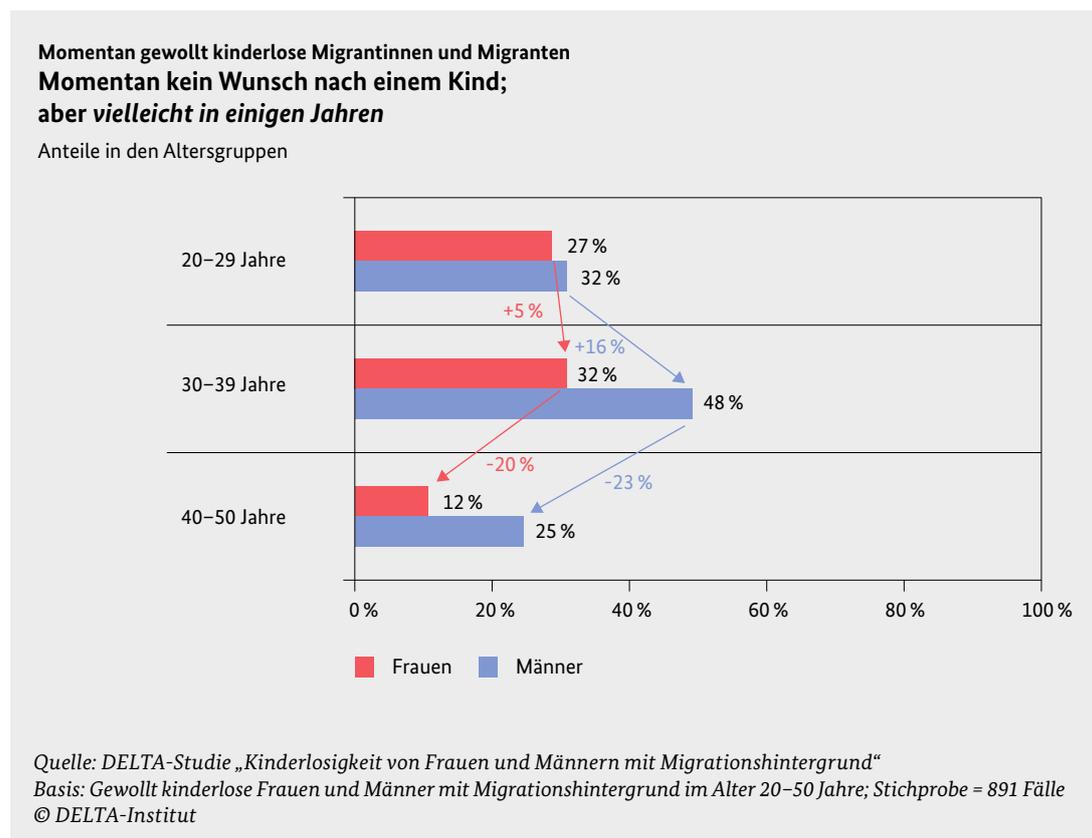
In jungen Jahren gehen viele Frauen und Männer mit Migrationshintergrund noch fest davon aus, einmal Kinder zu wollen, wenn sie bestimmte Lebensziele erreicht haben und Rahmenbedingungen gegeben sind. Der zeitliche Korridor für die Familiengründung ist noch sehr weit gespannt. Mit Blick auf die ferne Zukunft sind sich die Frauen und Männer sicher, in 10 oder 15 Jahren einmal Kinder zu haben. Einige jedoch stellen fest, dass auch nach dem vollendeten 30. oder 35. Lebensjahr bestimmte selbst gesteckte Ziele und Rahmenbedingungen für die Familiengründung noch nicht erreicht sind – und die biologischen Chancen geringer werden.

Aus dem festen Wunsch nach Kindern wird in der subjektiven Perspektive die „*Option Kinder*“. Die subjektive Erfahrung der einzelnen Frau und des einzelnen Mannes ist, dass nicht automatisch alle persönlich relevanten Voraussetzungen für die Familiengründung sich erfüllen. Je näher sie ihren vormals selbst definierten Altersgrenzen rücken, desto unklarer wird, ob sich diese Ziele noch erreichen lassen und ob der Kinderwunsch wirklich umgesetzt werden soll. Eine endgültige Entscheidung zu treffen, fällt zunehmend schwer. Der Kinderwunsch ist noch vorhanden, aber so sicher ist es für sie subjektiv nicht mehr, dass dieser auch wirklich einmal realisiert wird. Erstaunlich ist, dass 18 % der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund auch nach dem 40. Lebensjahr noch von sich sagen, dass sie in der Zukunft „*vielleicht*“ einmal Kinder haben möchten, wenn das Zeitfenster für eine Familiengründung aus biologischen Gründen bereits sehr schmal ist.

Es zeigen sich signifikante Geschlechterunterschiede:

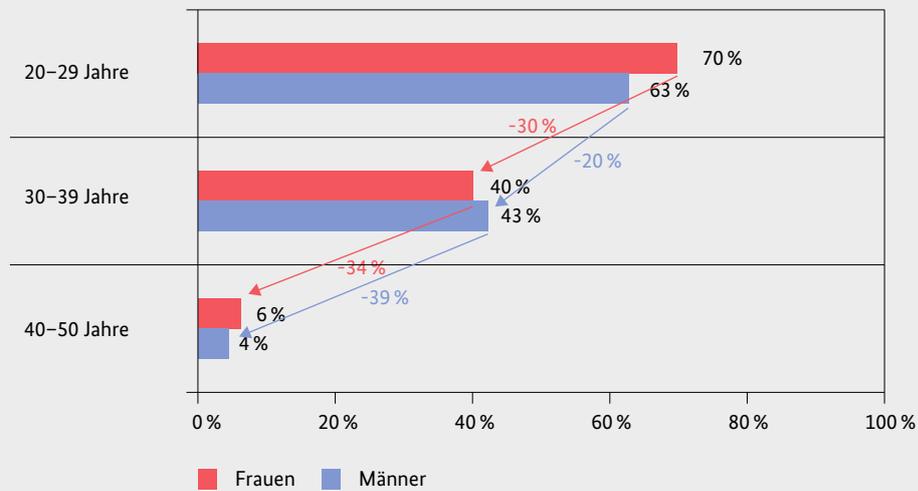
- **Im Alter von 20 bis 29 Jahren** haben 70 % der gewollt kinderlosen Migrantinnen einen festen Kinderwunsch für die Zukunft. Der Anteil der Männer mit Migrationshintergrund, die sich für die Zukunft „*ganz sicher*“ ein Kind wünschen, ist mit 63 % etwas geringer. Mehr männliche Migranten (32 %) als Migrantinnen (27 %) wünschen sich hingegen für die Zukunft „*vielleicht*“ ein Kind. Während Frauen sich in jungen Jahren überwiegend schon „*ganz sicher*“ sind, einmal Kinder haben zu wollen, ist es für junge Männer zunächst nur eine Option im Lebensverlauf. Sie stellen sich in dieser Lebensphase oftmals noch nicht die konkrete Frage nach Familienplanung und -gründung.
- **Im Alter von 30 bis 39 Jahren** ist der Anteil derer, die ihren festen Kinderwunsch in die Zukunft verlagern, deutlich gesunken: bei Frauen um 30 Prozentpunkte von 70 % (20–29 Jahre) auf 40 % (30–39 Jahre); bei Männern um 20 Prozentpunkte von 63 % (20–29 Jahre) auf 43 % (30–39 Jahre). Der Kinderwunsch wird damit nicht aufgegeben; bei vielen wird die feste Erwartung nach einem Kinder zu einem möglichen, optionalen Kinderwunsch: Im Alter **ab 30 Jahren** steigt der Anteil der Migrantinnen, die sich in der Zukunft „*vielleicht*“ ein Kind wünschen, von 27 % auf 32 %. Auch der Anteil der Migranten, die sich „*vielleicht*“ für die Zukunft ein Kind wünschen, steigt von 32 % um 16 Prozentpunkte auf 48 % **in der vierten Lebensdekade**.
- **Nach der Altersgrenze von 40 Jahren** sinkt der Anteil jener Frauen und Männer, die einen festen Kinderwunsch auf die Zukunft vertagen, deutlich (um 39 Prozentpunkte bei den Männern und 34 Prozentpunkte bei den Frauen). Mit 4 % bei den Frauen und 6 % bei den Männern ist ein fester Kinderwunsch für die Zukunft ein seltenes Phänomen bei beiden Geschlechtern.
- Hingegen bleibt der Anteil jener, die sich „*vielleicht*“ in der Zukunft ein Kind wünschen, auch **im Alter ab 40 Jahren** vergleichsweise hoch. Zwar sinkt der Anteil jener Frauen, die sich die Option weiterhin offenhalten, in der Zukunft ein Kind bekommen zu wollen, um 20 Prozentpunkte, bleibt jedoch mit 12 % relativ hoch. Auch der Anteil männlicher Migranten mit optionalem Kinderwunsch für die Zukunft sinkt signifikant. Dennoch wünscht sich jeder vierte gewollt kinderlose Migrant (25 %) im Alter von 40 bis 50 Jahren „*vielleicht*“ in der Zukunft ein Kind.

Frauen mit Migrationshintergrund tendieren somit zu Beginn ihrer Erwerbsbiografie etwas stärker als Männer dazu, ihre feste Vorstellung und klare Lebensperspektive mit Kind noch nicht jetzt, sondern erst „in einigen Jahren“ realisieren zu wollen. Dieser zeitliche Korridor der Familiengründung ist für Frauen sehr viel enger und klarer umrissen als bei Männern. Sie definieren bestimmter einen „passenden“ Zeitpunkt für die Familienplanung und verabschieden sich früher von ihrem optionalen oder sicheren Kinderwunsch. Männer hingegen legen sich kaum fest. Die Frage, ob und wann sie einmal ein Kind bekommen, bleibt für sie eine Option. Nur wenige Männer mit Migrationshintergrund wollen auch nach dem 40. Lebensjahr noch „ganz sicher“ ein Kind, aber ein Viertel hält sich zumindest die Option weiterhin offen (will „vielleicht“ in der Zukunft ein Kind).



**Momentan gewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten
Momentan kein Wunsch nach einem Kind;
aber ganz sicher in einigen Jahren**

Anteile in den Altersgruppen



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20-50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
© DELTA-Institut

5.6 Begründungen und Perspektiven, momentan kein Kind zu wollen

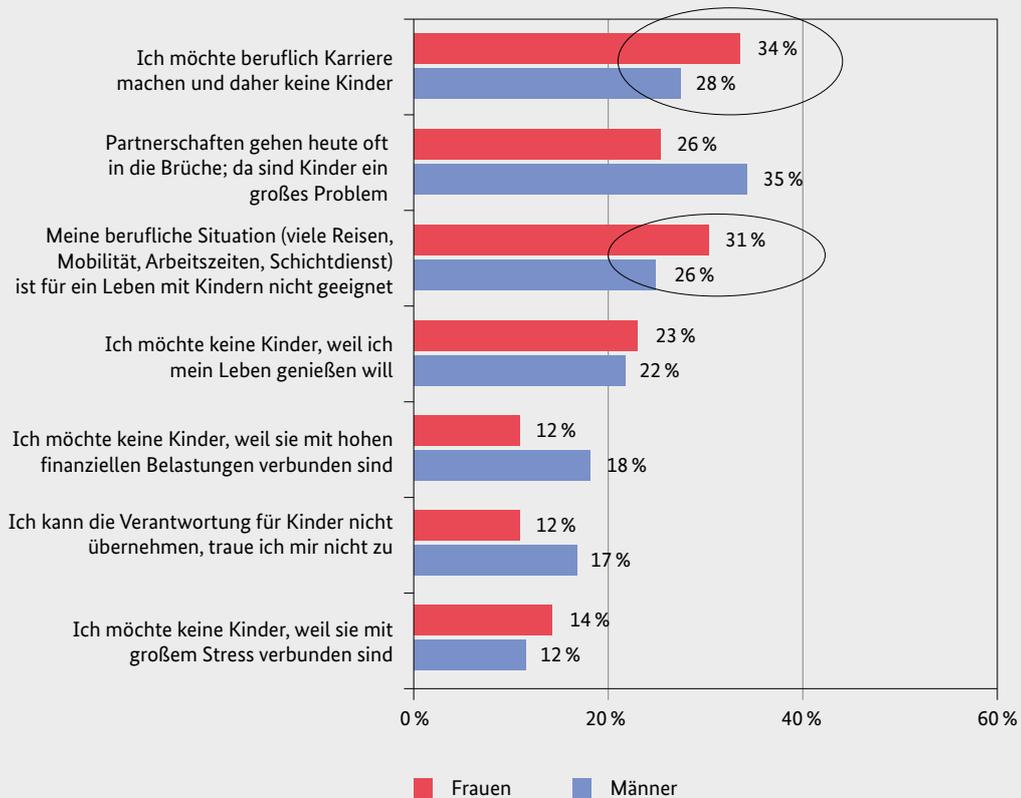
Migrantinnen und Migranten begründen ihre momentane oder dauerhafte gewollte Kinderlosigkeit nicht mit einem einzelnen Argument, sondern mit einem breiten Spektrum von Gründen und Motiven, die sich aufeinander beziehen und teilweise unterstützen:

- Der Wunsch nach einer beruflichen Karriere, die uneingeschränktes Engagement verlangt, ist ein häufiges Argument: 34% der Migrantinnen sowie 28% der Migranten begründen damit ihre momentan gewollte Kinderlosigkeit (24% der autochthonen Frauen; 20% der autochthonen Männer).

- „Karriere war dann erst mal wichtiger.“
- „In meinem Berufsfeld ist es so: man hat gerade einen Auftrag bekommen, hat Kontakte gesammelt, die will man nicht verlieren ... zwei Jahre weg vom Fenster ...“
- „Ihre Karrierechancen sind dann futsch.“
- „Die meisten werden durch Kinder in der Karriere zurückgeworfen.“
- „Ich habe Fristen, arbeite in manchen Wochen 70/80 Stunden. Das geht mit einem Kind gar nicht.“
- „Kinder sind Karrierekiller. 60% arbeiten geht gar nicht – man muss 120% bringen – sonst ist der Job weg!“

- Eine solide, dauerhafte Partnerschaft ist für Migrantinnen und Migranten die wichtigste Voraussetzung für die Gründung einer Familie. Demzufolge ist die Sorge um Partnerschaften und die Problematiken im Fall einer Trennung/Scheidung, wenn Kinder vorhanden sind, ein häufiges Argument gegen den Kinderwunsch. Vor allem Männer mit Migrationshintergrund (35 %) haben diesbezüglich Bedenken.
- Die berufliche Situation mit Reisen, Mobilität, Arbeitszeiten, Schichtdienst o. Ä. stellt für Frauen mit Migrationshintergrund häufiger ein Hindernis dar, ein Kind zu bekommen, als für Männer mit Migrationshintergrund: 31 % der Migrantinnen und 27 % der Migranten betonen, ihre Arbeitssituation lasse sich mit einem Kind nicht oder nur schwer vereinbaren. In der autochthonen Bevölkerung ist dies eher für Männer (40 %) ein Argument gegen den Kinderwunsch als für Frauen (32 %).
- 25 % der Migrantinnen und 23 % der Migranten begründen ihre gewollte Kinderlosigkeit damit, dass sie ihr Leben genießen wollen.
- Höhere finanzielle Belastungen sind für Migrantinnen (12 %) seltener ein Grund, keine Kinder zu wollen, als für Migranten (18 %). Ein Hinweis, dass auf Männern mit Migrationshintergrund ein größerer Druck lastet, für das Familieneinkommen zu sorgen.
- Das Bekenntnis (als Einstellung oder der Abwehr), sich die Verantwortung für ein Kind nicht zutrauen, ist für 12 % der Migrantinnen und 17 % der männlichen Migranten ein Argument gegen den Kinderwunsch.
- Das Argument, Kinder seien mit großem Stress verbunden, findet etwas mehr Zustimmung bei Migrantinnen (14 %) als bei Migranten (12 %), jedoch weniger als in der autochthonen Bevölkerung (hier stimmen 17 % der gewollt kinderlosen Frauen und 18 % der gewollt kinderlosen Männer dieser Aussage zu).

Begründung zur momentan gewollten Kinderlosigkeit



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala

© DELTA-Institut

Substanzielle Unterschiede dieser Grundorientierungen zeigen sich anhand von Bildungsgraden und Lebensphasen:

- Etwas häufiger als Migranten (32%) betonen Migrantinnen (36%) **mit hoher Schulbildung**, dass ihre berufliche Perspektive (dauerhaft oder temporär) Priorität hat.
- Das Ziel einer beruflichen Karriere ist für **jüngere Migrantinnen mit hoher Schulbildung** der wichtigste Grund, (noch) kein Kind zu wollen. Dieses Argument bleibt für Migrantinnen über das 30. Lebensjahr hinaus, oft bis zum Alter von 35 oder 39 Jahren ein zentrales Motiv gegen den Kinderwunsch. Für männliche Migranten sind die beruflichen Ziele hingegen in erster Linie in jungen Jahren ein Argument gegen Kinder.
- 31% der **Migranten mit hohem formalem Bildungsabschluss** betonen die Belastung durch viele Dienstreisen, Mobilität, lange Arbeitstage und die geforderte Flexibilität für ihren Arbeitgeber, aber nur 17% der Migranten mit niedriger Schulbildung. **Frauen mit hoher Bildung** (32%) nennen dies am häufigsten als Grund, allerdings ist die Differenz zu den Frauen mit mittlerer (29%) und niedriger (25%) Schulbildung gering. Das weist darauf hin, dass für Frauen mit Migrationshintergrund Berufstätigkeit (und nicht nur in einer gehobenen Stellung) schwer mit der Familienarbeit vereinbar ist.

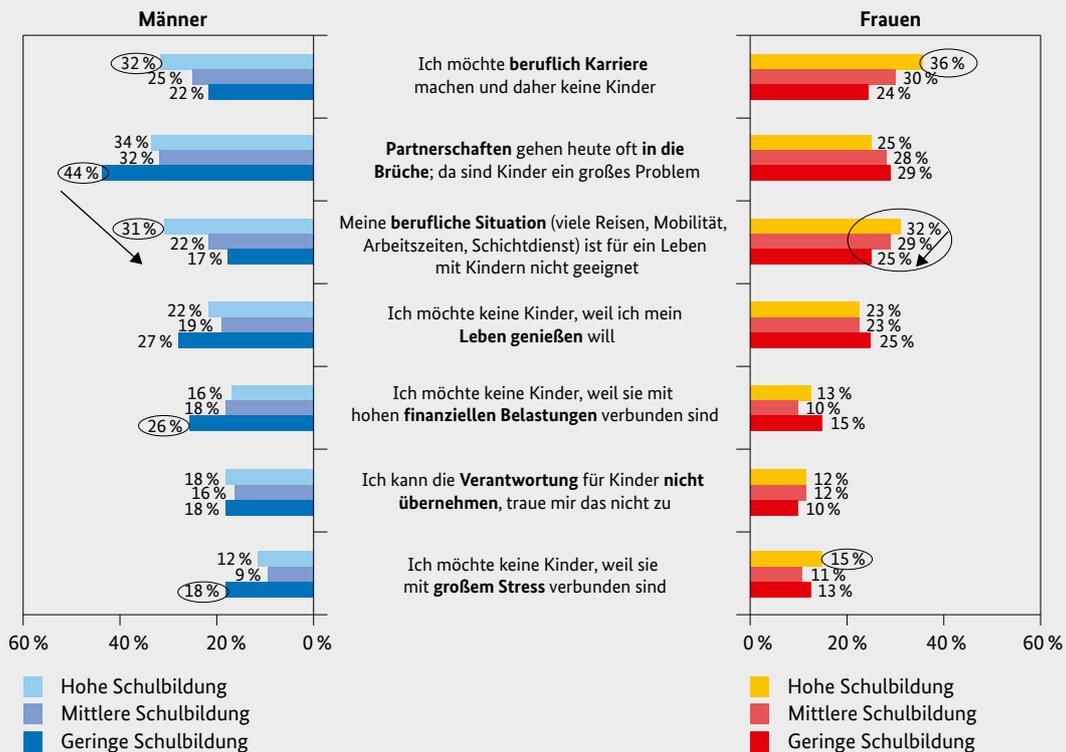
- *„Ich habe immer nachts gearbeitet und da passen Kinder einfach nicht rein. Ich wollte auch keine Kinder haben, die man abschiebt.“*
- *„Bei vielen bekommt man keinen Job, wenn man Kinder hat, weil man dann oft fehlt.“*
- *„Vollzeit arbeiten und ein Kind erziehen – das geht gar nicht!“*

- Finanzielle Belastungen sind in erster Linie für männliche **Migranten mit geringer Formalbildung** ein Thema. Sie finden sich zumeist in der traditionellen Rolle des Familienernährers, ihre berufliche und finanzielle Situation ist jedoch aufgrund des niedrigen Bildungsgrades prekär. Finanzielle Fragen sind für sie eine hohe Hürde in der Familienplanung.
- Partnerschaftliche Unsicherheit stellt ebenfalls für **Männer mit niedriger Formalbildung** das größte Problem dar. Unterhaltsverpflichtungen und rechtliche Fragen (bezüglich des Umgangs- und Sorgerechts) bereiten ihnen größeres Kopfzerbrechen als Männern mit mittlerer und höherer Schulbildung. Für Männer mit niedriger Formalbildung und (oftmals entsprechend) niedrigem Einkommen stellen Kinder ein Armutsrisiko dar. Gerade im Fall einer Trennung sehen sie durch Unterhaltsverpflichtungen ihre finanzielle Lebensgrundlage bedroht.

- *„Heute trennt man sich viel schneller als damals.“*
- *„Die Scheidungsrate ist sehr hoch, die finanzielle Belastung ist sehr hoch.“*
- *„Der Mann ist immer der Leidtragende! Ob es der Unterhalt der Frau ist oder für das Kind und das Sorgerecht nach der Scheidung – 85 % werden die Kinder der Frau zugeordnet und dann zahle ich für etwas, mit dem ich nichts mehr zu tun habe.“*
- *„Der Mann ist einfach immer am Arsch. Auch bei einer rechtlichen Veränderung, die Mutter kann das Kind nehmen und gehen. Und wenn der Papa kommt mit Besuchsrecht, dann kommt die Polizei.“*

Begründung zur momentan gewollten Kinderlosigkeit

Migrantinnen und Migranten in Bildungsschichten



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

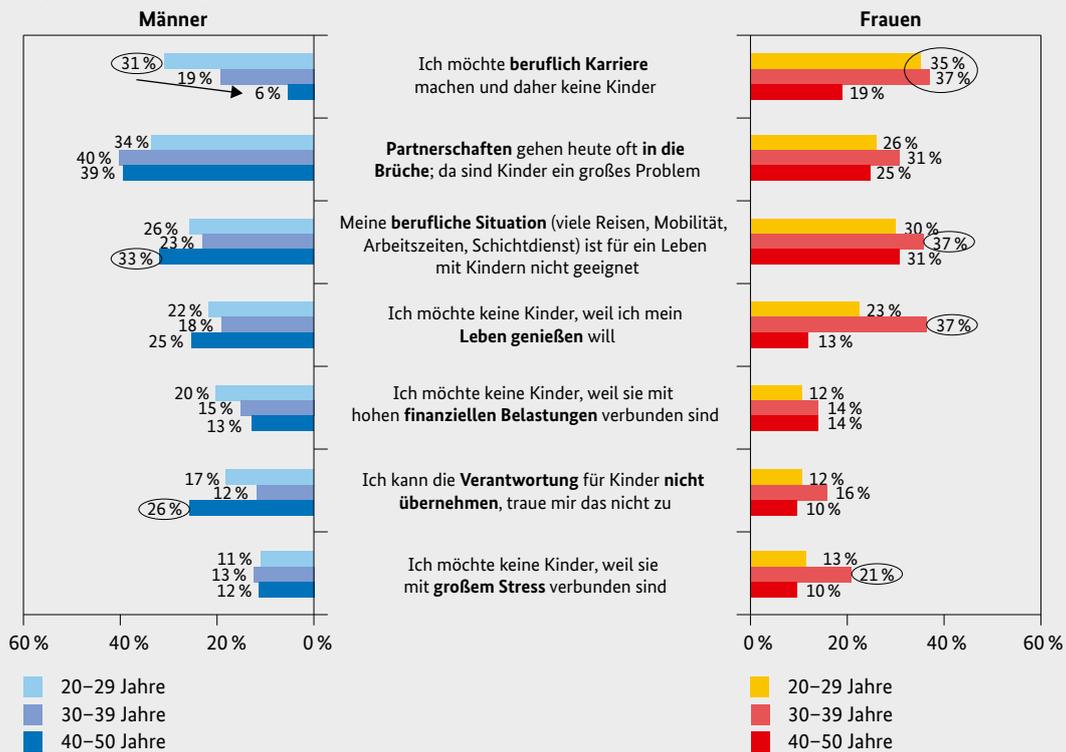
Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala

© DELTA-Institut

- Die schwierige Vereinbarkeit von Familie und der eigenen beruflichen Situation betonen bei den männlichen Migranten in erster Linie die älteren, wohingegen die Migrantinnen des mittleren Alterssegments am häufigsten betonen, dass sich ihre berufliche Situation nicht für ein Leben mit Kindern eignet.
- Keine Kinder zu wollen, weil sie ihr Leben genießen möchten – dies trifft in erster Linie auf **Migrantinnen zwischen 30 und 39 Jahren zu**. Bei ihnen wird die Frage nach dem Kinderwunsch altersbedingt zunehmend akut. Sie treffen damit eine Aussage, die sich nicht nur auf die nächsten Lebensjahre bezieht, sondern von Dauer ist.
- Vor allem **Migrantinnen mittleren Alters** trauen sich den Stress und die Verantwortung für die Erziehung von Kindern nicht zu. Bei männlichen Migranten fürchten vor allem jene über 40 Jahre, der Verantwortung nicht (mehr) gerecht werden zu können, ein Kind zu erziehen.

Begründung zur momentan gewollten Kinderlosigkeit

Migrantinnen und Migranten in Altersstufen



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle

Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala

© DELTA-Institut

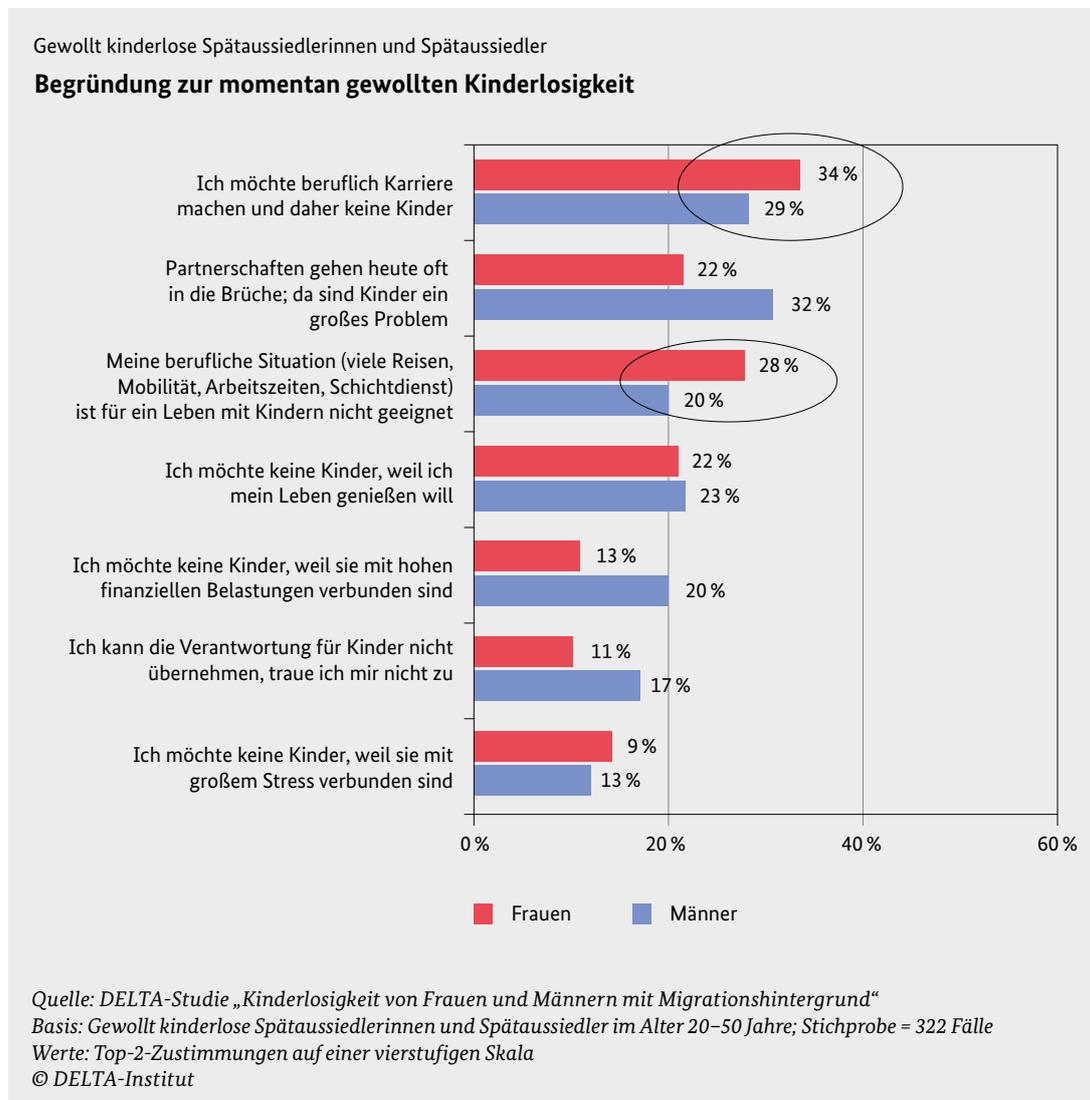
Sowohl bei gewollt kinderlosen Spätaussiedlerinnen als auch bei Migrantinnen mit türkischem Migrationshintergrund zeigt sich, dass Frauen vor allem aus beruflichen Gründen (jetzt oder dauerhaft) keine Kinder wollen. 34% der Spätaussiedlerinnen und 37% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund stimmen der Aussage zu, dass sie (derzeit) keine Kinder wünschen, weil sie lieber Karriere machen wollen. Beinahe doppelt so viele Frauen wie Männer (20%) mit türkischem Migrationshintergrund begründen ihre (momentan) gewollte Kinderlosigkeit mit dem Wunsch, (zunächst) Karriere machen zu wollen.

Ähnlich verhält es sich mit der Aussage, die berufliche Situation lasse sich mit Kindern nicht vereinbaren: 28% der Spätaussiedlerinnen und 34% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund stimmen dieser Aussage zu, aber nur 20% der männlichen Spätaussiedler und 26% der Männer mit türkischem Migrationshintergrund.

Diese Ergebnisse sind nicht gleichbedeutend mit der Annahme, dass Frauen mit Migrationshintergrund einen größeren Wunsch nach beruflicher Selbstverwirklichung und höhere Karriereambitionen haben als männliche Migranten. Sie weisen vielmehr darauf hin, dass für Frauen mit Migrationshintergrund die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fragwürdiger ist als für Männer.

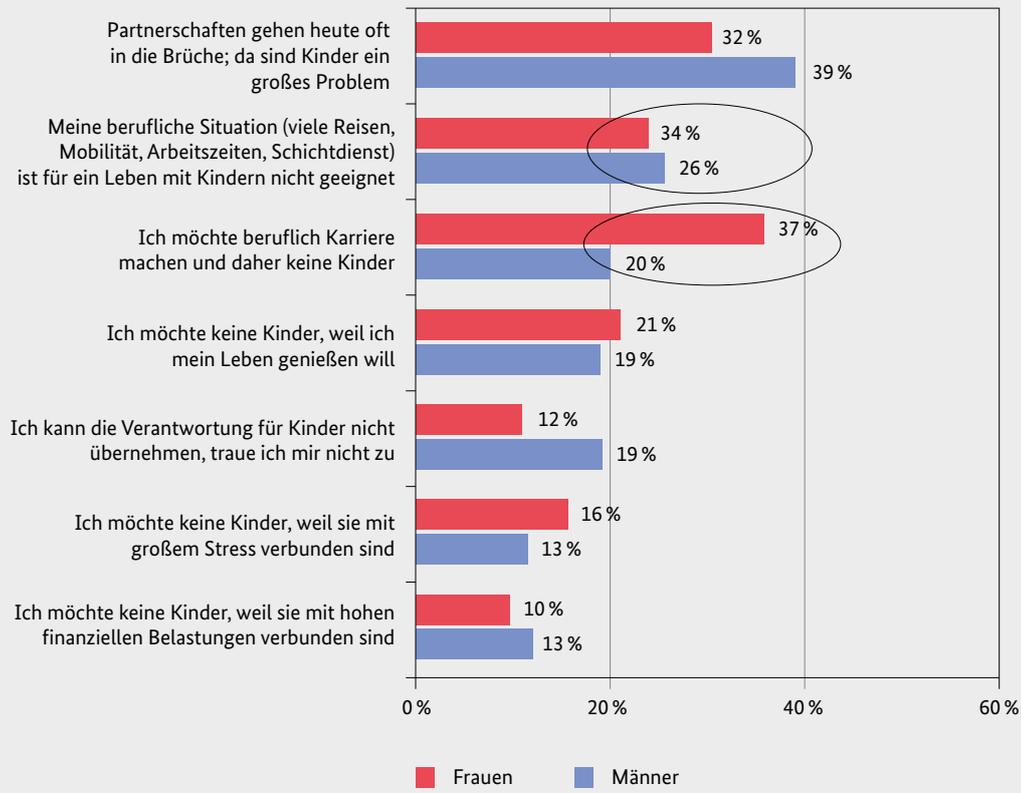
Für Männer mit Migrationshintergrund ist die Sorge um die Verlässlichkeit und Beständigkeit von Partnerschaften das Hauptmotiv, (noch) keine Kinder zu wollen. 32% der männlichen Spätaussiedler und 39% der Männer mit türkischem Migrationshintergrund sind der Meinung, dass Kinder ein großes Problem darstellen, wenn Partnerschaften zerbrechen. Dieser Aussage stimmen auch 22% der Spätaussiedlerinnen und 32% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu. Während eine Trennung Frauen oftmals vor die Perspektive stellt, alleinerziehend zu sein, bedeutet eine Trennung für Männer meist Unterhaltspflicht und eingeschränktes Sorge- und Umgangsrecht.

20% der männlichen Spätaussiedler und 13% der Männer mit türkischem Migrationshintergrund verbinden mit Kindern hohe finanzielle Belastungen, deren Druck sie sich lieber (noch) nicht aussetzen möchten. Das trifft auch für 13% der Spätaussiedlerinnen und 10% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu. Für Frauen und Männer türkischer Herkunft sind finanzielle Fragen damit kaum ein Argument, sich gegen ein Kind zu entscheiden.



Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund

Begründung zur momentan gewollten Kinderlosigkeit



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre;
Stichprobe = 202 Fälle
Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala
© DELTA-Institut

In der qualitativen Untersuchung nannten die Spätaussiedlerinnen auch gesellschaftspolitische Gründe für ihre aktuell (oder dauerhaft) gewollte Kinderlosigkeit. Vor allem die Betreuungssituation stellt für viele Frauen ein Hindernis dar.

- „Unsere Gesellschaft ist kinderfeindlich: die Gestaltung von Kindergärten, die Bildung, die an einer Gesamtschule geboten wird ...“
- „Das ist doch politisch gewollt! Kinder als selbstverständlich zu betrachten, ist bis heute nicht gewollt. Nicht zur Verfügung gestellte Gelder für den Kita-Ausbau: Das ist doch nicht zufällig. Die wollen nicht, dass Frauen Karriere machen.“
- „Allein die Uhrzeiten – bis 17 Uhr. Das ist schwierig. Meine Freundin arbeitet bis 17 Uhr. Da ist jede Menge Druck. Wenn sie alleinerziehend wäre, hätte sie es nicht geschafft, oder sie müsste Teilzeit arbeiten.“

Aber auch die Väter sehen sie wenig in der Verantwortung. Zwar gibt es vereinzelte Beispiele, in denen die Väter gleichberechtigt verantwortlich seien, aber zumeist beobachten die Frauen eine traditionelle Rollenverteilung, die die Aufgaben um Kindererziehung und Haushalt den Frauen überlasse.

- *„Es gibt auch Männer, die kümmern sich mehr als die Mutter. Ich habe eine Freundin, da ist das Kind das Problem vom Vater ... Sie macht weiter, beruflich erfolgreich, reist ... der Vater ist die erste Bezugsperson für das Kind.“*
- *„Papa mit Kindern und Eisenbahn, Versorger, Vorbild und Spielkamerad.“*
- *„Es ist schon krass, dass man den Job weiter macht und sich 24 Stunden um das Kind kümmert und der Vater darf spielen, wenn er Lust hat.“*
- *„Die Väter sind doch in der Regel allenfalls biologisch und finanziell vorhanden.“*
- *„Väter machen nur die entspannten Sachen. Es ist meistens so. Ich kenne viele Väter, die drücken sich vorm Windelnwechseln und nachts aufstehen, und die warten, bis die Kinder größer sind, und können dann mit denen Fußball spielen.“*
- *„Es gibt wenige Väter, die sich intensiv beschäftigen.“*
- *„Männer in Mutterschutz, ich habe das nie erlebt, kenne keine Männer, die das gemacht haben.“*

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nannten vor allem gesellschaftspolitische Gründe für ihre (momentan) gewollte Kinderlosigkeit: Zum einen beklagen sie einen gesellschaftlichen Werteverfall (es gebe zu wenig gesellschaftlichen Zusammenhalt, die Familienbande in Deutschland seien zu schwach), zum anderen sind es Gründe, die sich speziell aus ihrer Situation als Migrantinnen (persönliche Diskriminierungserfahrungen) ergeben.

- *„Ich bin der Meinung, dass Frauen sehr alleine gelassen werden in diesem Land. Medizinisch, in der Erziehung ...“*
- *„Für alles andere haben wir Geld, für das wichtigste Gut haben wir nichts, das ist traurig!“*
- *„Solange Kristina Schröder nichts Besseres macht, mache ich keine Kinder!“*
- *„Keiner übernimmt mehr Verantwortung für die anderen.“*
- *„Hätte ich ein Kind, würde ich es nicht in eine Kita schicken, wo nur Türken sind, obwohl ich türkische Gene habe.“*
- *„Das Kind von meiner Cousine ist in einer Kita, das Kind hat blonde Locken, grüne Augen, heißt Sarah, meine Cousine hat lange schwarze Haare, dunkle Augen. Als sie das Kind abgeholt hat, kamen 3-jährige Kinder an und sagten: ‚Kanake, oder was‘, muss man sich überlegen, ob man beleidigt werden will.“*
- *„... nur weil ich das einzige türkische Kind war – man wurde als ausländisches Kind immer bestraft, ich musste mich mehr in der Schule anstrengen, selbst beim Abitur, so gestaltete sich das kämpferische Leben, du bist Ausländer, du bist eh nichts, so ging es mir und meinen Geschwistern ... in diese Welt musst du ein Kind setzen, das dann genauso kämpfen muss wie du – das wollte ich nicht.“*

6.

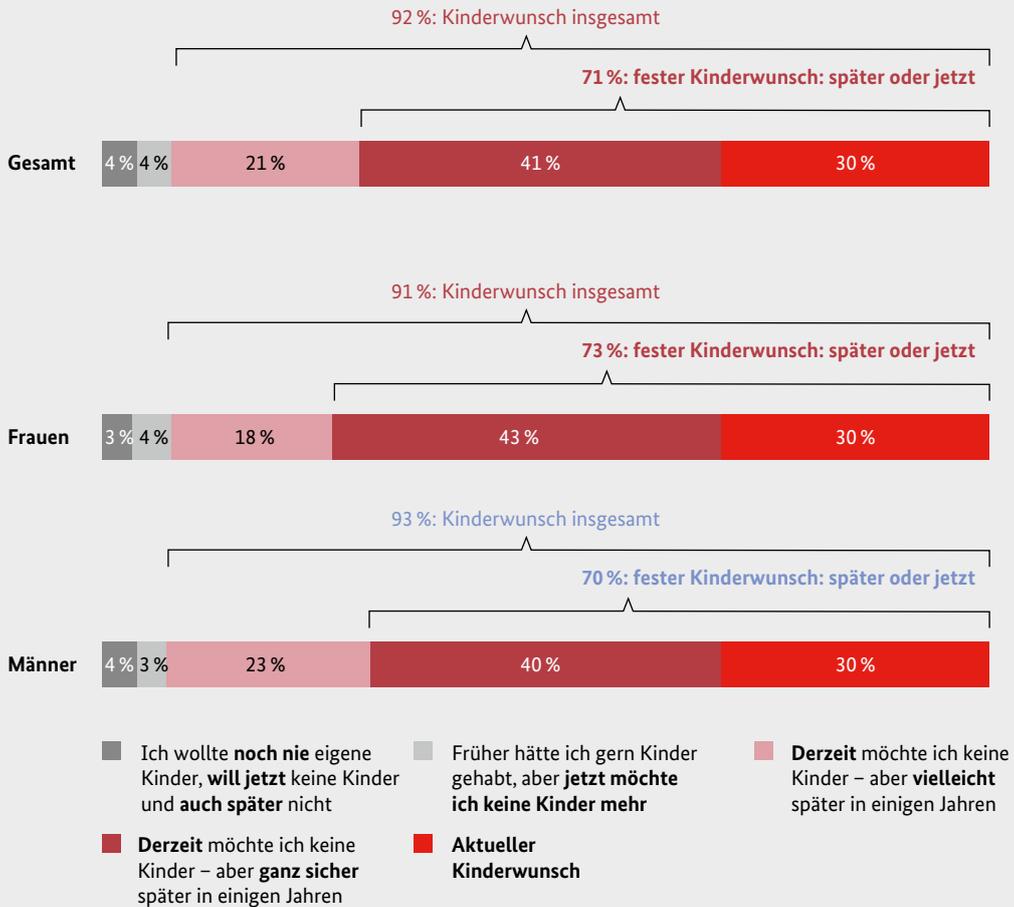
Zwischenfazit: gewollte Kinderlosigkeit als temporäres Phänomen

Die Unterscheidung „*gewollt kinderloser*“ und „*ungewollt kinderloser*“ Migrantinnen und Migranten basierte bislang auf der Entscheidung der Frauen und Männer, ob sie in ihrer aktuellen Lebenssituation und der nahen Zukunft einen konkreten Kinderwunsch haben. Eine derartige aktuelle Bestandsaufnahme muss durch eine Lebensverlaufsperspektive angereichert werden, um die inhaltliche und zeitliche Verwobenheit der beiden Kategorien „gewollt“ und „ungewollt“ kinderlos verstehen zu können und den Blick auf das engere und weitere Potenzial derer zu lenken, die den Wunsch nach einem Kind haben.

- Das engere Potenzial der Frauen und Männer mit Kinderwunsch besteht aus dem Anteil von 30% ungewollt kinderloser Migrantinnen und Migranten (im Alter von 20 bis 50 Jahren). Sie haben einen aktuellen, konkreten Kinderwunsch.
- Das weitere Potenzial bilden 71% der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund. Sie haben den festen Wunsch nach einem Kind – jetzt oder später.
- 92% sind das weiteste Potenzial der Kinderlosen mit Migrationshintergrund, die insgesamt einen konkreten oder diffusen Wunsch nach einem Kind haben (jetzt, sicher später, vielleicht später).

Kinderlose Migrantinnen und Migranten

Haltung zur eigenen Kinderlosigkeit



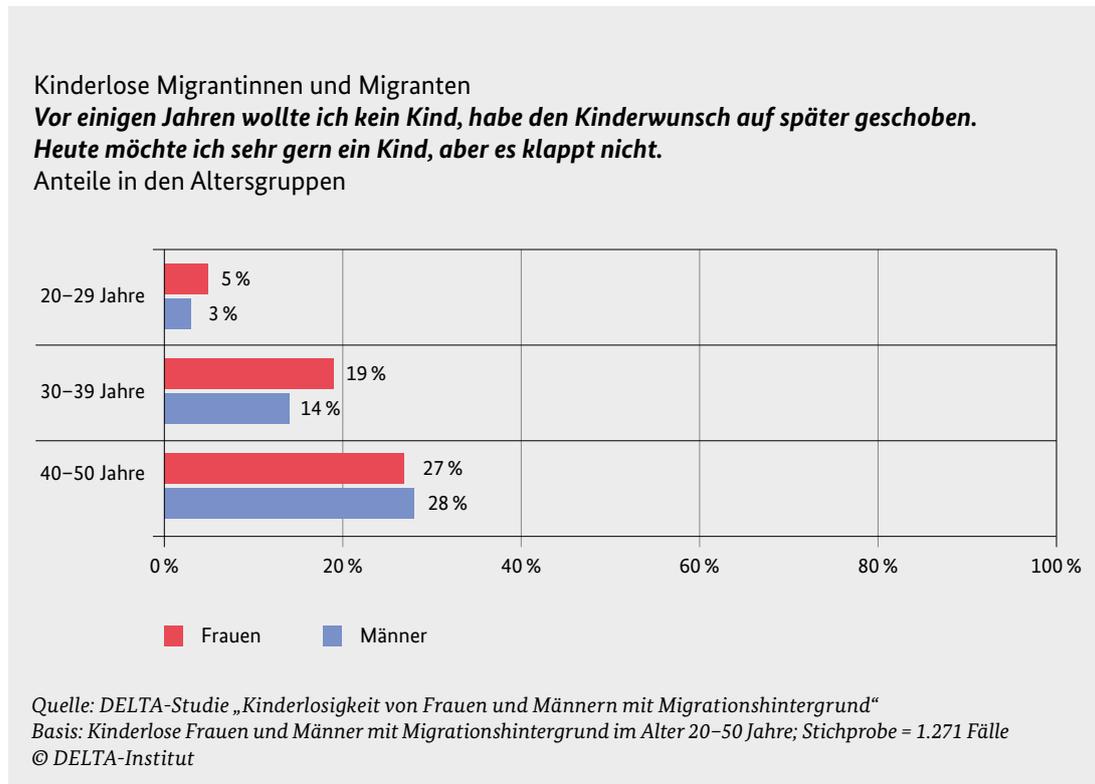
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
 © DELTA-Institut

Wichtig ist der Befund, dass von allen kinderlosen Migrantinnen und Migranten im Alter zwischen 20 und 50 Jahren nur 4 % kategorisch sagen, dass sie sicher jetzt und auch später keine Kinder wollen. Insofern ist die Zahl der aus Überzeugung kinderlosen Migrantinnen und Migranten gering.

Weitere 4 % der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund zwischen 20 und 50 Jahren haben ihren Kinderwunsch bereits aufgegeben.

Kinderlose mit Migrationshintergrund verschieben ihren Kinderwunsch in jungen Jahren häufiger als autochthone Kinderlose auf eine spätere Lebensphase. Nur 4 % der Frauen und Männer wünschen prinzipiell und dauerhaft keine Kinder. Dies ist vor allem in Hinblick auf spätere Lebensphasen ein wichtiger Befund: Die (zeitlich befristete) gewollte Kinderlosigkeit wandelt sich dann oftmals in einen unerfüllten Kinderwunsch. Im Alter von 30 bis 39 Jahren sagen 19 % der Frauen mit Migrationshintergrund und im Alter von 40 bis 49 mehr als jede vierte (27 %) Migrantin über sich, sie hätten ihren Kinderwunsch in der Vergangenheit aufge-

schoben und heute, da er aktuell wäre, klappe es jedoch nicht, ein Kind zu bekommen. 28% der kinderlosen Migrantinnen im Alter von 40 bis 50 Jahren machen dieselbe Aussage über sich selbst.



Die zeitliche Verschiebung des Kinderwunsches mündet damit bei einem Viertel der kinderlosen Migrantinnen und Migranten in einer ungewollten Kinderlosigkeit.

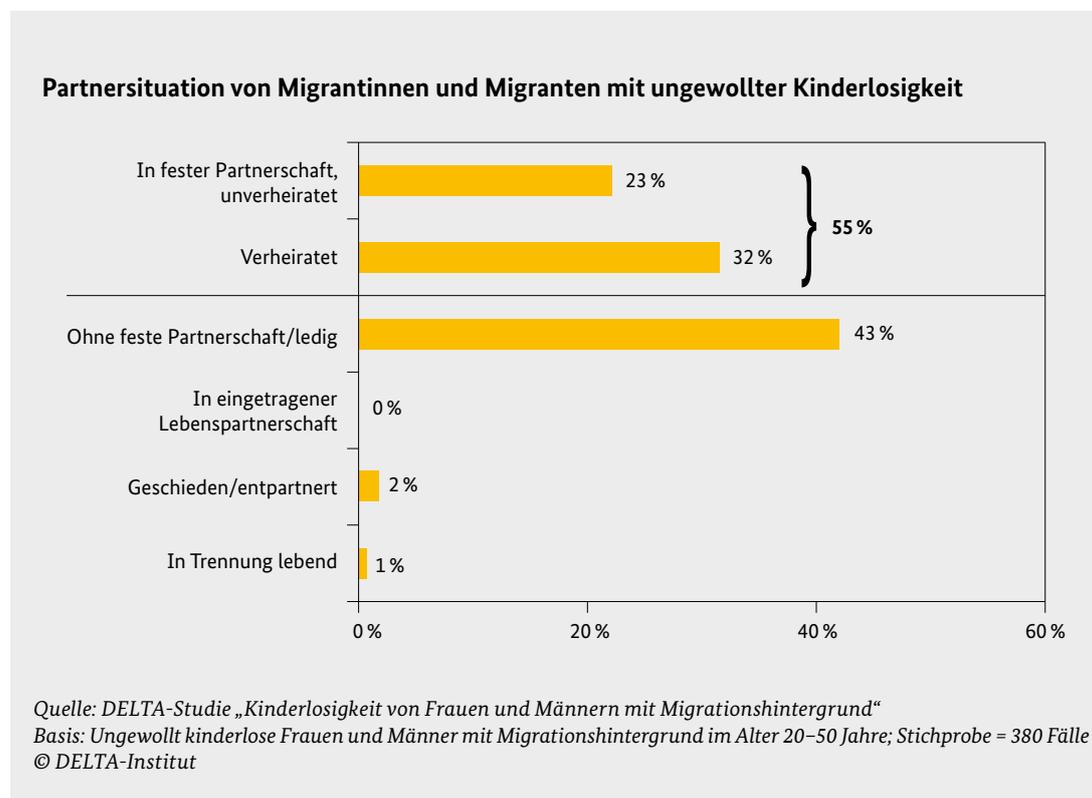
- „Mein Mann hatte sich schon vor 15 Jahren Kinder vorstellen können, ich wollte aber damals nicht – ich wollte erst einmal Sicherheit. Als ich ungeplant schwanger wurde, haben wir das dankbar angenommen. Wir haben dann getrauert und nicht mehr verhütet nach der Fehlgeburt, aber dann ist nichts mehr passiert. Das hat uns stutzig gemacht und den Wunsch verstärkt.“
- „Wir haben es aus beruflichen Gründen aufgeschoben – hätten wir doch nur früher angefangen.“
- „Das ist heute der normale Lauf: Man schiebt es immer weiter nach hinten. Erst die Ausbildung, dann der Job, dann eine Umschulung. Und wenn man dann so weit ist, ist es schon zu spät.“
- „Für mich war klar, dass ich erst einen festen Job habe, dass ich ein Jahr aussetzen kann und noch Geld bekomme. Ich bin ein Sicherheitstyp, aber der Spruch ‚Es ist nie die richtige Zeit‘ stimmt ... hätte ich doch schon vor 10 Jahren damit angefangen!“

7.

Ungewollte Kinderlosigkeit (momentaner Wunsch nach einem Kind)

7.1 Partnersituation und Familienstand

Bei aktuellem Wunsch nach einem Kind ist die Partnersituation eine entscheidende Voraussetzung. 55% der Frauen und Männer, die sich aktuell ein Kind wünschen, leben in einer festen Partnerschaft, davon 23% unverheiratet und 32% verheiratet. 43% der Migrantinnen und Migranten mit aktuellem Kinderwunsch sind ohne Partner oder Partnerin.

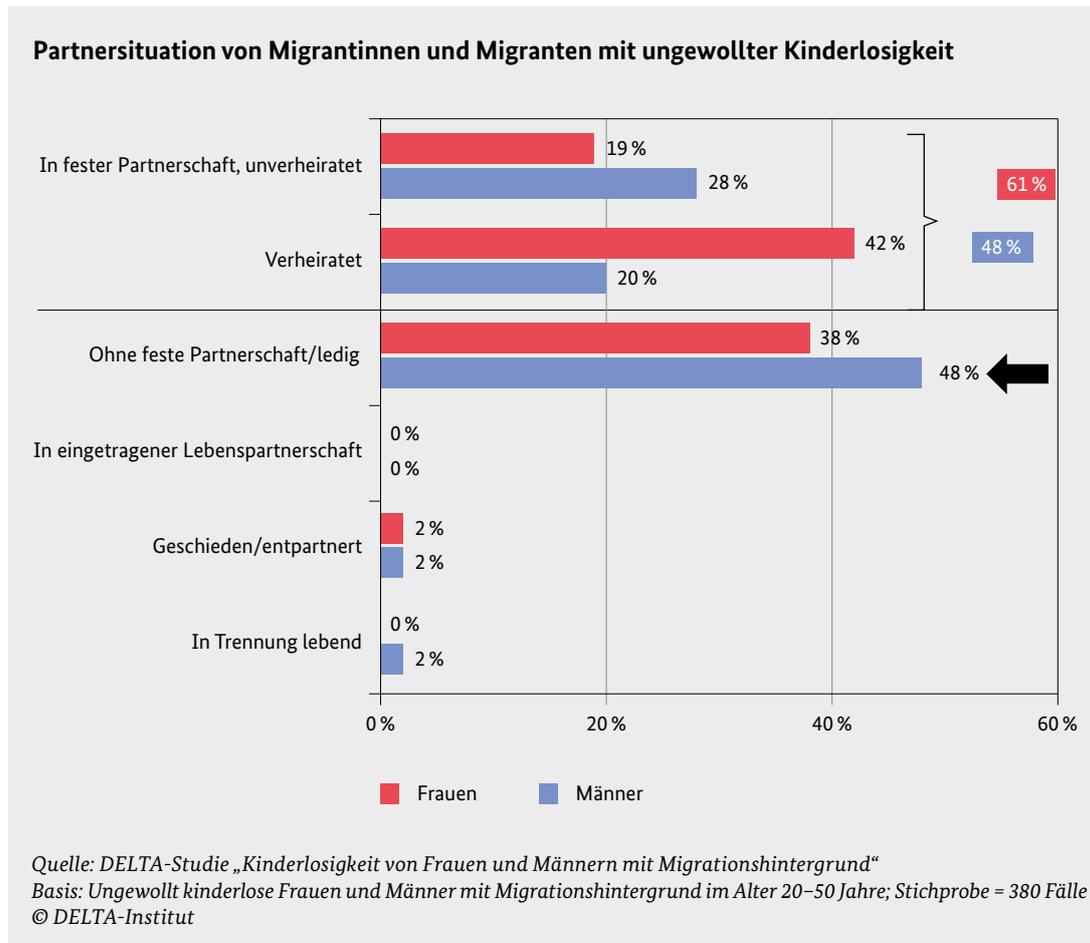


Es gibt signifikante Geschlechterunterschiede:

- 61% der **Migrantinnen** mit ungewollter Kinderlosigkeit sind in fester Partnerschaft, 42% verheiratet. Eine feste Partnerschaft, vor allem aber Ehe, ist für einen Großteil der Frauen mit (und ohne) Migrationshintergrund eine Grundvoraussetzung für die Familiengründung, ein Kind ohne festen Partner keine Option im persönlichen Lebensentwurf.
- Migranten** mit aktuellem Kinderwunsch haben mit 48% deutlich seltener eine feste Partnerschaft. Davon sind 20% verheiratet, 28% unverheiratet. Weitere 48% der ungewollt kinderlosen Männer mit Migrationshintergrund sind Single bzw. ohne feste Partnerin. Der Wunsch

nach einem Kind ist damit für viele Männer auch jenseits einer festen Partnerschaft oder gar Ehe ein aktuelles Thema. Die qualitative Untersuchung hat gezeigt, dass der Wunsch nach einem Kind vor allem von Männern in der fünften Lebensdekade als eigenständiges Lebens- und Erlebnisziel verstanden wird.

- Frauen in der vierten Lebensdekade betonen, dass sie zunächst einen Partner finden wollen (ein fehlender Partner wird in ihrem Umfeld als größeres Defizit wahrgenommen als Kinderlosigkeit) und mit diesem dann auch zeitnah den Kinderwunsch umsetzen möchten. Eine ähnliche Einstellung der Partner zum Thema Kinderwunsch ist dann für viele Frauen eine Grundvoraussetzung für eine Partnerschaft.

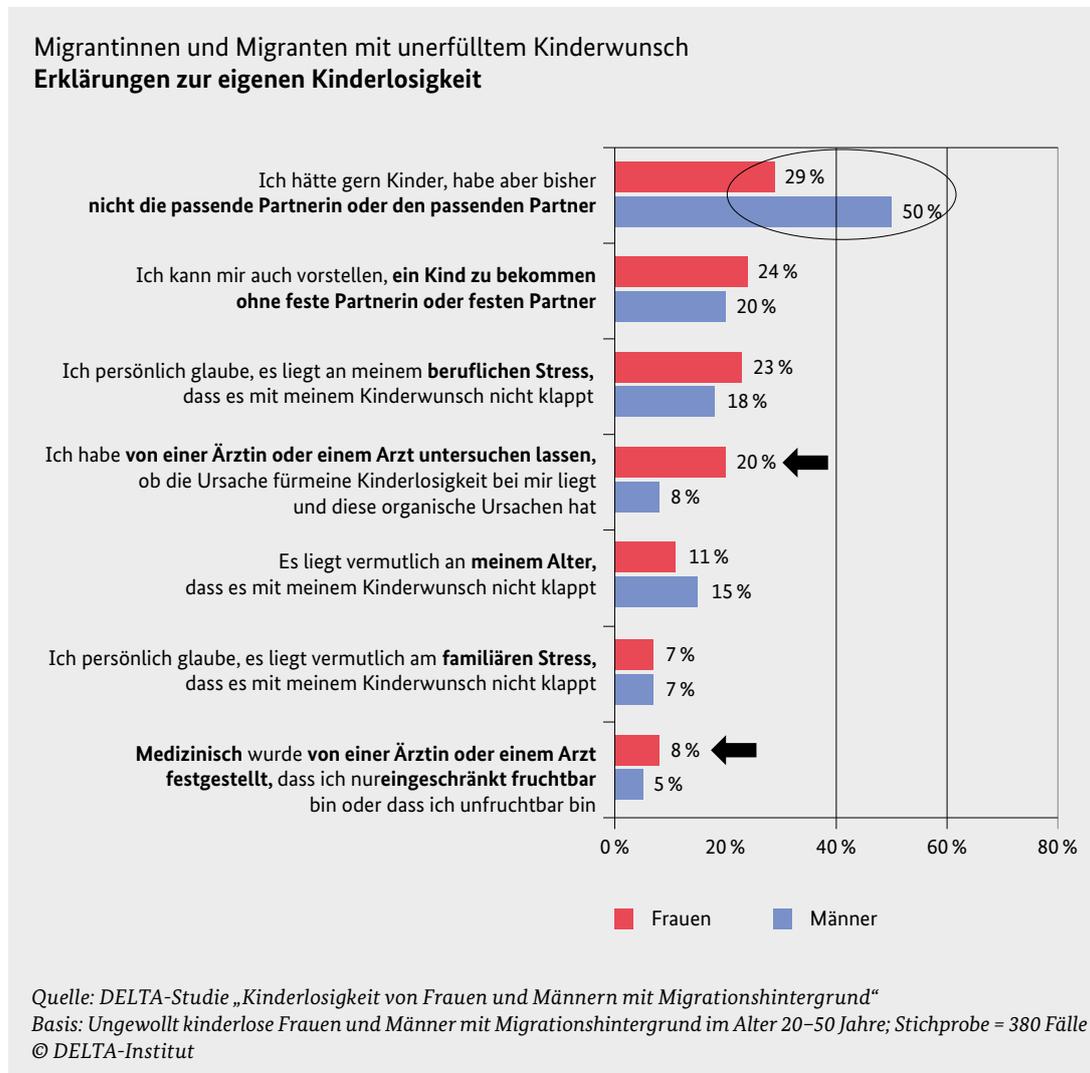


7.2 Subjektive Erklärungen der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit

Wie auch autochthone Frauen und Männer erklären Migrantinnen und Migranten ihre Kinderlosigkeit anhand eines Spektrums von Ursachen und Motiven, die für Frauen und Männer je spezifische Relevanz und Gewichtung haben.

- Vor allem ungewollt kinderlose Männer mit Migrationshintergrund (50%) können mangels Partnerin keine Familie gründen. Nicht einmal halb so viele Migrantinnen (23%) geben an, aufgrund eines fehlenden festen Partners keine Kinder bekommen zu können.

- Für fast jeden fünften Mann (18 %) und fast jede vierte Frau (23 %) mit Migrationshintergrund ist beruflicher Stress ein subjektives Erklärungsmuster für den unerfüllten Kinderwunsch. Migrantinnen geben etwas häufiger als Migranten und auch häufiger als autochthone Frauen (16 %) und Männer (19 %) an, die beruflichen Anforderungen stünden ihrem Kinderwunsch im Wege. Kinder und Berufstätigkeit erscheinen damit für Migrantinnen in vielerlei Hinsicht als zwei schwer zu vereinbarende Lebensbereiche.
- Deutlich seltener (je 7 %) geben Migrantinnen und Migranten an, familiärer Stress könne eine Ursache für ihre Kinderlosigkeit sein. „Beruflicher Stress“ ist für die Frauen und Männer deutlich plausibler als „privater, familiärer Stress“ – und schützt in der Außendarstellung die Partnerschaft.
- Häufiger als männliche Migranten (8 %) suchen Migrantinnen (20 %) bei unerfülltem Kinderwunsch eine Ärztin oder einen Arzt auf, um die Ursache für die Kinderlosigkeit medizinisch abzuklären. Nur 5 % der Männer und 8 % der Frauen haben eine medizinische Diagnose zur eigenen Unfruchtbarkeit oder eingeschränkten Fertilität.



Die Grundhaltung und selbstverständliche Voreinstellung ist, fruchtbar zu sein. Diese Selbstgewissheit haben mehr Männer als Frauen. 95 % der Migranten mit aktuellem Kinderwunsch stellen die eigene Fruchtbarkeit nicht so weit infrage, dass sie eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen würden. Ihre männliche Identität und ihre Vorstellung von Männlichkeit sind oftmals eng geknüpft an die Vorstellung, Kinder zeugen zu können. Kinderlosigkeit – das hat die qualitative Untersuchung gezeigt – wird für die meisten Männer erst zur Qual, wenn sie eine bei ihnen selbst begründete körperliche Ursache hat. Unfruchtbarkeit greift sie im Kern ihrer männlichen Identität an und birgt große Gefahr für ihr Selbstbild. Hinzu kommen bei Männern häufig eine größere Distanz zu Medizinerinnen und Medizinern und eine persönliche, körperliche Scheu in Bezug auf den Test ihrer Fruchtbarkeit. So haben Männer auch bei dauerhaft unerfülltem Kinderwunsch die Tendenz, als Ursache andere Faktoren – zunächst bei ihrer Partnerin, dann bei sich – zu vermuten, aber die Möglichkeit der eigenen organischen Unfruchtbarkeit zu tabuisieren. Die qualitativen Befunde zeigen, dass männliche Migranten (aber auch autochthone Männer) sich zumeist scheuen, eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt oder eine Andrologin oder einen Andrologen aufzusuchen. Wenn es doch geschieht, musste die Partnerin im Vorfeld oftmals lange und intensive Überzeugungsarbeit leisten und ihren Partner drängen, den ersten Schritt zu einer Untersuchung und auch weitere Schritte in Richtung Kinderwunschbehandlung zu gehen.

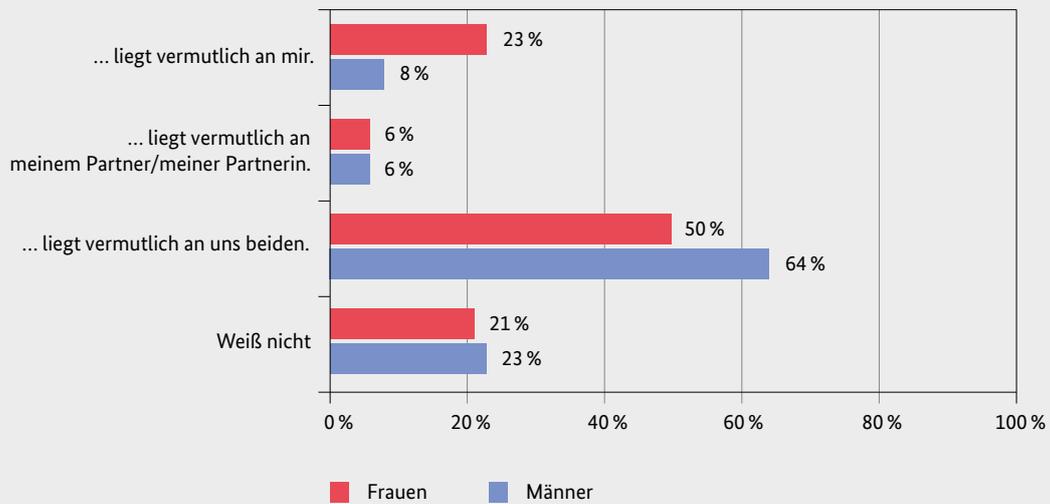
- *„Mein Mann will nicht zum Arzt. Ich habe die Hoffnung, dass es von alleine klappt.“*
- *„Mein Mann war da nicht bereit mitzukommen und sich untersuchen zu lassen. Er sagt, es läge definitiv nicht an ihm ... ich sei zu gestresst.“*
- *„Sie erinnert mich regelmäßig daran, dass wir uns untersuchen lassen.“*
- *„Sie setzt mich unter Druck, weil ihr Wunsch so groß ist.“*
- *„Ich habe eine Zeit lang drüber nachgedacht, dass ich die Dinger von ihm nehme und einpflanzen lasse. Das wollte er aber nicht, er sagt, wir haben noch Zeit.“*
- *„Ich habe nichts dagegen, aber da müsste mein Mann einverstanden sein.“*

80 % der ungewollt kinderlosen Migrantinnen haben noch keine ärztliche Diagnose bezüglich ihrer Fruchtbarkeit vornehmen lassen. Viele von ihnen scheuen sich vor einem endgültigen, die Hoffnung raubenden medizinischen Befund, der für einige von ihnen ein erhebliches persönliches, partnerschaftliches und soziales Stigma und ein tiefer Schicksalsschlag wäre.

- *„Vielleicht habe ich Angst, dass irgendetwas festgestellt wird, was ich nicht wahrhaben will ...“*

An wem liegt es hauptsächlich, wenn Paare kein Kind bekommen? Mehrheitlich glauben Migrantinnen und Migranten, dass der Grund ihrer ungewollten Kinderlosigkeit in einer Partnerschaft „vermutlich an beiden“ liege (50 % der Migrantinnen, 64 % der Migranten). Die Zuschreibung an die Partnerin oder den Partner ist bei beiden Geschlechtern, eine einseitige Zuschreibung an sich selbst bei männlichen Migranten sehr selten. Hingegen gibt sich beinahe jede vierte Migrantin selbst die „Schuld“ an der eigenen Kinderlosigkeit.

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten in fester Partnerschaft „Dass wir keine Kinder bekommen können, ...“



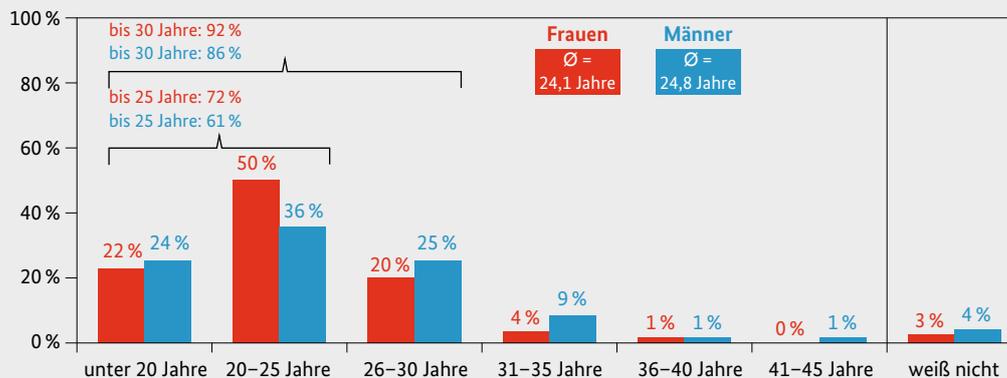
Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund in fester Partnerschaft im Alter 20–50 Jahre;
Stichprobe = 211 Fälle
© DELTA-Institut

7.3 Erstmals der konkrete Wunsch nach einem Kind

Bis zum Alter von 25 Jahren hatten 72% der Frauen und 61% der Männer bereits einen konkreten Kinderwunsch. Der Kinderwunsch konkretisiert sich **im Alter zwischen 26 und 30 Jahren** bei weiteren 21% der Frauen und 25% der Männer: **Bis zum 30. Lebensjahr** hatten 92% der ungewollt kinderlosen Frauen und 86% der ungewollt kinderlosen Männer mit Migrationshintergrund bereits einmal den konkreten Wunsch nach einem Kind.

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten

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



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20-50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
© DELTA-Institut

Demnach wartet ein Großteil der **30- bis 40-jährigen** ungewollt kinderlosen Frauen und Männer schon zwischen 5 und 15 Jahre auf die Erfüllung ihres Kinderwunsches und viele der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten **zwischen 40 und 50 Jahren** wünschen sich bereits seit 15 bis 25 Jahren ein eigenes Kind.

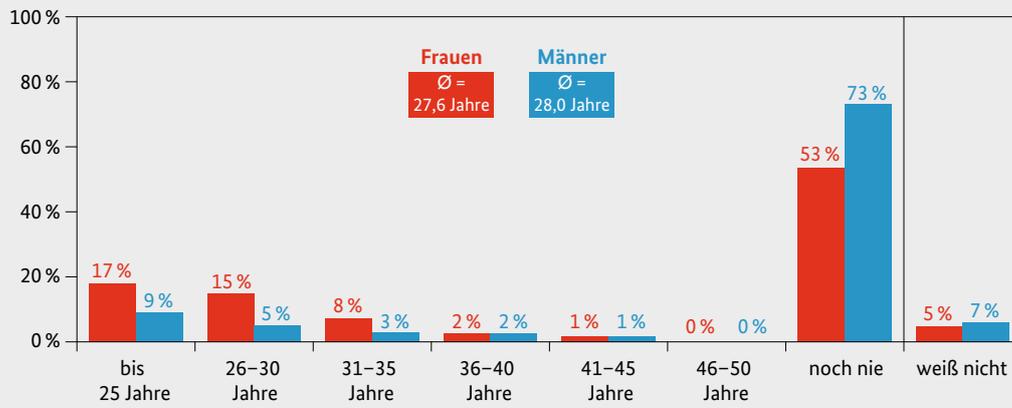
7.4 Der Gedanke, dass es auf „natürlichem“ Weg ohne Kinderwunschbehandlung möglicherweise nicht klappt

Trotz der langen Wartezeit und des vergeblichen Hoffens haben 53 % der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und sogar 73 % der ungewollt kinderlosen Migranten nicht den Gedanken, es könne ohne eine Kinderwunschbehandlung nicht mehr klappen, ein eigenes Kind zu bekommen.

Die Annahme, nur eingeschränkt fruchtbar oder unfruchtbar zu sein, ist in weiten Teilen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund ein starkes Tabu, das erst allmählich aufgebrochen wird, wenn ein Paar trotz des gemeinsamen Kinderwunsches sehr lange Zeit kein Kind bekommt. Eine Kinderwunschbehandlung ist keine als „normal“ akzeptierte Lösung, sondern gilt als eine außerordentliche Maßnahme und *Ultima Ratio*. Um den Männern und Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zu ermöglichen, rechtzeitig ärztliche Unterstützung (von einer Diagnose bis hin zu Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung) in Anspruch zu nehmen, bedarf es breit angelegter gesellschaftlicher Aufklärungs- und Enttabuisierungsmaßnahmen.

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten

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



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20-50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle

© DELTA-Institut

8.

Unterstützungsmöglichkeiten: reproduktionsmedizinische Maßnahmen, psychosoziale Beratung, Adoption u. a.

8.1 Bekanntheit

Die meisten kinderlosen Migrantinnen und Migranten im Alter zwischen 20 und 50 Jahren haben von verschiedenen Möglichkeiten der Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit „*schon mal gehört*“. Von den in Deutschland zulässigen Angeboten:

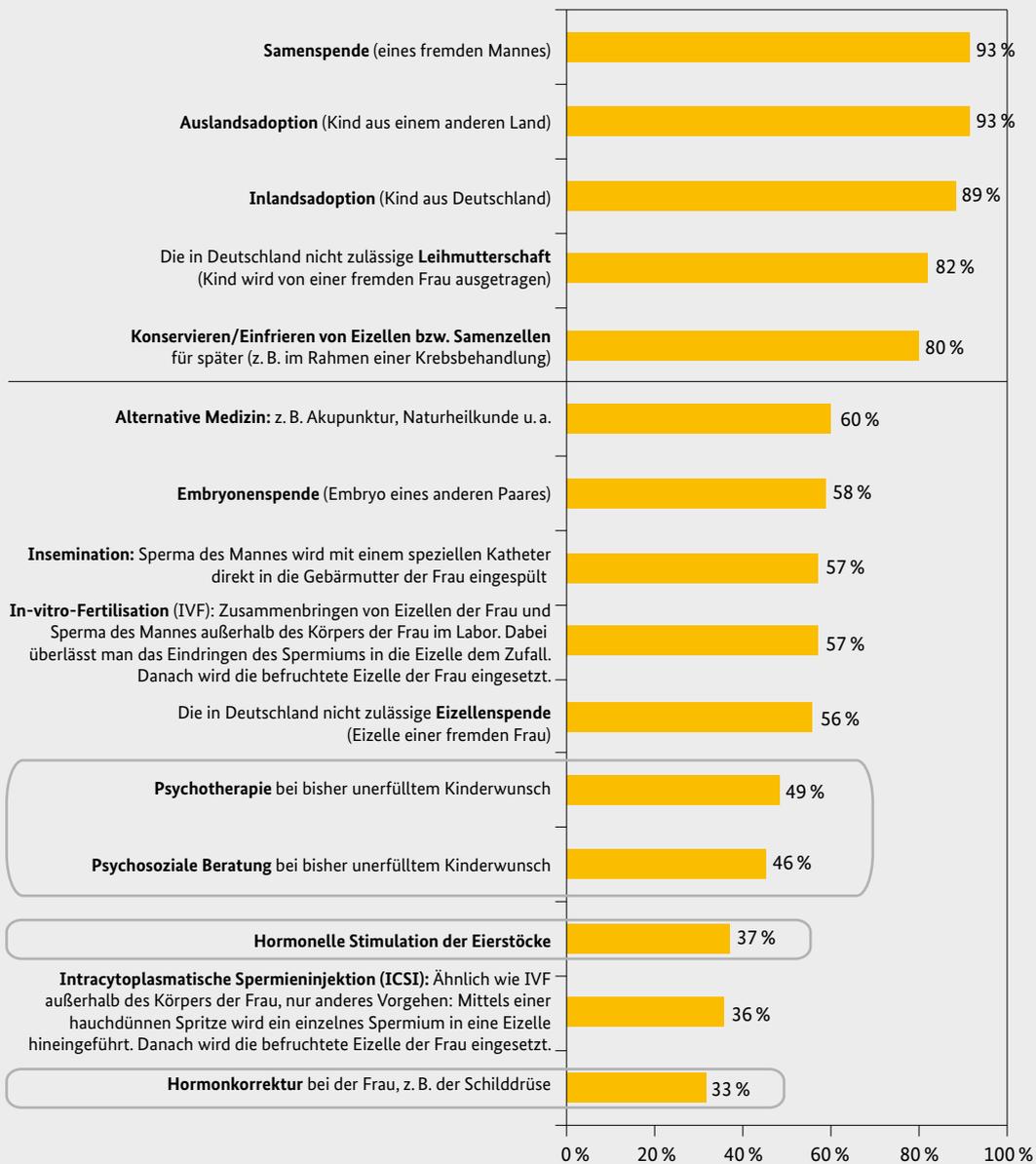
- haben mehr als 90 % der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund bereits von Auslandsadoption und Samenspende gehört. Auch die Möglichkeit der Inlandsadoption ist beinahe 90 % der Migrantinnen und Migranten geläufig;
- kennen 80 % die Möglichkeit, Ei- oder Spermienzellen zu konservieren oder einzufrieren;
- haben 60 % schon von Anwendungen der alternativen Medizin (Akupunktur, Naturheilkunde) zur Verbesserung der eigenen Fruchtbarkeit gehört;
- sind 57 % der Migrantinnen und Migranten jeweils die Begriffe In-vitro-Fertilisation und Insemination dem Namen nach bekannt;
- haben 49 % bereits von psychosozialer Beratung und 46 % von Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch gehört.

Deutlich weniger als die Hälfte der Migrantinnen und Migranten weiß jedoch um die Möglichkeit der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (36 %) sowie der hormonellen Stimulation der Eierstöcke (37 %) und nur ein Drittel weiß um die Möglichkeit einer Hormonkorrektur (33 %).

Kinderlose Migrantinnen und Migranten

Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt

„schon mal gehört“



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

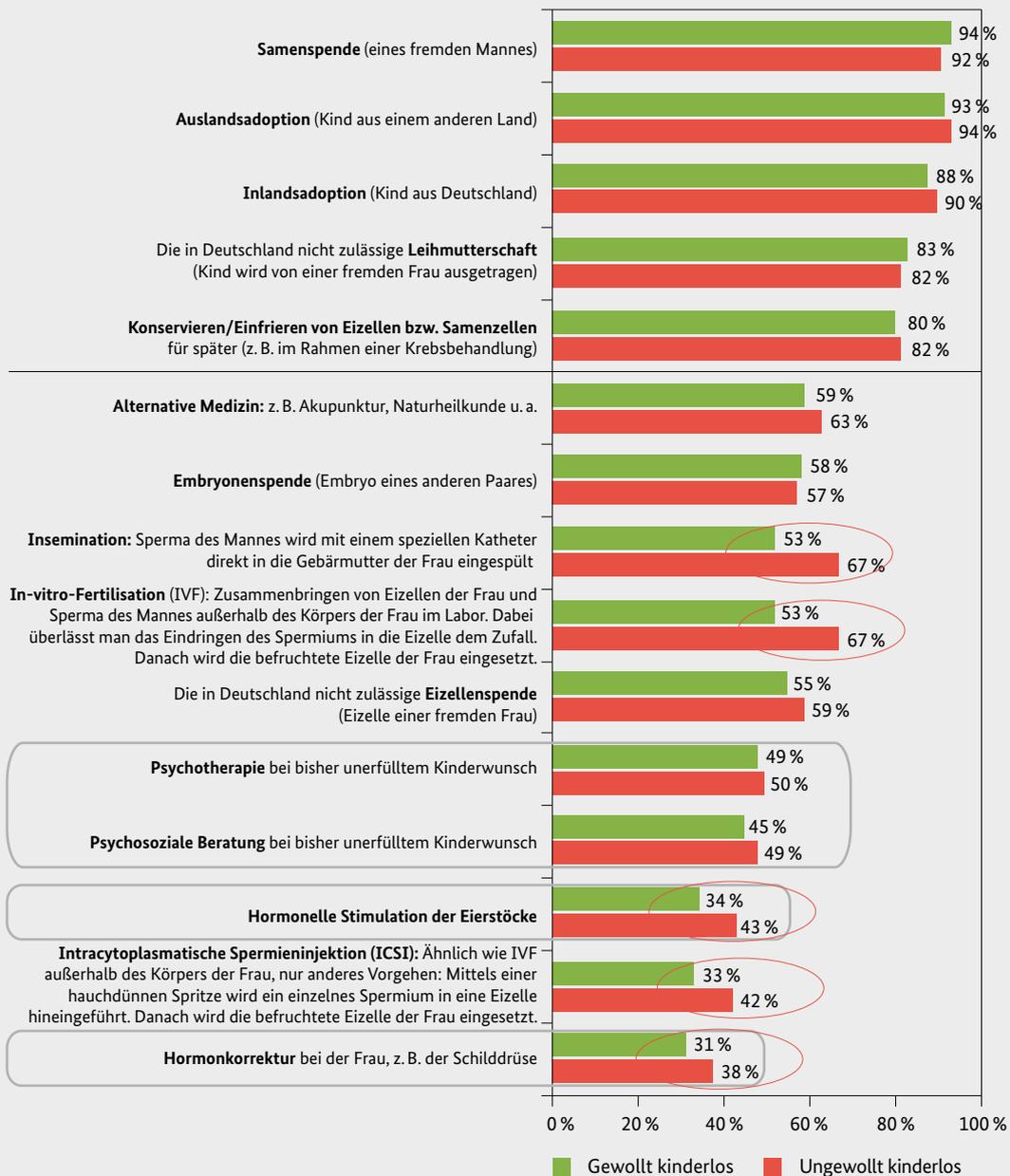
Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle

© DELTA-Institut

Das Bekanntheitsranking ist bei momentan gewollt kinderlosen und momentan ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten in weiten Teilen nahezu identisch. Dies trifft vor allem auf jene Bereiche zu, die in öffentlichen Debatten und Medien präsent sind, wie z. B. Auslandsadoption oder Samenspende – beide Themen waren in den letzten Jahren in der Tagespresse und Yellow Press vertreten und haben die höchsten Bekanntheitsgrade sowohl bei ungewollt Kinderlosen als auch bei gewollt Kinderlosen. Auch die in Deutschland nicht zulässigen Verfahren (Leihmutterschaft, Eizellenspende) sind ungewollt kinderlosen und gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten etwa gleichermaßen bekannt. Die Maßnahmen, die hingegen konkrete und legale Handlungsoptionen für die einzelne Frau oder den einzelnen Mann darstellen (zum Beispiel Insemination oder In-vitro-Fertilisation), sind gewollt und ungewollt Kinderlosen in unterschiedlichem Maße bekannt. Diese Verfahren kennen gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund deutlich seltener als ungewollt Kinderlose. So kennen z. B. 67% der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten jeweils die Möglichkeiten von Insemination und IVF, aber nur 53% der gewollt kinderlosen Frauen und Männer haben jeweils schon mal davon gehört. Ähnlich verhält es sich mit den anderen konkreten und legalen Handlungsfeldern der Reproduktionsmedizin: Während 43% der ungewollt Kinderlosen von der Möglichkeit der hormonellen Stimulation der Eierstöcke und 38% von der Möglichkeit der Hormonkorrektur wissen, trifft dies nur auf 34% und 31% der gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten zu. Auch kennen 42% der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund die Möglichkeit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion, im Vergleich zu 33% der gewollt Kinderlosen.

Diese Maßnahmen sind demzufolge in erster Linie jenen Personenkreisen bekannt, die sich bereits aktiv mit der Thematik befasst haben. Die Bekanntheit konkreter medizinischer und psychosozialer Maßnahmen (wie der psychosozialen Beratung, der Psychotherapie, der hormonellen Stimulation, der Hormonkorrektur, der IVF sowie der ICSI) ist demnach noch steigerungsfähig, während die namentliche Bekanntheit („schon mal gehört“) von Auslandsadoption oder Leihmutterschaft kaum noch zu steigern ist.

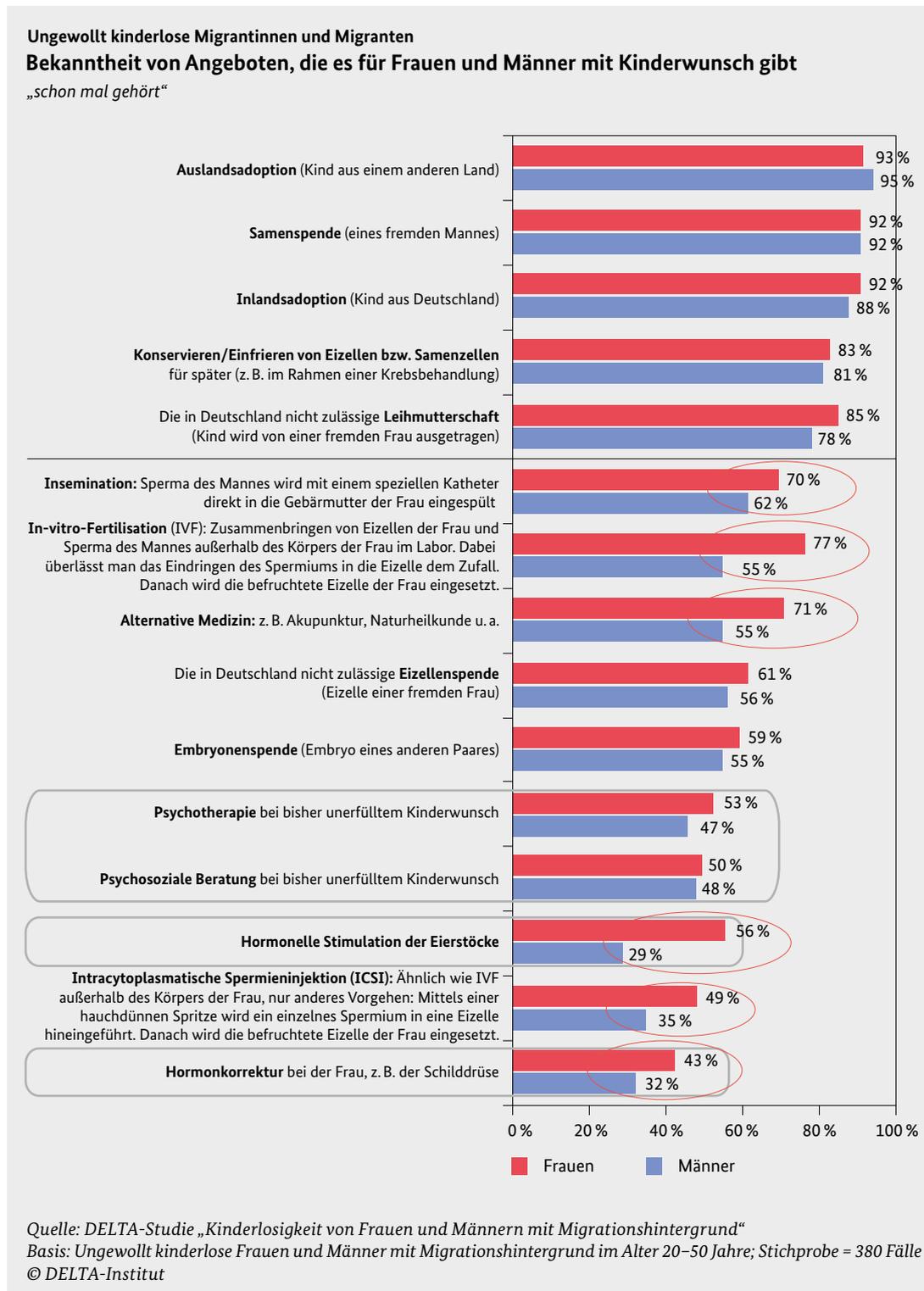
Kinderlose Migrantinnen und Migranten
Bekanntheit von Angeboten, die es für Frauen und Männer mit Kinderwunsch gibt
 „schon mal gehört“



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
 © DELTA-Institut

Das Bekanntheitsranking fällt bei Frauen und Männern mit Migrationshintergrund nahezu identisch aus, bei einzelnen Maßnahmen gibt es jedoch erhebliche Unterschiede in der Bekanntheit. Frauen kennen die Angebote durchweg etwas häufiger als Männer, scheinen daran insgesamt interessierter zu sein und die Thematik weniger zu tabuisieren. Minimal sind die Unterschiede bei jenen Angeboten, die ohnehin im Fokus des öffentlichen und medialen Interesses stehen (wie. z. B. Samenspende, Leihmutterschaft, Auslandsadoption, Konservieren

von Eizellen u. a.). Vor allem in Bereichen konkreter und rechtlich zulässiger Maßnahmen sind die Kenntnisse der Migrantinnen deutlich größer und differenzierter als die der männlichen Migranten. Sie haben häufiger bereits von Insemination, IVF, Intracytoplasmatischer Spermieninjektion und hormoneller Stimulation gehört.



8.2 Bisherige Nutzung

Ungewollt kinderlose Migrantinnen

- 1.) Viele fachlich anerkannte, professionalisierte und wirksame Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung sind einem Großteil der ungewollt kinderlosen Migrantinnen bislang gänzlich unbekannt. So haben 57 % der Migrantinnen noch nicht von der Möglichkeit einer Hormonkorrektur und 52 % haben noch nie den Begriff Intracytoplasmatische Spermieninjektion gehört. Auch von der Möglichkeit psychosozialer Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch weiß die Hälfte der Frauen (50 %) bislang nichts.
- 2.) Selbst Maßnahmen, die einem Großteil der Frauen mit Migrationshintergrund namentlich bekannt sind, werden von ihnen sehr selten genutzt. Nur ein äußerst geringer Anteil von 1 % und 8 % hat bisher einzelne reproduktionsmedizinische Maßnahmen ergriffen oder psychosoziale Beratung in Anspruch genommen.

	Einmalige oder mehrmalige Nutzung der folgenden Möglichkeiten (Migrantinnen mit aktuellem Kinderwunsch)
• Hormonelle Stimulation der Eierstöcke	8 %
• Hormonkorrektur	6 %
• Insemination	5 %
• IVF	5 %
• Alternative Medizin	3 %
• ICSI	3 %
• Psychosoziale Beratung	2 %
• Konservieren/Einfrieren von Eizellen	2 %
• Samenspende	1 %
• Psychotherapie	1 %

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 201 Fälle

© DELTA-Institut

- 3.) Wurde der erste Schritt einmal gemacht, so verfolgen Frauen beharrlich ihr Ziel und sind zumeist bereit, mehrere Versuche einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme zu ergreifen oder unterschiedliche Methoden auszuprobieren, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Das bedeutet, dass die wenigen Frauen, die als Nutzerinnen medizinischer Maßnahmen zur Reproduktion erfasst wurden, zugleich Nutzerinnen unterschiedlicher Angebote sind und somit mehrfach in den Daten erscheinen. Der erheblich größere Teil (80 % bis 90 %) nutzt aber diese Möglichkeiten überhaupt nicht.

Migrantinnen mit aktuellem Kinderwunsch im Alter 20–50 Jahre	Nicht bekannt	Bekannt, aber noch nie genutzt	Einmal genutzt	Mehrmals genutzt
Hormonkorrektur bei der Frau, z. B. der Schilddrüse	57%	37%	5%	2%
Hormonelle Stimulation der Eierstöcke	44%	48%	3%	6%
Insemination: Sperma des Mannes wird mit einem speziellen Katheter direkt in die Gebärmutter der Frau eingespült	30%	64%	2%	4%
In-vitro-Fertilisation (IVF): Zusammenbringen von Eizellen der Frau und Sperma des Mannes außerhalb des Körpers der Frau im Labor. Dabei überlässt man das Eindringen des Spermiums in die Eizelle dem Zufall. Danach wird die befruchtete Eizelle der Frau eingesetzt.	24%	72%	2%	3%
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Ähnlich wie IVF außerhalb des Körpers der Frau, nur anderes Vorgehen: Mittels einer hauchdünnen Spritze wird ein einzelnes Spermium in eine Eizelle hineingeführt. Danach wird die befruchtete Eizelle der Frau eingesetzt.	52%	46%	1%	2%
Samenspende (eines fremden Mannes)	8%	91%		1%
Konservieren/Einfrieren von Eizellen für später (z. B. im Rahmen einer Krebsbehandlung)	17%	81%	1%	1%
Alternative Medizin: z. B. Akupunktur, Naturheilkunde u. a.	30%	68%	1%	2%
Psychosoziale Beratung bei bisher unerfülltem Kinderwunsch	50%	48%	2%	1%
Psychotherapie bei bisher unerfülltem Kinderwunsch	47%	52%	1%	1%
Inlandsadoption (Kind aus Deutschland)	8%	91%	1%	
Auslandsadoption (Kind aus einem anderen Land)	7%	93%		
Embryonenspende (Embryo eines fremden Paares)	41%	59%		
Die in Deutschland nicht zulässige Ezellenspende (Eizelle einer fremden Frau)	39%	61%		
Die in Deutschland nicht zulässige Leihmutterschaft (Kind wird von einer anderen Frau ausgetragen)	15%	85%		

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 201 Fälle

© DELTA-Institut

8.3 Künftige Nutzungsbereitschaft

Ungewollt Kinderlose

Bisher nutzen nur wenige ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund die Möglichkeiten der modernen Medizintechnologie sowie psychosozialer oder therapeutischer Unterstützung bei unerfülltem Kinderwunsch. Die folgende Grafik stellt dar, wie groß die persönliche Bereitschaft ist, eine der Maßnahmen in der Zukunft zu nutzen: Viele Migrantinnen und Migranten haben eine grundsätzliche Offenheit für professionelle Hilfe in Bezug auf den eigenen Kinderwunsch. 40% und mehr können sich zumindest theoretisch

vorstellen, eine der in Deutschland zulässigen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zu ergreifen. Damit ist die Bereitschaft für eine zukünftige Nutzung deutlich größer, als die bisherige tatsächliche Nutzung vermuten ließ. Plausibel erscheint im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel, dass Frauen in Bezug auf fast alle Maßnahmen offener sind als Männer, es finden sich jedoch kaum substantielle Unterschiede, die auf geschlechtsspezifische Einstellungsbarrieren bezüglich einzelner Methoden hinweisen würden.

Am größten ist die Präferenz zur Unterstützung des eigenen Kinderwunsches in Bezug auf folgende Möglichkeiten:

- **Alternativmedizin:** 61 % der Migrantinnen und 52 % der Migranten könnten sich vorstellen, zur Beförderung ihres Kinderwunsches Naturheilverfahren, traditionelle chinesische Medizin oder ähnliche Heilpraktiken zu nutzen.
- **Psychosoziale Beratung:** 53 % der Migrantinnen und 41 % der Migranten signalisieren eine theoretische Bereitschaft, Angebote der psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch in Anspruch zu nehmen. Die qualitative Untersuchung hat gezeigt, dass der konkrete Schritt daran scheitert, dass a) Anlaufstellen nicht bekannt sind und b) Therapie, Beratungsangebote und -inhalte nicht klar abgegrenzt und zuzuordnen sind (die Begriffe Psychiater/in, Psychologin/Psychologe und psychosoziale/r Berater/in werden zumeist synonym verwendet – Bedeutungsunterschiede sind den meisten Männern und Frauen unklar). Viele Migrantinnen und Migranten finden sich nicht im durchaus großen Angebot zurecht. In Kombination mit persönlichen Hemmschwellen, eine solche Beratung tatsächlich aufzusuchen, sind diese hohe Barrieren, die für die geringe Nutzung ursächlich sind.
- **Inlands- und Auslandsadoption** können sich Migrantinnen und Migranten gleichermaßen vorstellen. Jede zweite Frau und jeder zweite Mann mit unerfülltem Kinderwunsch wäre einer Adoption aufgeschlossen. Der bürokratische Prozess, der zu einem Adoptionsverfahren gehört, schreckt jedoch viele ab. Meist ist das Gefühl, keine Chance in einem solchen Verfahren zu haben oder den Weg dorthin psychisch nicht bewältigen zu können, ein Grund, dieses Thema nicht anzugehen.

- *„Wir haben auch über Adoption nachgedacht. Das wäre die allerletzte Möglichkeit.“*
- *„Bei mir hätte das Kind es gut, wie mein eigenes Kind. Ich würde es wie eine Löwin verteidigen!“*
- *„Es ist immer so schwierig, überhaupt dieser Papierkram, ob man es überhaupt bekommt, man muss super Verdiener sein, ich weiß nicht, ob ich ein Kind kriegen dürfte. Darauf habe ich keinen Bock!“*
- *„Adoption ist fast unmöglich in Deutschland!“*
- *„Ich würde auch ein Kind adoptieren, aber wir haben gesehen, wie das abläuft. Die mussten zehnteilige Aufsätze schreiben und dann kamen immer Psychologen.“*
- *„Man hört wirklich viel Schlechtes, wie schwierig es ist, ein Kind zu adoptieren.“*
- *„Das Thema Adoption ist auch mal rumgeschwirrt. Aber da hab ich eher Bedenken wegen der Negativmeldungen, weil man hört, dass man da so viel erfüllen muss. Die Enttäuschung möchte ich nicht erleben, dass man den Weg beginnt und dann scheitert.“*

- 40–50 % der Migrantinnen und Migranten erwägen die (reproduktions)medizinischen Möglichkeiten der Insemination, hormonellen Stimulation der Eierstöcke, Hormonkorrektur der Frau, IVF, ICSI, des Konservierens von Eizellen/Samen – wenn sie über diese Angebote konkret informiert sind. „Sanftere“ Methoden – wie die Insemination oder Hormongaben – finden mehr Zustimmung als invasive Eingriffe.

- Wie autochthone Frauen und Männer haben Migrantinnen und Migranten große Vorbehalte in Bezug auf in Deutschland nicht zulässige Maßnahmen (Eizellenspende oder Leihmutter-schaft). Die qualitativen Interviews haben deutlich gezeigt, dass Frauen und Männer hier besondere Risiken und Probleme vermuten.

- *„Das wäre mir zu riskant, wenn die Frau das austrägt, hat sie eine Verbindung, wenn sie dann nach 20 oder 10 oder 5 Jahren wiederkommt und sagt ‚das ist mein Kind‘ ...“*
- *„In Deutschland ist Leihmutter-schaft nicht erlaubt – in anderen Ländern wäre es mir zu risikoreich.“*
- *„Leihmutter-schaft? So was lehne ich komplett ab! Das ist eigentlich Prostitution.“*
- *„Ich stehe dem Thema Leihmutter nicht sehr positiv gegenüber. Dann könnte man sagen, ich adoptiere ein Kind. Aber ich erfülle Kriterien nicht, ein Kind zu adoptieren, und suche mir Hintertürchen über Leihmutter-schaft.“*

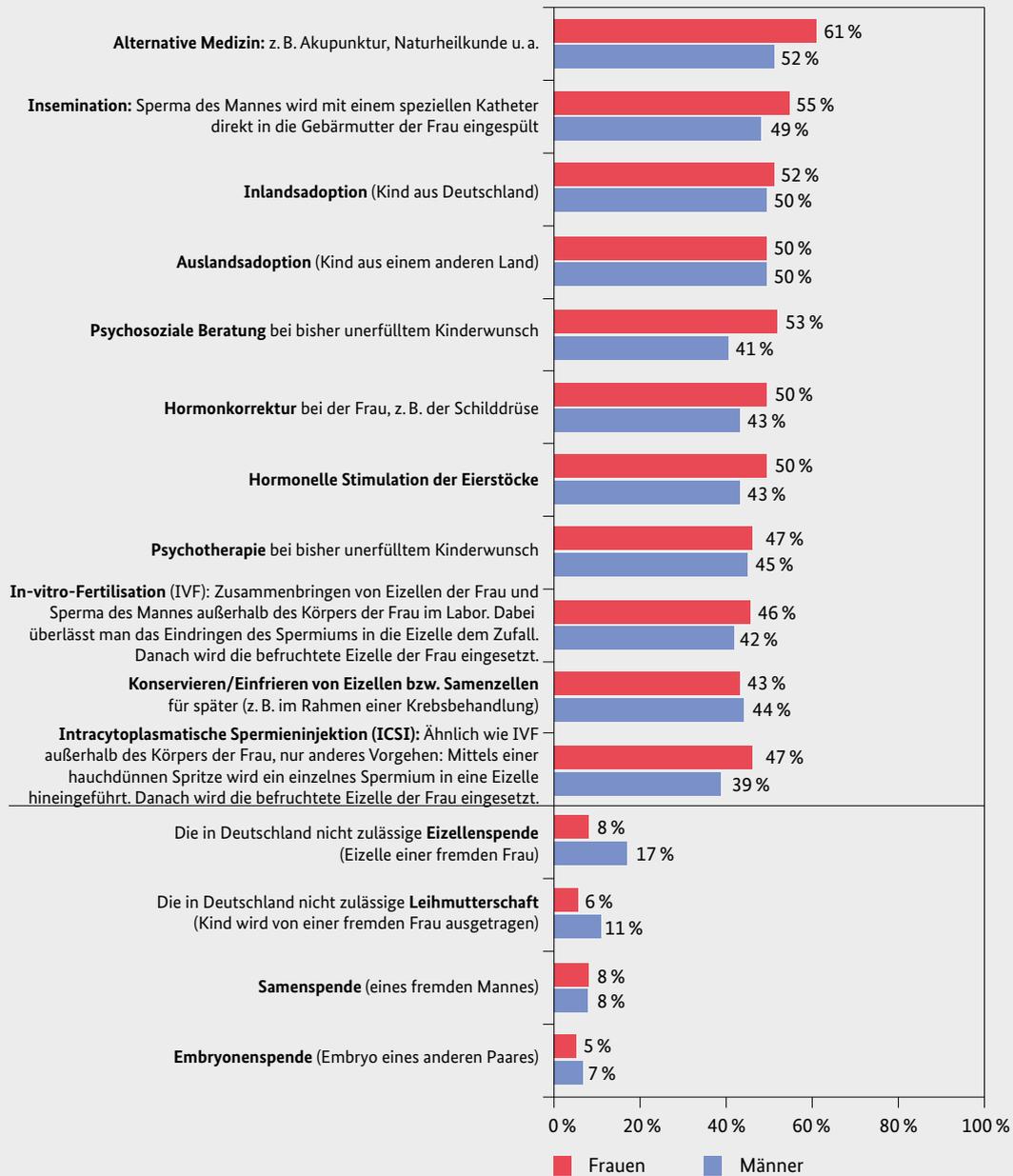
- Ablehnung besteht bei Migrantinnen und Migranten gleichermaßen zudem in Bezug auf das Thema Samenspende. Diese wird von beiden Geschlechtern zu 92 % abgelehnt. Erstaunlich ist, dass nur 8 % der Frauen sich vorstellen könnten, mithilfe einer Samenspende ein Kind zu bekommen – umgekehrt würden aber 17 % der Männer eine (nicht zulässige und) medizintechnisch deutlich kompliziertere Eizellenspende in Erwägung ziehen. Wie die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben, ist Unfruchtbarkeit für Männer ein Tabuthema, das mit Statusdeprivation einhergeht. Frauen schließen die Möglichkeit der Samenspende unbewusst oder bewusst aus Rücksicht auf das Selbstwertgefühl ihres Partners oft kategorisch aus. Ein Kind ist für viele ein Ausdruck der Liebe zu ihrem Partner. Sie wollen nicht um jeden Preis ein Kind bekommen, sondern *das gemeinsame Kind* als partnerschaftliches Erlebnis- und Lebensziel.

- *„Ich bin eigentlich dagegen. Ich will kein Kind von irgendjemandem haben, ich will in das Gesicht von meinem Kind gucken und wissen, wer der Papa ist.“*
- *„Es wäre für mich aber nicht o.k. gewesen, andere Spermien zu nehmen, wenn mein Mann nicht zeugungsfähig gewesen wäre.“*
- *„Samenspende, wenn’s bei mir nicht funktionieren würde? Meine Frau wäre dann ja von einem anderen schwanger – ich wäre nicht der Vater. Das geht gar nicht.“*
- *„Es wäre das Einzige, was für mich infrage kommen würde mit künstlicher Befruchtung: Wenn der Samen von mir ist. Von einem anderen Mann? Nein!!“*
- *„Ich habe eine Doku gesehen, wo es ’ne Liste gab, mit Kindern, die denselben Samenspender haben. Der Vater war anonym, aber es gab 87 Halbgeschwister! Die haben alle denselben Vater! Ich weiß nicht, ob ich es faszinierend oder komisch finde.“*
- *„Hat man nicht ein Recht, den Vater zu kennen?“*

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten

Allgemeine Nutzungsbereitschaft von Angeboten bei unerfülltem Kinderwunsch

„kann ich mir vorstellen“



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
 Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala

© DELTA-Institut

Gewollt Kinderlose

92% jener Migrantinnen und Migranten, die momentan keine Kinder wollen, möchten („vielleicht“ oder „ganz sicher“) in einigen Jahren Kinder bekommen. Wir haben gesehen, dass 19% aller kinderlosen Migrantinnen zwischen 20 und 29 Jahren und sogar 27% der kinderlosen Migrantinnen zwischen 30 und 39 Jahren ihren Kinderwunsch in jüngeren Jahren zunächst aufgeschoben hatten und dieser, als er realisiert werden sollte, bis heute unerfüllt blieb. Insofern ist die Bereitschaft zu Kinderwunschbehandlungen und professioneller Unterstützung von Migrantinnen und Migranten mit zeitlich aufgeschobenem Kinderwunsch von erheblicher Relevanz. Bei (derzeit) gewollt Kinderlosen ist das Interesse ähnlich stark mit gleicher Präferenzordnung wie bei ungewollt Kinderlosen.

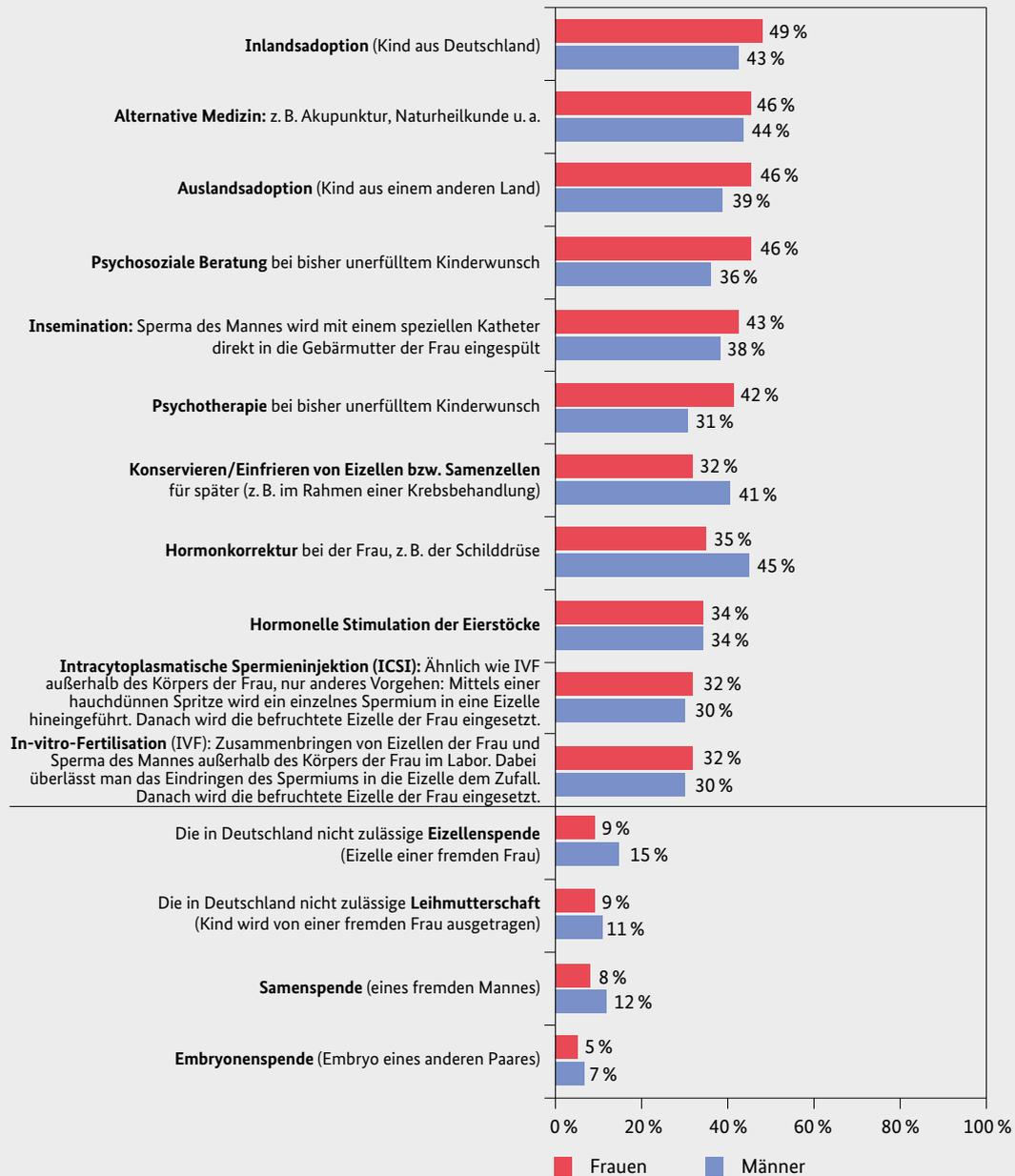
Neben der in Deutschland rechtlich nicht zulässigen Leihmutterschaft und Eizellenspende kommen für etwa 90% der gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten auch die Embryonenspende und die Samenspende eines fremden Mannes nicht infrage. Für alle anderen Verfahren äußern 30% bis 50% der momentan gewollt Kinderlosen eine grundsätzliche Offenheit. Bleibt die Frage nach der Nutzungsbereitschaft einer Fremdsamenspende im Bereich des Hypothetischen und Zukünftigen (weil noch kein unerfüllter Kinderwunsch vorhanden ist), ziehen 12% der Migrantinnen eine Samenspende durch einen Fremden in Erwägung – ein Drittel mehr als bei den ungewollt kinderlosen Migrantinnen.

Große Offenheit ist bei den aktuell gewollt kinderlosen männlichen Migranten gegenüber dem Verfahren der Konservierung ihrer Samenzellen vorhanden. Der höchste Zustimmungswert findet sich bei den männlichen Migranten ohne aktuellen Kinderwunsch in Bezug auf die Hormonkorrektur bei der Partnerin – ein Verfahren, was sie selbst nicht direkt betrifft.

Die Offenheit der gewollt kinderlosen Frauen gegenüber psychosozialer Beratung oder psychotherapeutischer Unterstützung ist deutlich höher als bei gewollt kinderlosen Männern.

Momentan gewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten
Allgemeine Nutzungsbereitschaft von Angeboten bei unerfülltem Kinderwunsch

„kann ich mir vorstellen“



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Gewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 891 Fälle
 Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala
 © DELTA-Institut

8.4 Altersgrenzen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen

In Bezug auf einen subjektiv sinnvollen Alterskorridor für reproduktionsmedizinische Behandlungen gibt es keine großen Unterschiede im Hinblick auf die ethnische Zugehörigkeit, das Geschlecht, gewollte oder ungewollte Kinderlosigkeit. Die Vorstellungen eines geeigneten lebenszeitlichen Korridors für eine Kinderwunschbehandlung von Männern und Frauen, älteren und jüngeren sowie höher und niedriger formal gebildeten Migrantinnen und Migranten sowie Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher Herkunft weichen maximal drei Jahre voneinander ab.

- Für **Frauen** wird die untere Altersgrenze für den frühesten Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung von der Grundgesamtheit der kinderlosen Migrantinnen und Migranten im Durchschnitt bei 28 Jahren angesetzt¹¹; die obere Altersgrenze liegt bei einem Alter von durchschnittlich 39 Jahren. Das entspricht einem durchschnittlichen zeitlichen Korridor von 12 Jahren. Dieser ist damit etwas schmaler als in der autochthonen Bevölkerung (29 Jahre wird dort als Untergrenze und 41 Jahre als Obergrenze genannt).¹²
- Für **Männer** nennen kinderlose Migrantinnen und Migranten eine ähnliche Untergrenze wie für Frauen: durchschnittlich 29 Jahre.¹³ Durch die deutlich höhere Altersobergrenze von 43 Jahren ergibt sich für Männer ein zeitlicher Korridor von 15 Jahren für reproduktionsmedizinische Verfahren – dieser ist damit drei Jahre breiter als für Frauen.¹⁴

11 In Bezug auf die Untergrenze für den frühesten Beginn mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen für Frauen nennen gewollt Kinderlose einen Durchschnittswert von 28 Jahren, ungewollt Kinderlose 29 Jahre, Frauen 29 und Männer 28 Jahre, jene mit geringer und mittlerer Schulbildung 28 und jene mit hoher 29 Jahre im Durchschnitt. Die größten (gleichwohl noch geringen) Unterschiede gibt es in den verschiedenen Altersstufen: Bis 29-Jährige nennen für Frauen eine Untergrenze von 28 Jahren, über 30-Jährige eine Untergrenze von 30 Jahren. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und Spätaussiedlerinnen nennen eine Grenze von 28 Jahren, Männer mit türkischem Migrationshintergrund und Spätaussiedler von 27 Jahren.

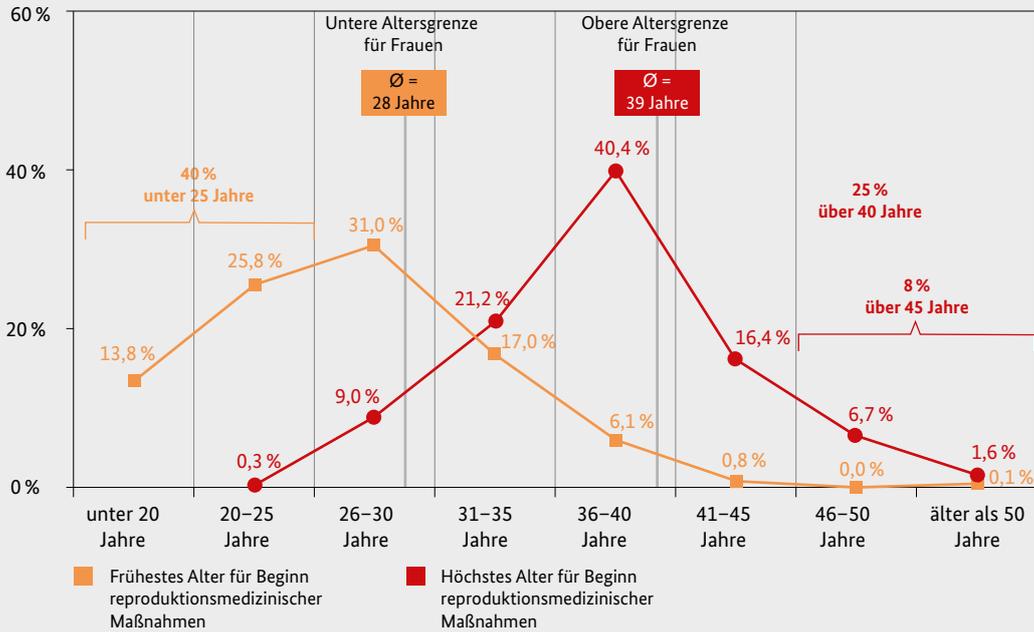
12 In Bezug auf die Obergrenze für den spätesten Beginn reproduktionsmedizinischer Maßnahmen für Frauen nennen gewollt Kinderlose ein Alter von 39 Jahren, ungewollt Kinderlose ein sinnvolles Alter von 40 Jahren, Frauen und Männer je 39 Jahre, jene mit geringer Schulbildung 39 Jahre, mittlerer Schulbildung 38 Jahre und hoher Schulbildung 40 Jahre. Für bis 29-jährige Männer und Frauen ist eine sinnvolle Obergrenze 38 Jahre, für über 30-Jährige ist es eine Obergrenze von durchschnittlich 41 und für über 40-Jährige von 42 Jahren. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nennen eine Grenze von 38 Jahren, die Männer von 39 Jahren. Auch die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler setzen die Grenze im Schnitt bei 39 Jahren.

13 In Bezug auf die Untergrenze für den frühesten Beginn mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen für Männer nennen gewollt Kinderlose sowie jene Kinderlosen mit geringer und mittlerer Schulbildung jeweils ein durchschnittliches Alter von 29 Jahren, ungewollt kinderlose Frauen und Männer sowie jene mit hoher Schulbildung und Frauen nennen im Durchschnitt ein Alter von 30 Jahren, kinderlose Männer 28 Jahre. Vor allem jüngere Männer und Frauen unter 30 Jahren mit bisher unerfülltem Kinderwunsch sehen die Untergrenze für Männer bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen ebenfalls bei 28 Jahren; hingegen Männer und Frauen im Alter über 30 Jahren bei 31 Jahren und jene über 40 bei 32 Jahren. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und Spätaussiedlerinnen nennen eine Grenze von 30 Jahren, Männer mit türkischem Migrationshintergrund und Spätaussiedler von 28 Jahren.

14 In Bezug auf die Obergrenze für den spätesten Beginn reproduktionsmedizinischer Maßnahmen für Männer nennen gewollt Kinderlose ein Alter von 43 Jahren, ungewollt Kinderlose ein sinnvolles Alter von 44 Jahren, Männer von 43 und Frauen von 44 Jahren, jene mit geringer und mittlerer Schulbildung nennen im Durchschnitt 42 Jahre, jene mit hoher Schulbildung 44 Jahre als geeignete Altersgrenze. Für bis 29-jährige Männer und Frauen ist eine sinnvolle Obergrenze 42 Jahre, für über 30-Jährige 46 Jahre, für über 40-Jährige ist es eine Obergrenze von durchschnittlich 48 Jahren. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und männliche Spätaussiedler nennen eine Grenze von 43 Jahren, Männer mit türkischem Migrationshintergrund von 42 Jahren und Spätaussiedlerinnen nennen eine Altersgrenze von 44 Jahren.

Kinderlose Migrantinnen und Migranten

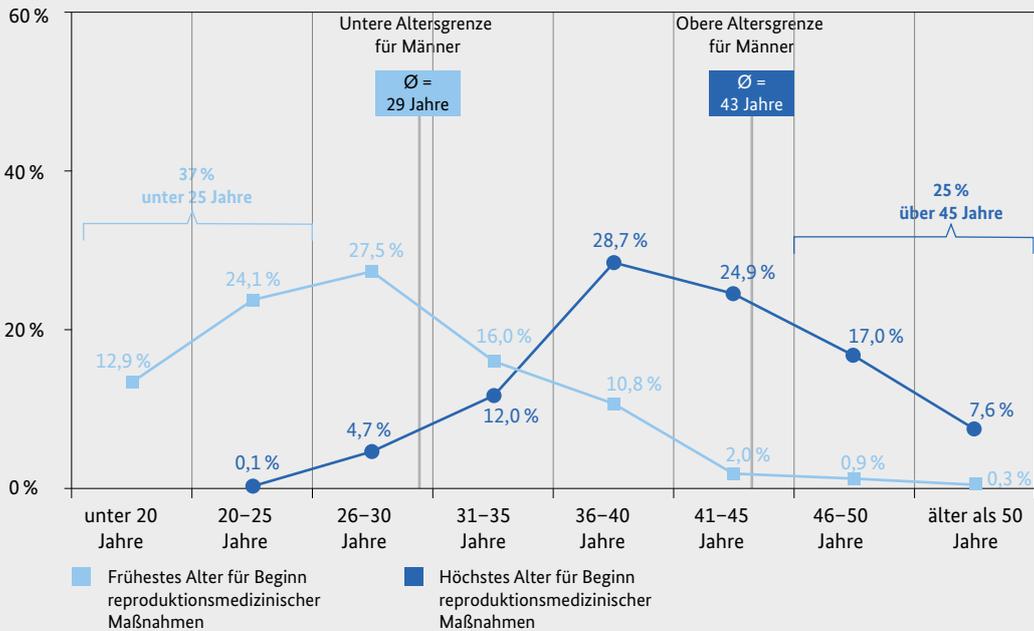
Ab welchem Alter **frühestens** und bis zu welchem Alter **spätestens** sollte eine **Frau**, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen kann, mit einer **reproduktionsmedizinischen Maßnahme** beginnen?



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
 © DELTA-Institut

Kinderlose Migrantinnen und Migranten

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?



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
 © DELTA-Institut

Altersuntergrenzen

Die Altersuntergrenzen werden von Migrantinnen und Migranten für Frauen und Männer sehr ähnlich definiert. Für Frauen wird eine durchschnittliche Altersbegrenzung von 28 Jahren, für Männer von 29 Jahren genannt. Ein Blick auf das gesamte Antwortspektrum ermöglicht weitere Schlussfolgerungen:

- 40% der kinderlosen Frauen und Männer sehen eine geeignete Untergrenze für den frühesten Beginn mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen für **Frauen** im Alter bis 25 Jahre. 5% der Migrantinnen und Migranten wollen dazu keine Angabe machen und sehen nicht die Notwendigkeit einer unteren Altersbegrenzung durch den Gesetzgeber.
- Insgesamt setzen 71% der Kinderlosen eine Altersuntergrenze für Kinderwunschbehandlungen bei **Frauen** unterhalb von 30 Jahren an.
- Knapp ein Drittel der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund nennt eine Untergrenze für reproduktionsmedizinische Eingriffe bei **Frauen** oberhalb von 30 Lebensjahren: 16% zwischen 31 und 35 Jahren, 11% zwischen 35 und 40 Jahren und 3% oberhalb der Altersgrenze von 40 Jahren.
- In Bezug auf **Männer** ist die Einschätzung ähnlich: 37% der kinderlosen Migrantinnen und Migranten sehen eine sinnvolle Altersuntergrenze bis 25 Jahre, wiederum 5% überhaupt keine Untergrenze.
- Insgesamt würden 65% die Untergrenze für reproduktionsmedizinische Maßnahmen für **Männer** unterhalb der Grenze von 30 Jahren und 81% unterhalb von 35 Jahren vorsehen. Der relativ höchste Anteil (27,5%) der aktuell Kinderlosen nennt ein Alter von 26 bis 30 Jahren.

Altersobergrenzen

Das späteste Alter für den Beginn einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme wird für Frauen und Männer – anders als bei Untergrenzen – völlig unterschiedlich gesetzt. Das Spektrum einer sinnvollen Obergrenze wird für Frauen sehr viel enger und früher definiert als für Männer. Hingegen wird für Männer der Altershorizont weiter nach hinten verschoben und offener gesehen als für Frauen.

- Für **Frauen** sieht ein Drittel der Migrantinnen und Migranten als spätesten Zeitpunkt für den Beginn mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen ein Alter über 40 Jahre, davon 8% über 45 Jahre. Der relativ höchste Anteil (40%) nennt ein Alter von 36 bis 40 Jahren. Insgesamt nennen 63,1% ein Alter von 36 bis 45 Jahren.
- Die Hälfte der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund nennt für **Männer** ein Alter über 40 Jahre als Altersobergrenze, 25% nennen ein Alter über 45 Jahre und 8% ein Alter über 50 Jahre als spätesten Zeitpunkt, um mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zu beginnen. Der relativ höchste Anteil (28,7%) der aktuell Kinderlosen nennt ein Alter von 36 bis 40 Jahren; insgesamt nennen 53,6% ein Alter von 36 bis 45 Jahren.
- Ein kleiner Anteil hingegen hat restriktivere Vorstellungen einer Altersobergrenze reproduktionsmedizinischer Maßnahmen für **Männer**: 16,8% der Migrantinnen und Migranten verstehen ein Alter von maximal 35 Jahren als sinnvolle Obergrenze für den Beginn reproduktionsmedizinischer Maßnahmen bei Männern.
- In Bezug auf **Frauen** hingegen findet eine obere Altersgrenze von bis zu 35 Jahren eine deutlich breitere Zustimmung. 31% der aktuell kinderlosen Migrantinnen und Migranten setzt die Obergrenze für Reproduktionsmedizin unterhalb von 35 Jahren.

Die Frage, wann Frauen subjektiv für sich persönlich eine solche Behandlung angehen würden, wird von Migrantinnen grundsätzlich anders beantwortet als von autochthonen Frauen. Migrantinnen planen diese Schritte mit Ende der dritten, maximal Anfang der vierten Lebensdekade ein, manchmal sogar früher, während autochthone Frauen und Männer dafür eher das Ende der vierten Lebensdekade anvisieren.

- *„Ich habe mir das angeguckt, aber den Schritt noch nicht gewagt. Ich finde, erst mit 28 sollte man damit anfangen.“*
- *„Im Moment noch nicht – ich bin noch relaxt, aber mit 40 will ich kein Kind mehr, paar Jährchen noch ...“*
- *„Ich bin jetzt 35 – wenn ich so weit bin, dann sofort.“*
- *„Bei mir spielt das Alter 'ne Rolle, hoffe, dass es bald klappt, mit 40 ist eine Grenze ... na hör auf, komm.“*

8.5 Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

Nur sehr wenige Migrantinnen und Migranten mit unerfülltem Kinderwunsch haben bereits eine der medizintechnologischen Möglichkeiten zur Unterstützung ihres Kinderwunsches genutzt – auch wenn der Wunsch nach einem Kind groß und das Leiden an der eigenen Kinderlosigkeit erheblich ist. Etwa die Hälfte der Frauen und Männer will auch in Zukunft die einzelnen Angebote der Reproduktionsmedizin nicht nutzen. Das deutet darauf hin, dass es Zweifel, Vorbehalte und Hemmschwellen gegenüber den Angeboten der Reproduktionsmedizin gibt.

Ein wichtiger Befund ist, dass die meisten der spezifischen Befürchtungen bei mehr als jeder dritten oder vierten Migrantin und ebenso vielen männlichen Migranten vorhanden sind. Die Untersuchung ergibt, dass es kein übergeordnetes und dominantes Hauptargument gegen die Nutzung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen gibt, sondern ein vielschichtiges und komplexes Geflecht aus Gründen und Hürden. Um einem solchen multidimensionalen Gefüge aus Zweifeln und Bedenken, die miteinander korrespondieren, sich gegenseitig stärken und aktualisieren, zu begegnen, sollten Kommunikationsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen neben rationalen Sachinformationen gezielt und empathisch auch auf emotionale Barrieren und Ängste eingehen.

Zentrale Argumente der Migrantinnen und Migranten gegen die Nutzung von Kinderwunschbehandlungen sind Zweifel an der eigenen Belastbarkeit – die Frage, ob **psychischer** (79%) **und körperlicher** (74%) **Stress** ge- und ertragen werden können. Hinzu kommen bei 78% der ungewollt Kinderlosen **Zweifel bezüglich der Umsetzbarkeit** des Kinderwunsches mithilfe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen – daraus spricht die Angst, sich den medizinischen Prozeduren vergeblich auszusetzen. An diesen Punkten wird deutlich, wie wichtig eine psychosoziale Beratung schon im Vorfeld reproduktionsmedizinischer Maßnahmen ist, aber auch während und nach der Behandlung. Das bestätigen vor allem auch die Erfahrungen jener Frauen und Männer, die bereits eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen haben.

- *„Die Wartezeit, die Zeit ab der Insemination oder künstlichen Befruchtung ... soll ich mich freuen oder nicht ... Da ist so eine Erwartungshaltung, so eine Belastung. Und wenn es gescheitert ist, ist das mit Trauer verbunden. Man hat keine Kraft.“*
- *„Diese Zeit ist so aufreibend und emotional, ich hätte es auch nicht sofort wieder machen lassen können, auch nicht mit dem nötigen Kleingeld.“*

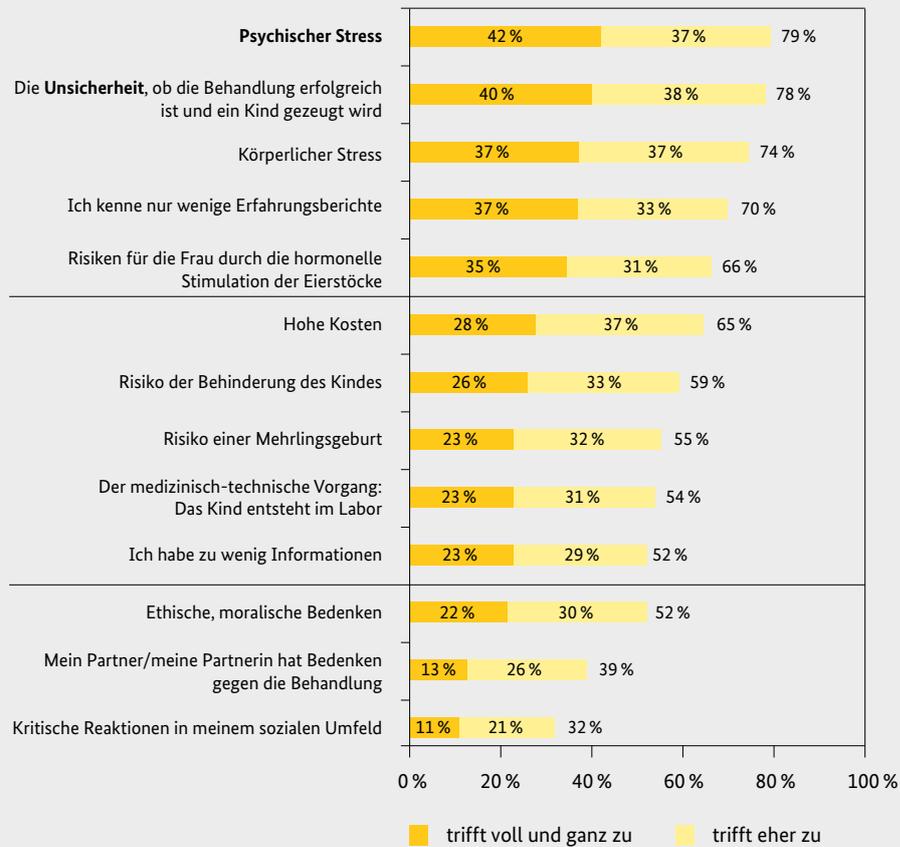
Deutlich wird, dass viele Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sich nicht ausreichend informiert fühlen – 70% der Migrantinnen und Migranten mangelt es vor allem an **Berichten über persönliche Erfahrungen** mit den medizinischen Prozessen.

Auch Befürchtungen bezüglich **gesundheitlicher Risiken für die Frau** spielen eine tragende Rolle, sowie die **hohen Kosten** reproduktionsmedizinischer Eingriffe. Für zwei Drittel der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten sind dies Argumente gegen die Kinderwunschbehandlung, sowie die Vorstellung, reproduktionsmedizinische Eingriffe seien mit **erhöhten Risiken** von Behinderungen (59%) und Mehrlingsgeburten (55%) verbunden.

54% der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund haben generelle Bedenken dem **medizintechnologischen Prozess** gegenüber. Die Gründung ihrer Familie im **Labor** erscheint ihnen fremd und wird bei 52% durch ethische, moralische Bedenken ergänzt.

Sorgen vor kritischen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld (Stigmatisierung, Diskriminierung) gehören mit 32% zu den nachgeordneten Bedenken kinderloser Migrantinnen und Migranten im Entscheidungsprozess für oder gegen reproduktionsmedizinische Maßnahmen.

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten
Was sind Ihre Zweifel und Bedenken gegenüber einer reproduktionsmedizinischen Behandlung?



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
 © DELTA-Institut

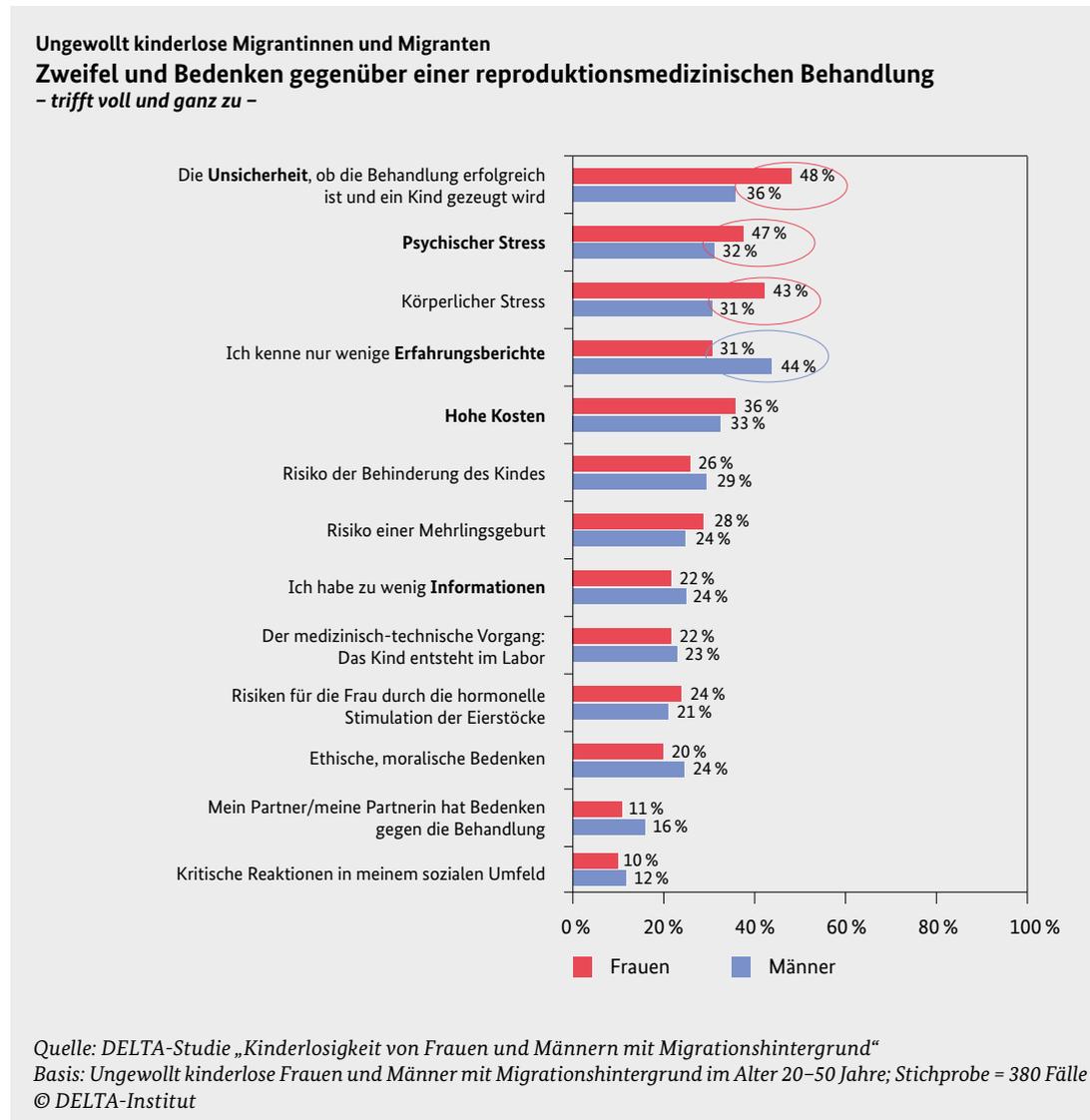
Die Antwortkategorie „trifft voll und ganz zu“ ermöglicht herauszufinden, welche Zweifel und Bedenken besonders tief verwurzelt sind.¹⁵ Dabei zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

- Für Migrantinnen sind Zweifel bezüglich des Erfolges einer Kinderwunschbehandlung, damit einhergehender Erfolgsdruck, Bedenken bezüglich der eigenen psychischen Stabilität und physischen Belastbarkeit die stärksten Argumente gegen eine reproduktionsmedizinische Behandlung. Ein Viertel mehr Frauen als Männer hat diesbezüglich Befürchtungen.

■ „Zum Arzt gehe ich nicht – da habe ich Ängste und dann kommt noch mehr Druck dazu ...“

¹⁵ 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% die Ablehnung bedeutet. Die Zustimmung „trifft eher zu“ ist bei vielen Aussagen sehr groß; die Prozentwerte der allgemeinen Zustimmung liegen etwa auf dem Niveau, das die vorherige Grafik mit der Unterscheidung der beiden Zustimmungskategorien ausweist.

- Für Männer ist der stärkste Einwand gegen eine reproduktionsmedizinische Behandlung ihr subjektiv wahrgenommenes Informationsdefizit. Sie kennen keine oder kaum Erfahrungsberichte zum Thema Kinderwunschbehandlung. Diese scheinen sie jedoch für eine Entscheidung zugunsten reproduktionsmedizinischer Eingriffe subjektiv dringender zu benötigen als Sachinformationen.

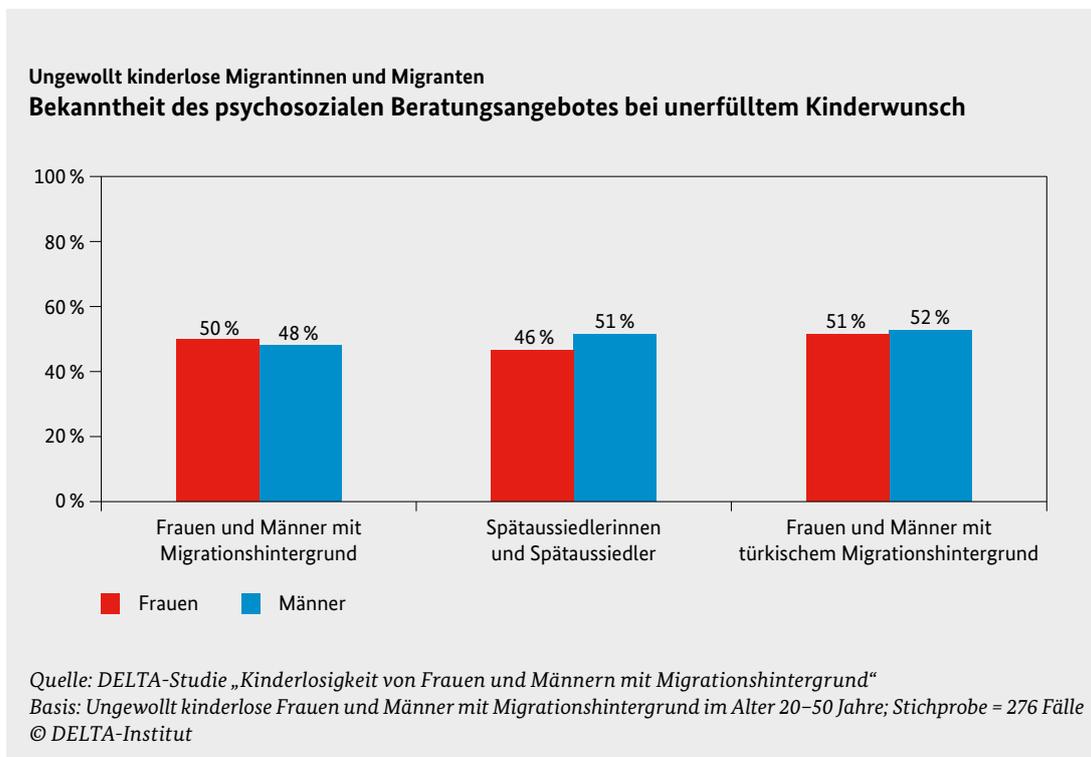


9.

Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch

9.1 Bekanntheit und Nutzung

Nur knapp die Hälfte der Migrantinnen und Migranten mit unerfülltem Kinderwunsch weiß von der Möglichkeit einer professionellen psychosozialen Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit (50 % der Frauen; 48 % der Männer).



Ogleich die potenzielle Nutzungsbereitschaft und (bei hohem Leidensdruck) auch der Bedarf an psychosozialen Beratungsangeboten hoch sind, haben nur 0,3 % der Männer und 2 % der Frauen mit Migrationshintergrund bisher eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen.

9.2 Erwartungen an psychosoziale Beratung

Um Ansatzpunkte zu identifizieren, wie das Beratungsangebot Migrantinnen und Migranten mit unerfülltem Kinderwunsch nähergebracht werden kann, hat die Untersuchung nach Bedürfnissen und Erwartungen an psychosoziale Beratung gefragt. Es zeigen sich vielfältige und klar ausdifferenzierte Einstellungen zu und Erwartungen an psychosoziale Beratung.

- Die erste Anforderung, die Migrantinnen und Migranten (wie auch Autochthone) an ein Beratungsangebot stellen, ist die **fachspezifische professionelle Qualifikation**; für etwa 84 % ist diese „wichtig“, für 55 % sogar „sehr wichtig“. Migrantinnen (87 %) legen mehr Wert darauf als Migranten (80 %).
- 83 % der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund befürworten, dass **Zentren für Reproduktionsmedizin selbst eine psychosoziale Beratung anbieten** (mit entsprechend qualifiziertem Fachpersonal). So ließe sich auch die enge Abstimmung der **medizinischen und psychosozialen Behandlung** gewährleisten, die für 82 % der Migrantinnen und Migranten wichtig ist, für die Hälfte (41 %) sogar sehr wichtig.
- Ähnlich wie in der autochthonen Bevölkerung ist die psychosoziale Beratung in der Wahrnehmung der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund und unerfülltem Kinderwunsch sehr stark an Frauen adressiert und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Weil aber nur 34 % der Migrantinnen und Migranten auch der Meinung sind, dass psychosoziale Beratung tatsächlich „nur etwas für Frauen“ ist, ist der Bedarf an **spezifischen Angeboten für Männer** hoch. Migrantinnen (75 %) fordern dies mit Blick auf ihren Partner noch stärker als männliche Migranten selbst (70 %).
- Am ehesten können sich Frauen und Männer mit Migrationshintergrund eine **Paarberatung (59 %)** vorstellen, gefolgt von der **Einzelberatung (46 %)**. Deutlich seltener ist die **Gruppenberatung** als Beratungsform von Interesse. Dennoch könnten sich immerhin 17 % der Migrantinnen und Migranten vorstellen, an einer Gruppenberatung teilzunehmen. Es stellt sich hier die Frage nach einem sinnvollen Label des „Gruppenberatungsangebotes“: Da 44 % der Männer und 31 % der Frauen das Gefühl haben, zu wenig Erfahrungsberichte zu kennen, gibt es ein höheres Bedürfnis nach Austausch mit Gleichbetroffenen, als das Antwortverhalten zur Präferenz einer Gruppenberatung vermuten lässt. (Der Name „Gruppenberatung“ scheint Hemmungen und Abneigungen auszulösen.)
- Trotz geringer Erfahrungen mit psychosozialen Beratungsangeboten ist das Vertrauen in die Kompetenzen der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter groß. Das gilt sowohl für **staatliche Einrichtungen (64 %)** und **Niedergelassene (57 %)** als auch für **kirchliche Einrichtungen (55 %)**. Dennoch gilt es zu bedenken, dass immerhin mehr als ein Drittel der Migrantinnen und Migranten Vorbehalte gegen die (meist undifferenziert wahrgenommenen) Berufsgruppen psychosozialer Beraterinnen und Berater, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat.

■ „Die Psychiater haben selber einen Knacks weg. Ich rede nicht gerne mit Fremden ... über das, was mich bedrückt.“

■ „... nicht so richtig, es gibt das Wort Psycho auch als Beleidigung!“

■ 20% der Frauen und 27% der Männer mit Migrationshintergrund geben offen zu, **Hemmungen** zu haben, bezüglich ihres unerfüllten Kinderwunsches **eine Beratungsstelle aufzusuchen**. 42% der Frauen und 45% der Männer **bezweifeln** zudem, dass eine psychosoziale Beratung ihnen persönlich von **Nutzen** sein könnte. Wie hoch die Hürden und Hemmungen tatsächlich sind, zeigt die Kluft zwischen potenzieller Nutzungsbereitschaft und tatsächlicher Nutzung. Eine psychosoziale Beratung wird oftmals nicht als ein erster, sondern als ein letzter Schritt bei unerfülltem Kinderwunsch wahrgenommen. Der Leidensweg muss lang und das subjektiv empfundene Leiden besonders groß sein, ehe eine Beratung in Anspruch genommen wird. Menschen mit Migrationshintergrund (wie auch Autochthone) entwerfen oftmals gedanklich Szenarien und Umstände, unter denen sie auf eine psychosoziale Beratung oder therapeutische Begleitung zurückgreifen würden oder *müssten*. Ihren aktuellen Leidensdruck empfinden sie jedoch für diese Schritte als (noch) nicht hoch genug. Psychosoziale Hilfe wird erst bei extremen persönlichen Leiden in Anspruch genommen.

- *„Das wäre höchstens ein allerletztes Mittel!“*
- *„Es sei denn, der Leidensdruck wird so hoch ... ich habe mich immer davor gescheut!“*
- *„Wenn ich sehen könnte, der unerfüllte Kinderwunsch belastet meine Partnerschaft sehr und wir können uns nicht mehr selbst helfen, dann würde ich eine solche Beratung natürlich nutzen, ja!“*
- *„So weit sind wir ja Gott sei Dank noch nicht.“*
- *„Ich würde nur hingehen, wenn ich überhaupt nicht weiterwüsste.“*
- *„Wenn man keinen anderen Ausweg mehr sehen würde.“*
- *„Ich hatte noch nie eine Fehlgeburt, aber wenn ich die Freude in mir hätte, ich bin schwanger, und habe dann eine Fehlgeburt – dann könnte es sein, dass ich dann Hilfe brauche.“*
- *„Wirklich psychische Probleme, glaube ich noch nicht, dass ich so darunter leiden würde – weil ich noch die Hoffnung habe, dass es noch klappt ...“*

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten

Einstellungen zum psychosozialen Beratungsangebot bei unerfülltem Kinderwunsch



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
© DELTA-Institut

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten

Einstellungen zum psychosozialen Beratungsangebot bei unerfülltem Kinderwunsch



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

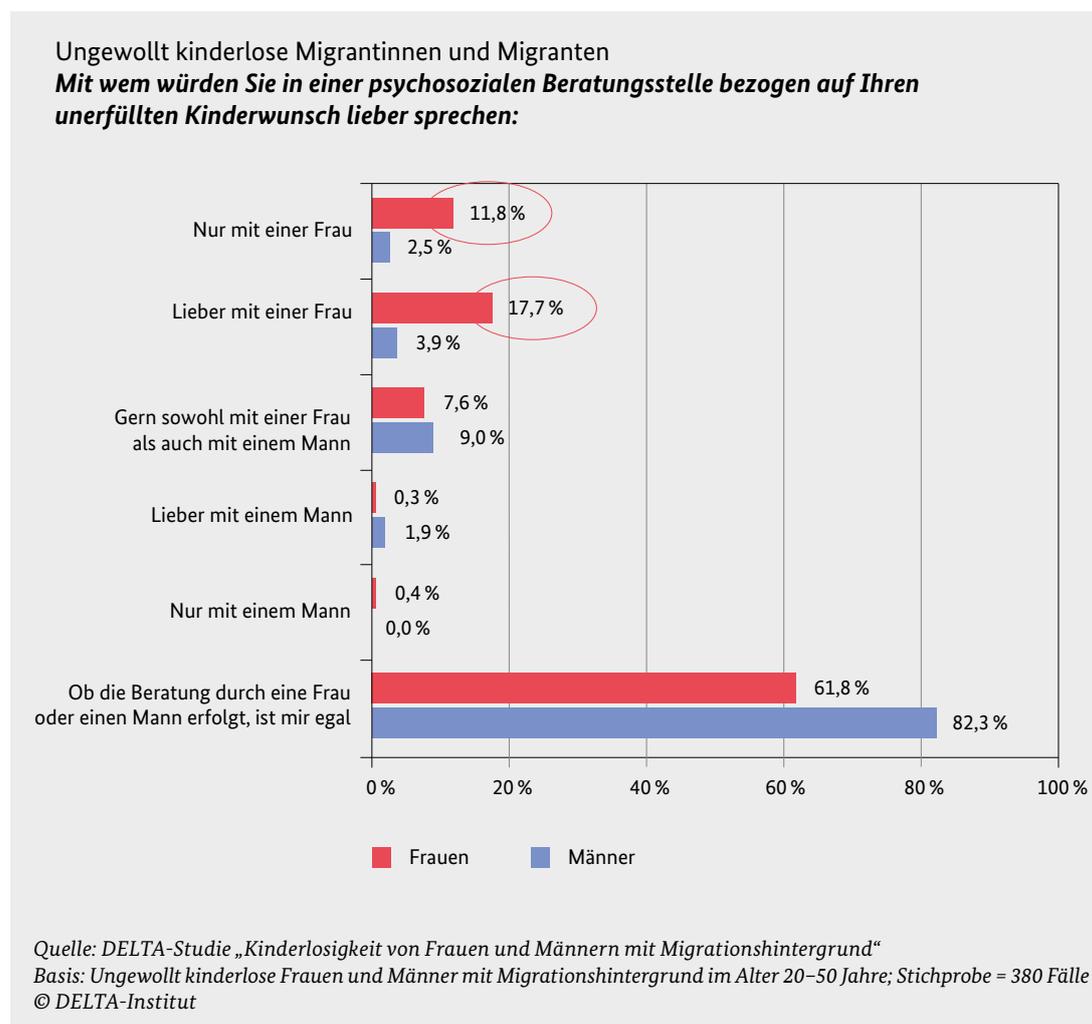
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle

Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala

© DELTA-Institut

9.3 Leichte Präferenzen für weibliche Beraterinnen bei beiden Geschlechtern

30% der Migrantinnen würden eine Beratung durch eine Frau vorziehen. Erstaunlich ist, dass auch 6% der männlichen Migranten lieber mit einer Beraterin sprechen würden als mit einem Berater, aber nur 2% der Männer einen Mann als Berater vorziehen würden. Für die Mehrheit der Frauen (62%) und Männer (82%) mit Migrationshintergrund spielt das Geschlecht der Beraterinnen und Berater keine Rolle. Weitere 8% der Migrantinnen und 9% der Migranten hätten zudem Interesse an einer Teamberatung durch einen Mann und eine Frau. Dies kann vor allem für Paarberatungen ein passendes Modell sein.



10.

Informationsquellen zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“

Nach Gesprächen mit Freundinnen und Freunden und Verwandten, die nicht in erster Linie der Informationsbeschaffung, sondern auch dem Austausch über Erfahrungen mit und emotionale Dimensionen des unerfüllten Kinderwunsches dienen, ist die Frauenärztin bzw. der Frauenarzt für kinderlose Migrantinnen die zentrale Adresse bei Fragen zur Realisierung ihres Kinderwunsches. 80 % der Frauen informieren sich bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit, aber auch 42 % der kinderlosen Männer – meist im gemeinsamen Gespräch mit ihrer Partnerin oder als Sekundärerfahrende durch ihre Berichte. Gynäkologinnen und Gynäkologen sind damit die erste fachliche Adresse.

Hoch frequentiert werden von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund zudem Blogs und Foren im Internet. 63 % der Migrantinnen und 53 % der Migranten informieren sich hier über Kinderlosigkeit, Infertilität und Kinderwunschbehandlungen. Auch andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind eine beliebte Informationsquelle. Es zeigt sich, dass drei der fünf beliebtesten Informationsmittel ungewollt kinderloser Migrantinnen und Migranten – Freundinnen und Freunde und Verwandte, Blogs und Foren, andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch – direkt an das ausgeprägte Bedürfnis anknüpfen, Erfahrungsberichte zum Thema Kinderwunschbehandlung kennenzulernen.

- „Tipps und so kriegt man von Kollegen und Bekannten ohne Ende ...“
- „... dass ich mir in diversen Internetforen durchlese, wie es bei anderen geklappt hat.“

Nach der Frauenärztin/dem Frauenarzt sind Medizinerinnen und Mediziner für Reproduktionsmedizin die wichtigste fachliche Informationsquelle (51 % der Frauen, 47 % der Männer mit Migrationshintergrund), gefolgt von Hausärztinnen und -ärzten (38 % der Frauen; 45 % der Männer), die beratend zur Seite stehen und erste allgemeine Informationen geben oder mit Empfehlungen von und Überweisungen zu Fachärztinnen und Fachärzten weiterhelfen können. Sie stellen vor allem für männliche Migranten wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner dar.

Bei Printmedien und Internetseiten sind vor allem Produkte von Reproduktionsmedizinischen Zentren für Migrantinnen und Migranten von Interesse, gefolgt vom Informationsmaterial der Krankenkassen sowie von dem Internetauftritt psychosozialer Beratungsstellen.

„Wie informieren Sie sich über das Thema ‚unerfüllter Kinderwunsch‘ bzw. über die Möglichkeiten zur Realisierung eines Kinderwunsches?“

	Gesamt	Männer	Frauen
	%	%	%
1. Gespräche mit Freundinnen und Freunden und Verwandten	64	59	69
2. Frauenärztin/Frauenarzt; Gynäkologin/Gynäkologe	62	42	80
3. In Blogs und Foren im Internet	58	53	63
4. Andere Paare mit unerfülltem Kinderwunsch	54	50	57
5. Persönliche Beratung in einem Zentrum für Reproduktionsmedizin	49	47	51
6. Bücher	49	45	53
7. Internetseiten von Zentren für Reproduktionsmedizin	47	49	46
8. Broschüren/Folder von Zentren für Reproduktionsmedizin	47	44	50
9. Informationsmaterial der Krankenversicherung	46	45	48
10. Internetseite einer psychosozialen Beratungsstelle	44	45	43
11. Hausärztin/Hausarzt	42	45	38
12. Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	41	45	37
13. Andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. aus der Urologie)	36	42	30
14. Allgemeine Zeitschriften, Magazine	35	31	39
15. Informationsmaterial des Bundes- oder Landesministeriums	31	39	24
16. In einer psychosozialen Beratungsstelle	31	31	30
17. Tageszeitung	18	15	20
18. Selbsthilfegruppen	17	15	18
19. Über soziale Netzwerke wie z. B. Facebook	9	8	11

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“

Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
© DELTA-Institut

11.

Vertiefung: Einstellungen zum Kinderwunsch

Es gibt nicht den einen Beweggrund, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden. Die Gründe eines Kinderwunsches, aber auch der Entscheidung *gegen* ein Kind sind vielschichtig, mitunter subjektiv uneindeutig und miteinander verwoben. Sie korrespondieren miteinander, stärken sich gegenseitig oder schwächen einander ab. Das eigene biografische Erleben und der sozio-kulturelle Hintergrund spielen mit rationalen Erwägungen und emotionalen Befindlichkeiten, persönlichen Idealen und gesellschaftlich vorstrukturierten Ansichten zusammen und ergeben ein multidimensionales und multidirektionales Gefüge der Einstellungen. Seit den 1980er-Jahren werden quantitative Daten zu den Einstellungen zum Thema Kinderwunsch in der autochthonen Bevölkerung Deutschlands gemessen.¹⁶ Die vorliegende Erhebung der Einstellungen knüpft daran an¹⁷ und soll sie erstmalig um die Perspektive der Migrantinnen und Migranten in Deutschland auf die Kinderwunschthematik ergänzen.

11.1 Hierarchie der Einstellungen und Motive

Eine geteilte Grundeinstellung nahezu aller Migrantinnen und Migranten mit und ohne aktuellen Kinderwunsch ist die hohe Wertschätzung gegenüber Kindern und Elternschaft: Für über 90 % der Kinderlosen mit Migrationshintergrund gilt ein Kind als essenzielle und unersetzbare Bereicherung für das eigene Leben und die partnerschaftliche Beziehung. In der Hierarchie der Einstellungen zum Thema Kinderwunsch siedeln sich folgende Aussagen ganz oben an und erreichen Zustimmungswerte von jeweils über 90 %:

- ❖ *Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben (94 %)*
- ❖ *Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meinem Partner/meiner Partnerin (93 %)*

16 Vgl. 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.

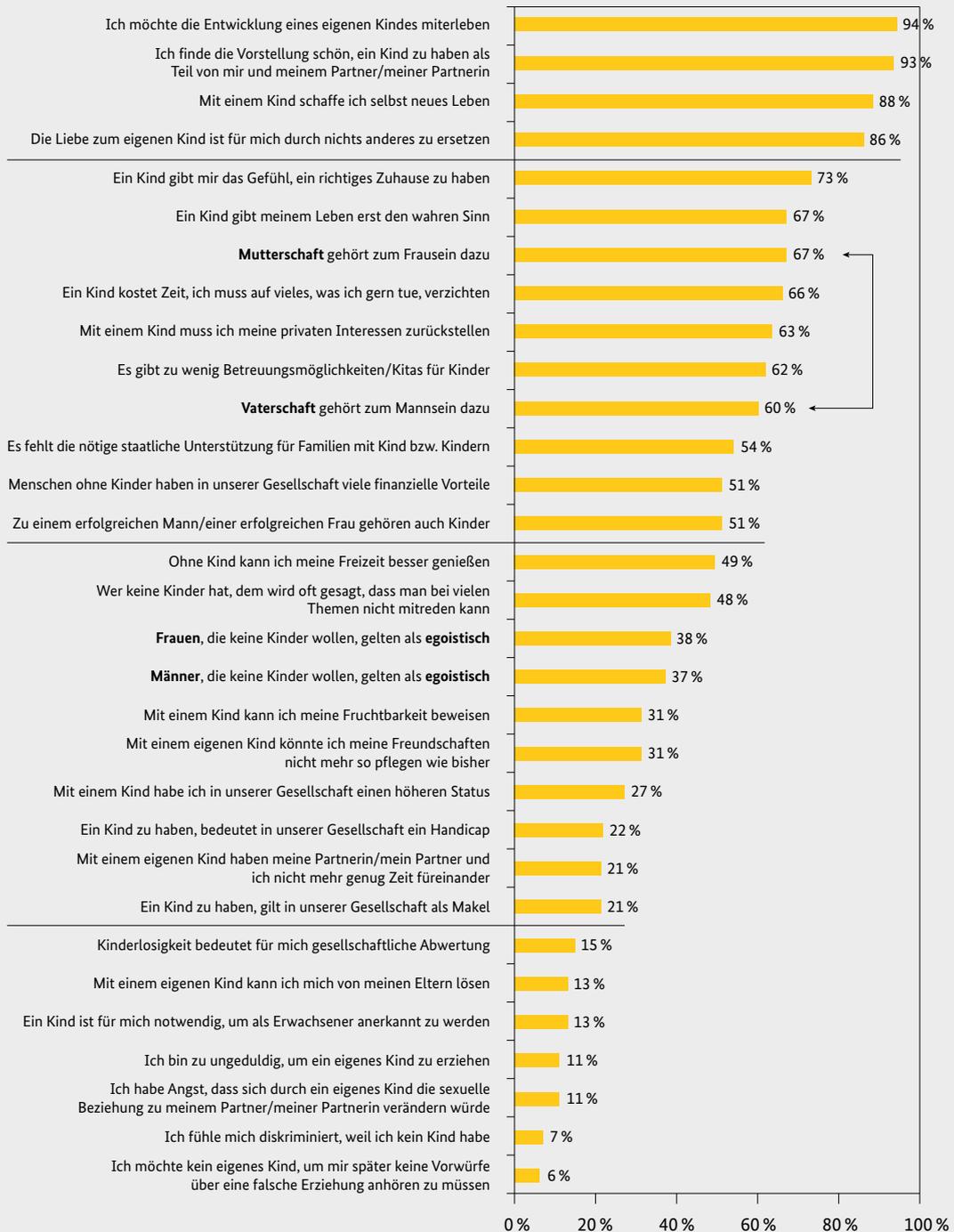
17 Es wurden dazu die Items aus dem Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschmotiven (LKM) von Stöbel-Richter/Brähler (2000) übernommen und ergänzt durch neue Aspekte aus der qualitativen Untersuchung. Einzelne Items wurden zudem mit abgewandelten Fragenformulierungen erhoben, um unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Wandels seit den 1980er-Jahren Bedeutungsäquivalenz sicherzustellen. So wird die Vergleichbarkeit der Daten in der autochthonen Bevölkerung und der Migrantinnen und Migranten gewährleistet.

Einem Kind das Leben zu schenken, und die Liebe zu einem eigenen Kind, sind alternativlose Wünsche von über 80 % der Migrantinnen und Migranten:

- ❖ *Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben (88 %)*
- ❖ *Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen (86 %)*

Der Wunsch nach einer eigenen Familie, das Bedürfnis, ein Kind aufwachsen zu sehen, sind damit für die meisten kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund zentrale innere Anliegen. Dies gilt für gewollt und ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten gleichermaßen. Die Annahme, gewollt Kinderlose seien kinder- und familienfeindlich, erweist sich damit als falsches Vorurteil. Es gibt jedoch zentrale Faktoren, die die Bereitschaft, Kinder zu bekommen, hemmen. Die Perspektive, Verzicht zu üben und private Interessen zurückstellen zu müssen, gehört dazu ebenso wie der Blick auf das – als unzureichend empfundene – Betreuungsangebot für Kinder.

Kinderlose Migrantinnen und Migranten Einstellungen zum Kinderwunsch



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
© DELTA-Institut

11.2 Breites Spektrum und erhebliche Differenzen

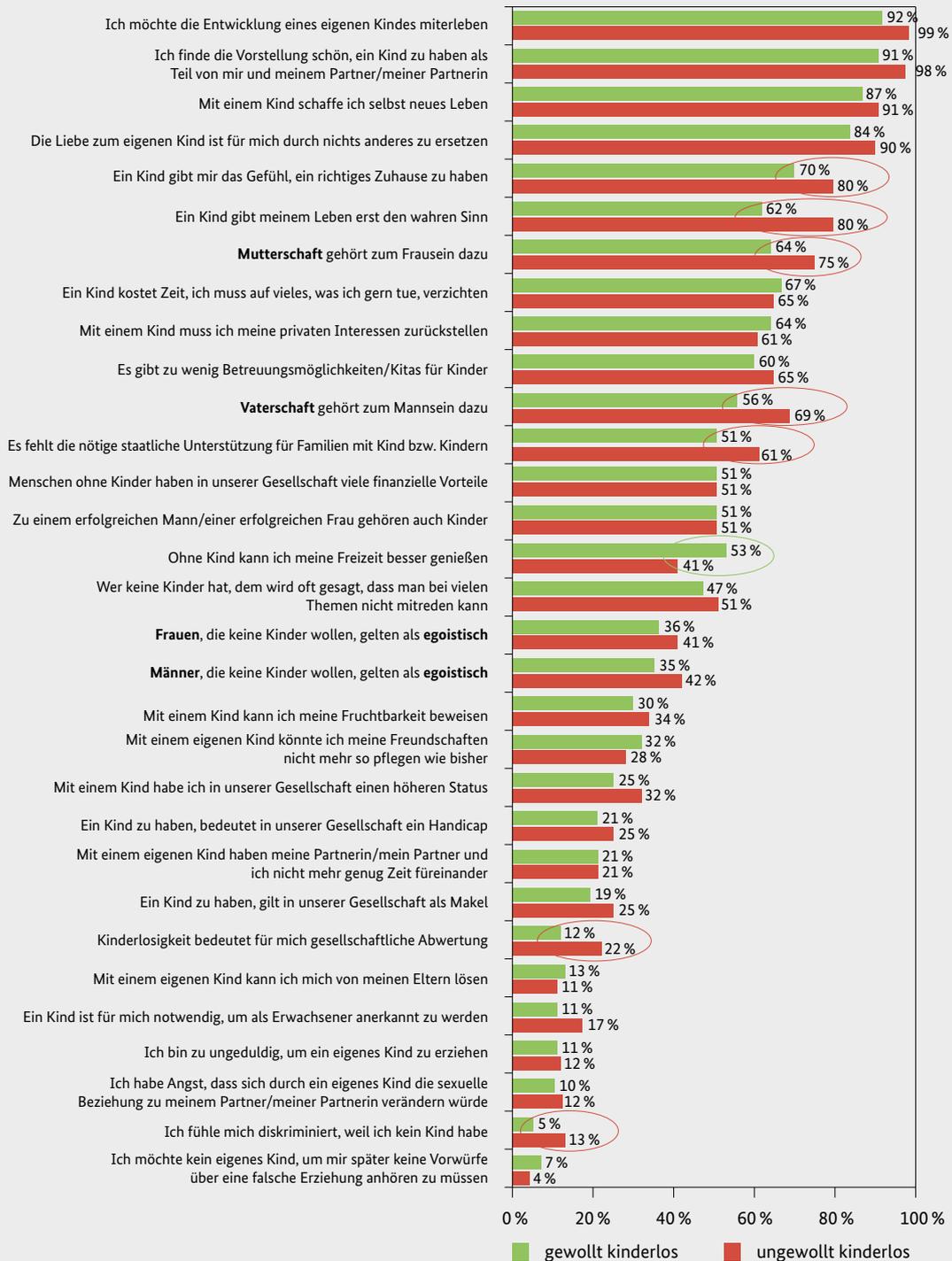
Die positiven Vorstellungen vom Familien(er)leben, vom Aufwachsen eines Kindes sind bei ungewollt wie auch bei gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten weitverbreitet. In anderen Bereichen gibt es erhebliche Differenzen der Einstellungsmuster gewollt und ungewollt kinderloser Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Kinderwunsch.

Wenngleich auch objektiv-materielle Kosten, Zeitaufwand und soziale Folgen von Elternschaft von gewollt kinderlosen und ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten etwa gleich bewertet werden, so ist doch die Bereitschaft unterschiedlich hoch, diese auf sich zu nehmen. Ein Grund dafür ist, dass gewollt Kinderlose **Lebenssinn und Identität** weniger an Elternschaft knüpfen als ungewollt Kinderlose: 84 % der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten vertreten die Einstellung, **die Liebe zu einem Kind sei nicht ersetzbar**, aber „nur“ 62 % der Migrantinnen und Migranten ohne aktuellen Kinderwunsch. Sie haben ebenfalls seltener die Einstellung, Mutter- und Vaterschaft seien elementare Teile weiblicher und männlicher Identität, als ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten: 64 % der gewollt Kinderlosen sind der Meinung, **Mutterschaft gehöre zum Frausein**, aber 75 % der ungewollt Kinderlosen; 56 % der gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten vertreten die Einstellung, **Vaterschaft gehöre zum Mannsein**, aber 69 % der Frauen und Männer mit aktuellem Kinderwunsch vertreten diese Auffassung.

61 % der ungewollt kinderlosen und 51 % der gewollt kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sind der Meinung, es fehle an der nötigen **staatlichen Unterstützung** für Familien mit Kind bzw. Kindern. Dazu gehören auch Betreuungsmöglichkeiten: 65 % der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund beklagen hier einen Mangel, aber auch 60 % der gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten. Sowohl ungewollt als auch gewollt kinderlosen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund fehlt es demnach an Infrastrukturen für Eltern. Gewollt Kinderlose nennen dies auch häufig als Grund für ihre persönliche Entscheidung gegen eigene Kinder.

- *„Deutschland ist kinderfeindlich. Eine Freundin von mir hat ewig nach einem Kitaplatz gesucht!“*
- *„Kinder und Job passen nicht zusammen, weil die richtige Betreuung fehlt.“*
- *„Kindergartenplätze sind nicht genügend vorhanden und da klagen Eltern gehörig. Es gibt ja Zusagen von der Regierung, aber die Realität sieht ganz anders aus.“*

Kinderlose Migrantinnen und Migranten Einstellungen zum Kinderwunsch



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
 Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala
 © DELTA-Institut

Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund haben sehr ähnliche Vorstellungen von einem Leben mit Kindern. Signifikanzen zeigen sich jedoch in folgenden Bereichen:

Ungewollt kinderlose Migrantinnen haben häufiger das Gefühl, Elternschaft bedinge die Vollständigkeit geschlechtlicher Identität, als ungewollt kinderlose Migranten. Während 68 % der Männer finden, **Mutterschaft gehöre zum Frausein** quasi natürlich dazu (etwa gleich viele sind der Meinung, **Vaterschaft gehöre zum Mannsein** (67 %)), haben 80 % der ungewollt kinderlosen Frauen diese Einstellung. Eine Selbststigmatisierung als *nicht vollständig* und *nicht richtig* gehört demnach für 80 % der ungewollt kinderlosen Frauen zu ihrem alltäglichen Selbstbild. Zusätzlich zu dem Wunsch nach einer Familie haben sie so auch identitätsbedingten Druck, ein Kind zu bekommen. Entsprechend diesen Ergebnissen halten Migrantinnen mit unerfülltem Kinderwunsch die eigene Kinderlosigkeit zu einem Drittel häufiger für einen **gesellschaftlichen Makel** (29 %) als ungewollt kinderlose Männer mit Migrationshintergrund (20 %).

Ein weiterer weiblich konnotierter Bereich in Bezug auf das Thema Kinderwunsch sind die unzureichenden Betreuungsmöglichkeiten. 69 % der Migrantinnen empfinden hier einen Mangel, aber „nur“ 59 % der Migranten. Der Mangel an guten Betreuungsmöglichkeiten ist ein Problem, das vordergründig Frauen betrifft – ein Grund, der ihre Bereitschaft, Kinder zu bekommen, maßgeblich hemmt.

- *„Überhaupt im Job: Kindertagesstätten in der Arbeitsstelle – das ist in anderen Ländern viel üblicher, in der Stadt gibt es Kita- und Krippenplätze ab null Jahren, aber auf dem Land ab drei, entweder die Mutter bleibt zu Hause oder die Großeltern springen ein.“*
- *„Den Kindergartenplatz muss man schon während der Schwangerschaft suchen, das ist normal. Normal sollte aber sein, dass die Frau die Schwangerschaft genießt. Es ist das Schönste für ein Kind, in den Kindergarten zu kommen, da trifft den Staat eine große Verantwortung.“*

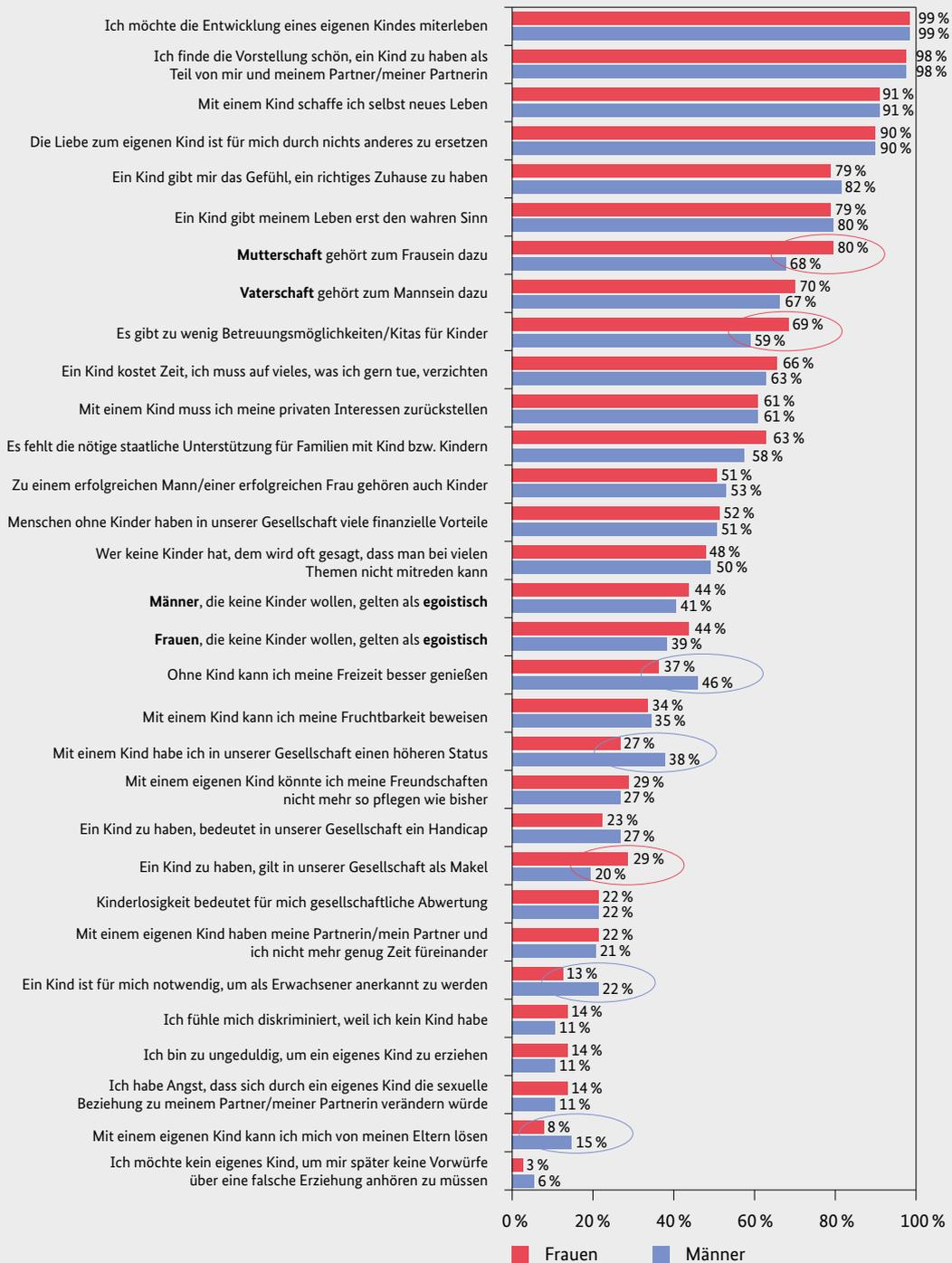
Männliche Migranten hingegen verbinden mit einem Kind eher Einschränkungen der persönlichen Freiheiten (nach der Arbeit).

- *„Klettern geht nicht mit Kind! Oder Städtereisen – wir sind kein Paar, das Entspannungsreisen macht. Wir brauchen Action! ... Das geht mit Kind nicht.“*

Zudem haben Migranten einen stärkeren Fokus auf Statusfragen im Zusammenhang mit dem Kinderkriegen als Migrantinnen. Hier zeigt sich vor allem ein grundsätzlich unterschiedlicher Zugang zu dem Bereich gesellschaftlicher Anerkennung in Verbindung mit Elternschaft bei Männern und Frauen: Während Frauen negativ an das Thema herangehen (die Abwesenheit des Kindes als Mangel und Makel), definieren Männer Elternschaft inhaltlich zwar ähnlich, aber aus einer anderen Blickrichtung, nämlich als **Statusgewinn** (38 %). Das Wort „Kinderlosigkeit“ trifft also die Befindlichkeiten der Migrantinnen sehr gut – ihnen *fehlt* etwas Existenzielles, um vollständig und um anerkannt zu sein. Ohne Kind ist frau weniger. Männer hingegen sind schon ohne Kind vollständig – sie wünschen sich ein Kind als ein Plus an Glück oder Anerkennung. Mit Kind ist man(n) mehr.

„Ich kann jetzt auch nicht sagen, dass mir was fehlt – klar wünscht man sich Kinder, dass da eine Bereicherung kommt ...“

Ungewollt kinderlose Migrantinnen und Migranten Einstellungen zum Kinderwunsch



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
 Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
 Werte: Top-2-Zustimmungen auf einer vierstufigen Skala
 © DELTA-Institut

Elternschaft und Geschlechtsidentität

Spannungsreich sind die geschlechtsspezifischen Rollenbilder:

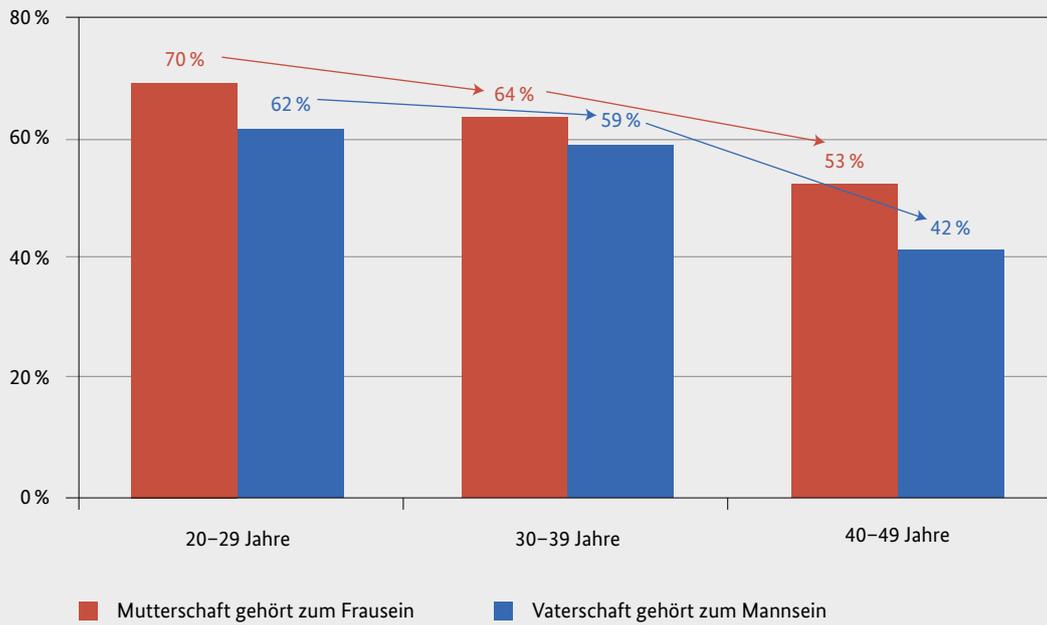
- Für 67% aller kinderlosen Migrantinnen und Migranten ist Mutterschaft ein tragendes und notwendiges Element für Frausein (47% der autochthonen Frauen und Männer). Dies gilt sogar für 80% der ungewollt kinderlosen Migrantinnen. Acht von zehn ungewollt kinderlosen Frauen mit Migrationshintergrund leben mit dem Stigma einer „nicht vollständigen Geschlechtsidentität“, nicht *ganz* bzw. nicht *richtig* Frau zu sein.

- „In unserer Kultur wird es von einer Frau erwartet, dass sie Kinder bekommt.“
- „Es ist peinlich, wenn eine Frau nicht Leben schenken kann.“
- „Da war ich fertig und ich habe wirklich darüber nachgedacht, ob ich wirklich keine richtige Frau bin, weil ich keine Kinder habe.“
- „Das ist so ein Gefühl, nicht ganz funktionstüchtig zu sein.“

- 70% der ungewollt kinderlosen Migrantinnen und 67% der ungewollt kinderlosen Migranten verstehen Vaterschaft als Kernbestandteil von vollständigem Mannsein. Das bedeutet, dass männliche Migranten seltener dem Verdacht unvollständiger Geschlechtsidentität durch Kinderlosigkeit ausgesetzt sind als Migrantinnen.

Mit zunehmendem Alter wird die Vorstellung von einem Kausalzusammenhang zwischen Elternschaft und Geschlechtsidentität bei Migrantinnen und Migranten zunehmend entkoppelt, dennoch verstehen 53% der Migrantinnen und Migranten zwischen 40 und 50 Jahren Mutterschaft weiterhin als Kernelement weiblicher Identität und 42% Vaterschaft als Kernelement von Mannsein. Der soziokulturelle Druck, ein Kind zu bekommen, lastet damit auch in späteren Lebensphasen stärker auf Frauen als auf Männern; und auf Frauen mit Migrationshintergrund deutlich stärker als auf Frauen ohne Migrationshintergrund.

Kinderlose Migrantinnen und Migranten Elternschaft und Geschlechtsidentität



Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20-50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
© DELTA-Institut

11.3 Sieben Hauptdimensionen

Die Vielfalt der Einstellungen zum Kinderwunsch kann zu Hauptdimensionen zusammengefasst werden. Sieben Einstellungsfelder gliedern die Wahrnehmungen der Migrantinnen und Migranten von Kinderwunsch und Elternschaft.¹⁸

1. Identität und Lebenssinn durch ein Kind
2. Ein Kind als substanzieller Bestandteil: Komplettierung von Mannsein, Frausein, Erfolg
3. Verlust und Einschränkung individueller Freiheiten durch ein Kind
4. Unzureichende gesellschaftliche Infrastrukturen für Eltern
5. Soziale Ausgrenzung Kinderloser
6. Höherer sozialer Status durch ein Kind
7. Einschränkungen in Partnerschaft und Sozialkontakten durch ein Kind

Die folgende Tabelle der Faktorenmatrix zeigt die Zuordnung der einzelnen Aspekte zu den Hauptdimensionen:¹⁹

18 Stöbel-Richter/Brähler hatten in ihrer Untersuchung 2000 mit dem Verfahren der Faktorenanalyse vier Hauptdimensionen identifiziert: (1) Wunsch nach emotionaler Stabilisierung; (2) Wunsch nach sozialer Anerkennung; (3) Angst vor persönlichen Einschränkungen; (4) Angst vor materiellen Beeinträchtigungen. Diese basierten auf 24 Items, von denen in unserer Befragung 23 übernommen wurden (nur ein Item wurde nicht abgefragt: „Die Welt ist ohnehin überbevölkert, sodass ich auf ein eigenes Kind verzichten möchte“). Die meisten Items von Stöbel-Richter/Brähler wurden identisch abgefragt, nur einzelne leicht modifiziert. So formulierten Stöbel-Richter/Brähler z. B. „*Es gibt zu wenig Tagesunterbringungsmöglichkeiten für Kinder*“; dies wurde an den aktuellen Sprachgebrauch angepasst „*Es gibt zu wenig Betreuungsmöglichkeiten/Kitas für Kinder*“. Dieses Set von 23 Items wurde ergänzt durch acht neue Items, die hineinzunehmen die qualitative Untersuchung nahelegte. Auffällig ist, dass Stöbel-Richter/Brähler im Jahr 2000 vier Hauptdimensionen identifizierten und unsere Untersuchung im Jahr 2013 zu sieben Hauptdimensionen führt. Dabei wurde jeweils das gleiche statistische Verfahren 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). Auch wenn die Befragungsgruppen sich hinsichtlich des Alters leicht unterscheiden (Stöbel-Richter/Brähler 16 bis 45 Jahre; DELTA-Institut 20 bis 50 Jahre), kann diese wachsende Zahl von Hauptfaktoren als Indikator dafür interpretiert werden, dass in den letzten Jahren und Jahrzehnten das Einstellungsspektrum sich ausdifferenziert hat, feiner ziseliert wurde aufgrund des zunehmenden Drucks zur Individualisierung sowie der immer weiter sich ausdifferenzierenden Lebenswelten (Submilieus).

19 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						
	1	2	3	4	5	6	7
	Identität und Lebenssinn durch ein Kind	Ein Kind als substanzialer Bestandteil (Kompletierung)	Einschränkung individueller Freiheiten durch ein Kind	Unzureichende Infrastrukturen für Eltern	Soziale Ausgrenzung Kinderloser	Höherer sozialer Status durch ein Kind	Einschränkungen in Partnerschaft u. Sozialkontakten durch ein Kind
Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meinem Partner/meiner Partnerin	,83	,12	-,06	-,01	,01	-,02	-,05
Ich möchte die Entwicklung eines eigenen Kindes miterleben	,82	,11	-,09	-,00	-,01	,01	-,01
Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen	,72	,16	-,05	,01	-,04	,10	-,05
Ein Kind gibt mir das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben	,68	,24	-,13	,02	-,01	,24	-,00
Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben	,64	-,14	,11	-,00	,07	,03	-,15
Ein Kind gibt meinem Leben erst den wahren Sinn	,64	,25	-,21	,06	,03	,23	-,02
Vaterschaft gehört zum Mannsein dazu	,19	,77	-,04	-,01	,14	,19	,01
Mutterschaft gehört zum Frausein dazu	,19	,74	-,04	-,01	,16	,15	-,03
Zu einem erfolgreichen Mann/einer erfolgreichen Frau gehören auch Kinder	,24	,52	-,02	-,05	,07	,38	-,00
Ein Kind kostet Zeit, ich muss auf vieles, was ich gern tue, verzichten	-,06	-,02	,73	,07	,02	,08	,15
Mit einem Kind muss ich meine privaten Interessen zurückstellen	-,05	-,02	,73	,05	,09	-,02	,14
Ohne Kind kann ich meine Freizeit besser genießen	-,21	-,03	,69	,04	,03	,09	,20
Menschen ohne Kinder haben in unserer Gesellschaft viele finanzielle Vorteile	,01	,29	,32	,25	,04	-,06	,10

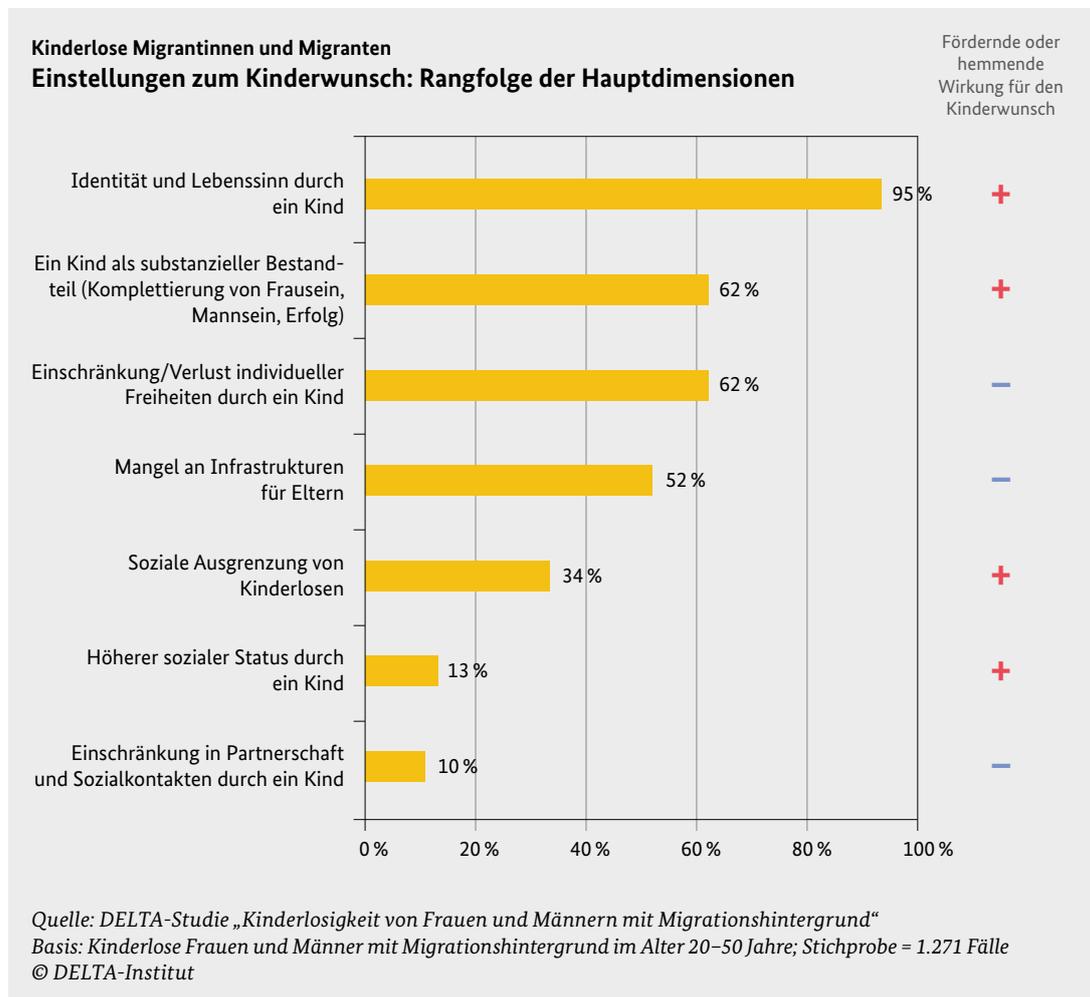
	Hauptdimensionen						
	1	2	3	4	5	6	7
	Identität und Lebenssinn durch ein Kind	Ein Kind als substanzialer Bestandteil (Kompletierung)	Einschränkung individueller Freiheiten durch ein Kind	Unzureichende Infrastrukturen für Eltern	Soziale Ausgrenzung Kinderloser	Höherer sozialer Status durch ein Kind	Einschränkungen in Partnerschaft u. Sozialkontakten durch ein Kind
Es fehlt die nötige staatliche Unterstützung für Familien mit Kind bzw. Kindern	,06	,08	-,00	,84	,00	-,04	,02
Es gibt zu wenig Betreuungsmöglichkeiten/Kitas für Kinder	,07	-,10	,07	,78	,06	-,01	,01
Ein Kind zu haben, bedeutet in unserer Gesellschaft ein Handicap	-,17	,02	,25	,47	,18	,09	,17
Frauen, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	-,00	,18	,04	,03	,78	,03	,02
Männer, die keine Kinder wollen, gelten als egoistisch	,03	,27	,05	,01	,73	-,03	,07
Kein Kind zu haben, gilt in unserer Gesellschaft als Makel	-,05	,01	-,00	,03	,64	,32	,01
Wer keine Kinder hat, dem wird oft gesagt, dass man bei vielen Themen nicht mitreden kann	,03	-,01	,22	,09	,52	,05	,00
Ich fühle mich diskriminiert, weil ich kein Kind habe	,02	-,11	-,20	,05	,47	,41	,10
Ein Kind ist für mich notwendig, um als Erwachsener anerkannt zu werden	,09	,17	-,00	-,02	,03	,72	,11
Mit einem eigenen Kind kann ich mich von meinen Eltern lösen	,05	,28	,06	,02	-,03	,61	,18
Mit einem Kind habe ich in unserer Gesellschaft einen höheren Status	,13	,01	,11	-,10	,24	,59	-,01
Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung	,03	-,01	-,08	,04	,40	,59	,08
Mit einem Kind kann ich meine Fruchtbarkeit beweisen	,16	,26	,24	,05	,01	,46	-,02

	Hauptdimensionen						
	1	2	3	4	5	6	7
	Identität und Lebenssinn durch ein Kind	Ein Kind als substanzzieller Bestandteil (Kompletierung)	Einschränkung individueller Freiheiten durch ein Kind	Unzureichende Infrastrukturen für Eltern	Soziale Ausgrenzung Kinderloser	Höherer sozialer Status durch ein Kind	Einschränkungen in Partnerschaft u. Sozialkontakten durch ein Kind
Ich habe Angst, dass sich durch ein eigenes Kind die sexuelle Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern würde	,05	,02	,14	-,02	,07	,02	,74
Mit einem eigenen Kind haben meine Partnerin/mein Partner und ich nicht mehr genug Zeit füreinander	-,01	,02	,31	,04	,14	-,04	,69
Ich bin zu ungeduldig, um ein eigenes Kind zu erziehen	-,28	,02	,07	,12	-,05	,18	,54
Mit einem eigenen Kind könnte ich meine Freundschaften nicht mehr so pflegen wie bisher	-,00	-,09	,41	,01	,05	,08	,54
Ich möchte kein eigenes Kind, um mir später keine Vorwürfe über eine falsche Erziehung anhören zu müssen	-,33	-,00	-,04	,10	-,04	,27	,53

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Ungewollt kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 380 Fälle
© DELTA-Institut

Die folgende Grafik stellt die Verbreitung und damit Wirkmacht der elementaren Einstellungsfelder bezüglich der Kinderwunschtematik dar.²⁰ Die Bereiche sind jeweils hinsichtlich ihrer den Kinderwunsch befördernden oder hemmenden Wirkung markiert.

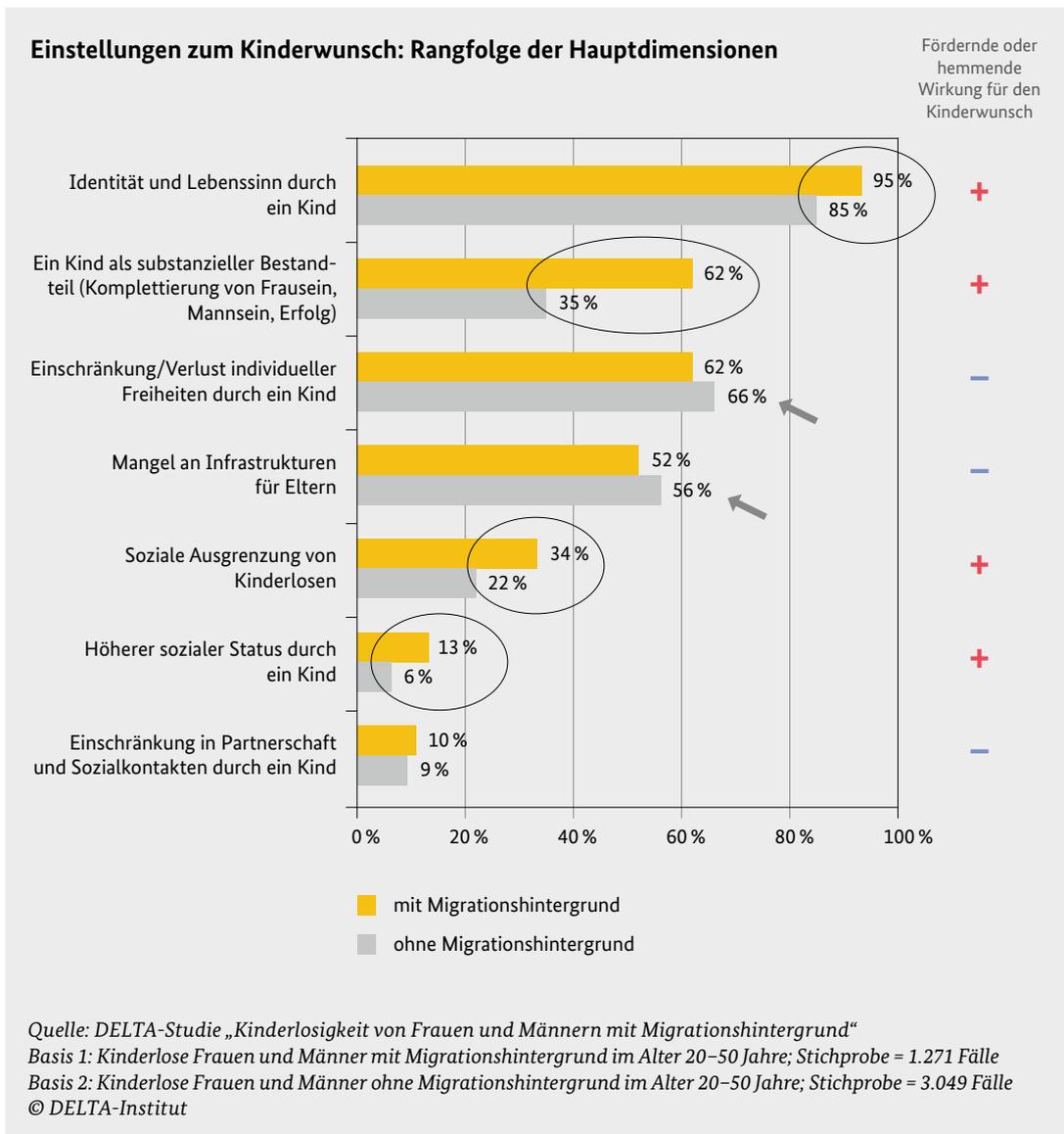


Die vier stärksten Einstellungsdimensionen (*Identität und Lebenssinn, Komplettierung der geschlechtlichen Ich-Identität versus Verlust individueller Freiheiten sowie Mangel an Infrastrukturen für Eltern*) illustrieren die elementaren Ambivalenzen und Widersprüche in der Wahrnehmung von Kinderlosigkeit und Elternschaft bei Migrantinnen und Migranten:

- Bei 95 % der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund überwiegt die Vorstellung, Kinder seien eine äußerst positive Bereicherung für **Identität und Lebenssinn**: Das gilt sowohl für die Partnerschaft (Kind als Ausdruck der Liebe und Gemeinsamkeit) als auch für das individuelle (Er-)Leben: die Entwicklung des eigenen Kindes, die Sehnsucht, mit dem Kind „ein richtiges Zuhause zu haben“ und „anzukommen“.

²⁰ 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 diese 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.

- | Zudem gilt für 62 % der Migrantinnen und Migranten Elternschaft als **substanzieller Bestandteil** eines kompletten, erfüllten und erfolgreichen Lebens. Sie dient der Komplettierung der eigenen Identität als Mann oder Frau und der sozialen Anerkennung und entspricht dem Wunsch des/der Einzelnen nach Ganzheitlichkeit.
- | Ebenso viele Frauen und Männer verbinden jedoch mit einem Kind erhebliche Einschränkungen und **Verluste individueller Freiheiten**. Sie verbinden mit Elternschaft Verzicht und Einschränkungen (in der Freizeit, bezüglich privater Interessen und finanzieller Art). Hier lässt sich ein erheblicher Werte- und Interessenkonflikt ablesen.
- | Dieser verstärkt sich noch durch die Einschätzung vieler Migrantinnen und Migranten, es mangle an Infrastrukturen für Eltern. 52 % empfinden die **gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Familien** mit Kindern in unserer Gesellschaft als mangelhaft. Berufliche und finanzielle Belastungen und Benachteiligungen und unzureichende Betreuungsangebote sind Bereiche, die diese Wahrnehmung prägen.
- | Auf der anderen Seite ist die persönliche Wahrnehmung und Erfahrung von einem Drittel (34 %) der Kinderlosen mit Migrationshintergrund, ihrer Kinderlosigkeit wegen **Ausgrenzung und Stigmatisierung** zu erfahren. Hierbei handelt es sich um ein den Kinderwunsch beförderndes Einstellungsfeld.
- | Entsprechend ist die Wahrnehmung und der Wunsch, ein Kind könne den eigenen Sozialstatus erhöhen, **soziale Anerkennung und Wertschätzung** steigern, gelagert. Diese Einstellung teilen jedoch signifikant weniger Frauen und Männer (13 %).
- | Ein Zehntel (10 %) der Migrantinnen und Migranten verbindet mit einem Kind **partnerschaftliche Belastungen**. Die Befürchtungen beziehen sich auf die Sexualität, Zeit für Zweisamkeit und Zeit für eigene und gemeinsame Sozialkontakte.



Bereits die Rangfolge der Hauptdimensionen **bei kinderlosen Migrantinnen und Migranten und kinderlosen autochthonen Frauen und Männern** verweist auf signifikante Einstellungsunterschiede:

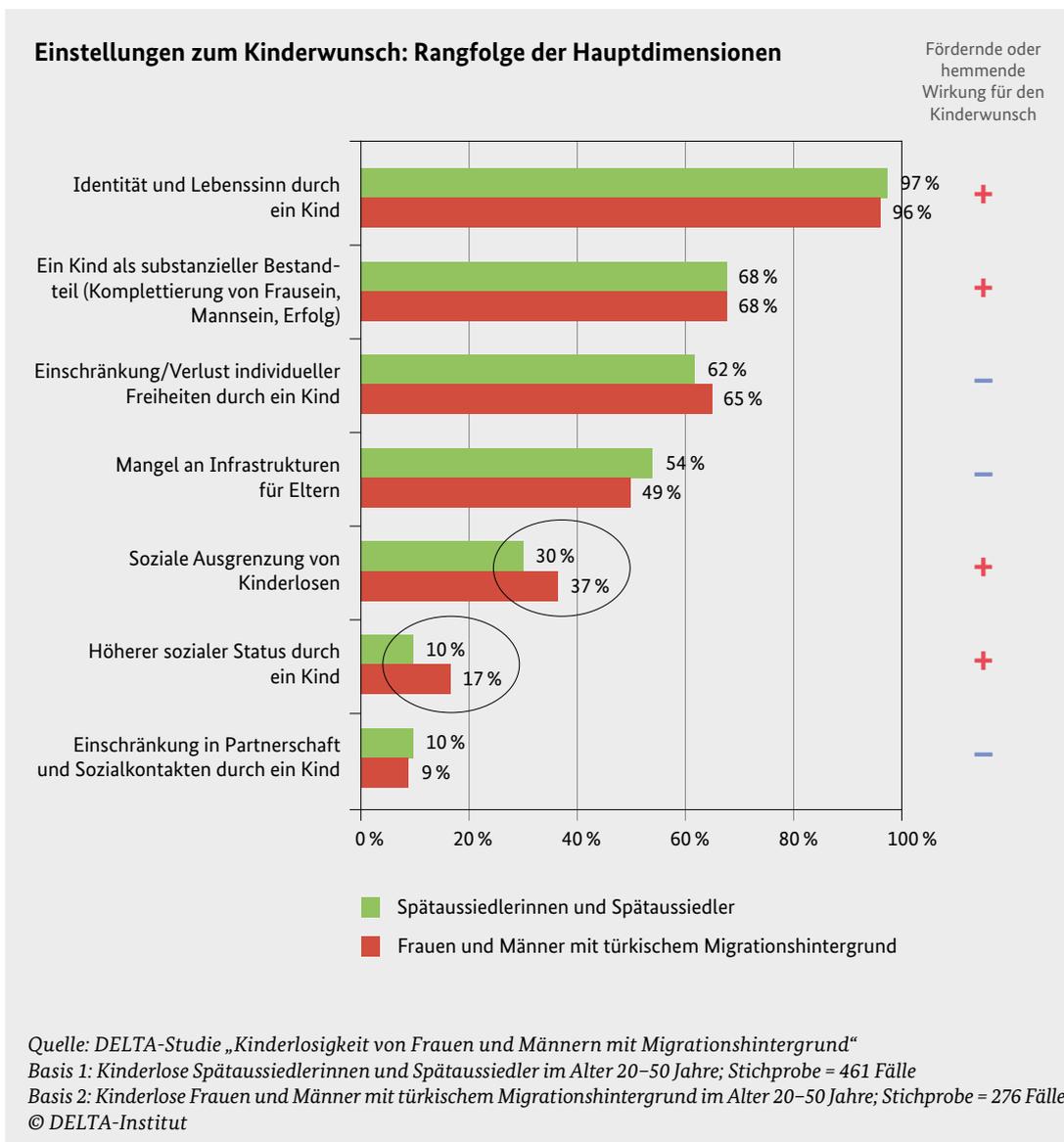
- Sowohl für Migrantinnen und Migranten als auch für Kinderlose ohne Migrationshintergrund befinden sich die wichtigsten Argumente für Elternschaft und Kinderwunsch im Einstellungsfeld, das ein Kind als große und einmalige Bereicherung der eigenen **Identität und des Lebenssinns** versteht. Während 95% der kinderlosen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund diese Einstellung teilen, trifft dies auf 85% der autochthonen kinderlosen Frauen und Männer zu.
- Für Migrantinnen und Migranten ist das – ebenfalls befördernde – Argument, das Elternschaft als **substanziellen Bestandteil eines vollständigen und ganzheitlichen Lebens** versteht (62% Zustimmung), für autochthone Frauen und Männer hingegen das den Kinderwunsch hemmende Argument, Kinder seien mit dem **Verlust individueller Freiheiten (66%)** verbunden, an zweiter Stelle der wichtigsten Hauptdimensionen. Autochthone Frauen und Männer verstehen damit Vater- und Mutterschaft deutlich weniger als elementaren Anker und Sinn ihrer geschlechtlichen Identität und Bestandteil eines erfüllten Lebens als kinderlose Migran-

tinnen und Migranten. In der Rangfolge der Hauptdimensionen erscheint dieses Einstellungsfeld bei autochthonen kinderlosen Frauen und Männern erst an vierter Stelle. Die Befürchtungen, auf private Interessen und Freizeit verzichten sowie finanzielle Einbußen hinnehmen zu müssen, sind hier etwas weiter verbreitet als bei Frauen und Männern mit Migrationshintergrund (62 % – Rang 3).

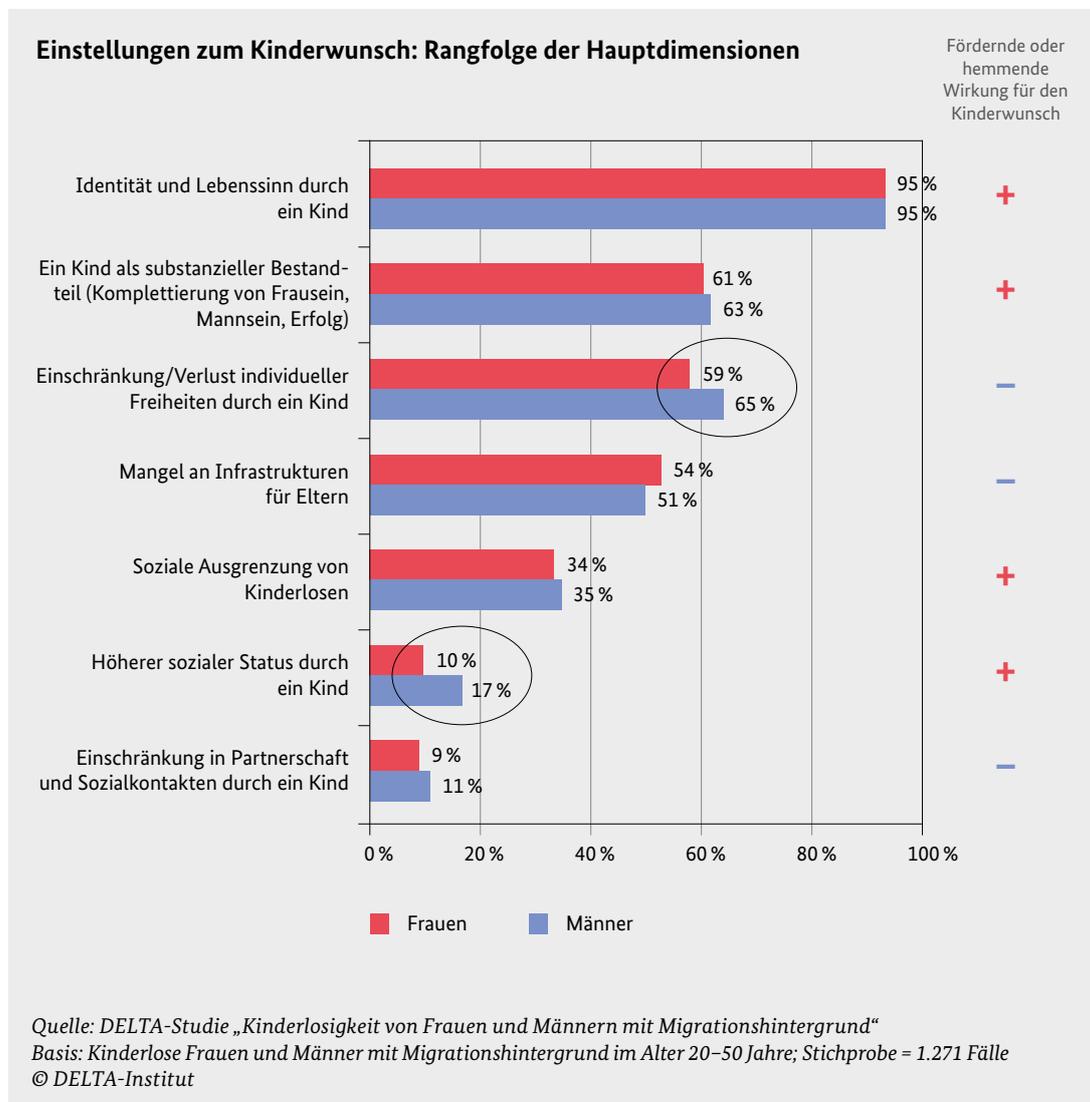
- Über 50% der kinderlosen Migrantinnen und Migranten sowie der Kinderlosen ohne Migrationshintergrund beklagen den **Mangel an Infrastrukturen für Eltern**. Während sich dieses Einstellungsfeld bei autochthonen Frauen und Männern mit 56% Zustimmung auf Rang drei der Hauptdimensionen findet, ist es bei den Migrantinnen und Migranten das Einstellungsfeld mit der vierthöchsten Zustimmung (52%).
- Kinderlose Migrantinnen und Migranten machen zu etwa einem Drittel (34%) die Erfahrung, ihrer Kinderlosigkeit wegen **sozial stigmatisiert** zu werden. Das trifft auf deutlich weniger Kinderlose ohne Migrationshintergrund (22%) zu. Während die Vorstellung, mit Kindern einen höheren **sozialen Status** erreichen zu können, bei autochthonen Frauen und Männern mit 6% Zustimmung in der Rangfolge der Einstellungsfelder zum Thema Kinderwunsch auf dem letzten Platz rangiert, findet sie bei 13% der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund Zustimmung. Beide Bereiche deuten erneut darauf hin, dass für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ein größerer sozialer Druck besteht, Kinder zu bekommen, als für autochthone Frauen und Männer. Maßnahmen zur Entstigmatisierung Kinderloser sollten dies berücksichtigen und Menschen mit Migrationshintergrund gezielt ansprechen.

- Die Rangfolge der Hauptdimensionen ist bei **Kinderlosen mit türkischem Migrationshintergrund und kinderlosen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern** gleich. Die Einstellungsfelder Identität und Lebenssinn, Elternschaft als substanzieller Bestandteil eines erfüllten Lebens (als Frau oder Mann) finden (etwa) gleichermaßen Zustimmung bei beiden Ethnien.
- Minimale Unterschiede zeigen sich bei den Einstellungsfeldern, die mit einem Kind die Einschränkung persönlicher Freiheiten verbinden – hier haben Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund (65%) nur minimal häufiger Befürchtungen als die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler (62%). Der Mangel an Infrastrukturen wird hingegen etwas häufiger von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern (54%) beklagt als von Frauen und Männern türkischer Herkunft (49%).
- Signifikante Unterschiede zeigen sich allerdings in den Einstellungsfeldern **soziale Ausgrenzung von Kinderlosen** und **höherer sozialer Status durch ein Kind**: Es zeigt sich, dass kinderlose Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund beiden den Kinderwunsch befördernden Einstellungsfeldern um sieben Prozentpunkte häufiger zustimmen als Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der soziale Druck, ein Kind zu bekommen, im Umfeld von Frauen und Männern türkischer Herkunft größer ist als bei Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern. Der soziale Druck, ein Kind zu bekommen, ist für Frauen, aber auch Männer mit türkischem Migrationshintergrund oftmals besonders hoch.

- „Na sicher, dass die Eltern fragen: ‚Na, und – Enkelkind?‘, oder die Tante anruft: ‚Und – wie sieht’s aus?‘ Dezentler Druck ist auch da.“
- „Die fragen dann immer: Wann ist es bei euch so weit? Habt ihr die Hoffnung noch? Was habt ihr denn vor, noch zu unternehmen?“
- „Meine Schwiegermutter hat sich informiert, die besten Ärzte dafür sind in Amerika.“
- „Mein Vater hätte es schon gern gesehen, wenn es einen Enkel gäbe.“
- „Kaum waren wir verheiratet, starteten alle auf meinen Bauch.“
- „Nach der Hochzeit, die ersten 2–5 Jahre wurde sehr massiv nachgefragt, wann die Kinder kommen würden.“
- „Meine Schwiegermutter heult jeden Tag, weil sie noch kein Enkelkind hat.“



Kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es bei fünf der sieben Hauptdimensionen²¹. Männliche Migranten (65 %) haben jedoch häufiger als Frauen mit Migrationshintergrund (59 %) Befürchtungen bezüglich ihrer persönlichen Freiheiten. Gleichzeitig verbinden sie mit einem Kind deutlich häufiger als Migrantinnen eine Verbesserung des sozialen Status (17 % der Männer; 10 % der Frauen).



Die Einstellungen zum Kinderwunsch sind keine konstant bleibenden, unveränderlichen Überzeugungen. Sie verändern sich im Verlauf eines Lebens, sind abhängig von subjektiven Erlebnissen und Erfahrungen. Es zeigen sich folgende Bewegungen der Überzeugungen in den Altersstufen:

- Mit zunehmendem Alter verringert sich die Überzeugung von Frauen und Männern, Kinder zu haben sei ein elementarer Bestandteil des eigenen Lebens(sinns): Im Alter bis 29 Jahre sind 97 % der Migrantinnen und Migranten der Überzeugung, Kinder seien elementar für Identität und Sinn im Leben, im Alter über 40 Jahre stimmen noch 81 % der Frauen und Männer dieser Aussage zu. Dies trifft nur auf 66 % der autochthonen Frauen und Männer desselben

21 Die Differenzen betragen maximal drei Prozentpunkte.

Alters zu, was den Befund bestätigt, dass eine Umdeutung der Biografie als Kinderlose sowie Umorientierung und Neuausrichtung des eigenen Lebens Frauen und Männern mit Migrationshintergrund deutlich schwerer fällt als autochthonen Frauen und Männern.

Kinderlosigkeit bleibt für 81 % der Migrantinnen und Migranten auch mit steigendem Alter Dilemma und Lebenskrise. Sie leben weiterhin im Spannungsfeld ihrer alltäglichen Realität und dem (mit zunehmendem Alter kaum noch umsetzbaren) Wunsch nach einem Kind.

- Ähnlich verhält es sich mit der Einstellung, ein Kind sei ein substanzieller Bestandteil der eigenen (Geschlechts-)Identität. Während 66 % der kinderlosen Migrantinnen und Migranten zwischen 20 und 29 Jahren überzeugt sind, ein Kind sei ein elementarer Bestandteil einer vollständigen Persönlichkeit und erfüllten Biografie, leben im Alter von 40 bis 50 Jahren „nur“ noch 44 % der ungewollt Kinderlosen mit dieser Diskrepanz zwischen dem Anspruch an die eigene (Geschlechts-)Identität und der Wirklichkeit – ein Drittel verabschiedet sich damit mit zunehmendem Alter von dieser an den Kinderwunsch gebundenen Vorstellung von idealer Männlichkeit und Weiblichkeit.
- Auch die Befürchtung, mit der Elternschaft persönliche Freiheiten einzubüßen – ein den Kinderwunsch hemmendes Einstellungsfeld –, verliert mit zunehmendem Alter an Wirkmacht. Während 64 % der Migrantinnen und Migranten zwischen 20 und 29 Jahren diesem Einstellungsfeld zustimmen, sind es noch 45 % der Frauen und Männer in der fünften Lebensdekade.

Während diese Einstellungen im Lebenslauf mit anhaltender Dauer der Kinderlosigkeit erodieren, wachsen mit zunehmendem Alter die sich oftmals aus persönlichen Erfahrungen oder Beobachtungen im sozialen Umfeld speisenden Einstellungen, (1.) als Eltern mit mangelhaften Infrastrukturen und Benachteiligungen und (2.) als Kinderlose mit sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung konfrontiert zu sein.

Die Einstellung, mit Kind einen höheren Sozialstatus zu erreichen, sowie die Wahrnehmung mangelhafter Infrastrukturen für Eltern entfalten im Alter von ca. 30 bis 40 Jahren die höchste normative Kraft und fallen dann in der fünften Lebensdekade leicht ab. In dieser mittleren Lebensphase spielt das Thema Kinderwunsch eine besondere Rolle im (gleichaltrigen) Freundes- und Bekanntenkreis. Normalbiografisch wird das Kinderkriegen in dieser Lebensphase verortet. *Jetzt* ein Kind zu bekommen, würde bedeuten, diese Vorstellungen von Normalbiografie zu erfüllen und damit den eigenen Sozialstatus zu erhöhen, zugleich aber würde sich dann – vor allem für berufstätige Frauen – die konkrete Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit nach vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten stellen.

**Hauptfaktoren: Einstellungen und Motive zum Kinderwunsch
Veränderungen im Lebenslauf**

Faktoren ↓	Alter →	20 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 50 Jahre	Trend	Differenz
Identität und Lebenssinn		97 %	95 %	81 %	↘	-16 %
Kind als substanzieller Bestandteil		66 %	56 %	44 %	↘	-22 %
Einschränkung individueller Freiheiten		64 %	62 %	45 %	↘	-19 %
Mangel an Infrastrukturen für Eltern		53 %	60 %	58 %	↗↘	+5 %
Soziale Ausgrenzung von Kinderlosen		33 %	36 %	42 %	↗	+9 %
Höherer sozialer Status durch ein Kind		13 %	17 %	11 %	↗↘	-2 %
Einschränkung in Partnerschaft und Sozialkontakten		10 %	11 %	8 %	↘	-2 %

Quelle: DELTA-Studie „Kinderlosigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund“
Basis: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter 20–50 Jahre; Stichprobe = 1.271 Fälle
© DELTA-Institut

12.

Anhang

12.1 Methodische Untersuchungsanlage

Definition der Grundgesamtheit

Deutschsprachige Frauen und Männer mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 50 Jahren (wohnhaft in Deutschland) ohne eigene leibliche Kinder. Diese Grundgesamtheit gliedert sich in zwei Teilgruppen: 1.) Frauen und Männer, die derzeit kein Kind wollen (momentan gewollt Kinderlose); 2.) Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch (ungewollt Kinderlose).²² Die Grundgesamtheit ist umfassend definiert. Sie schließt Frauen und Männer, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, in festen Partnerschaftsmodellen (Ehe, nicht eheliche Lebensgemeinschaft, living apart together) wie auch ohne (aktuelle oder bisherige) Partnerschaft ein. Gewollte Kinderlosigkeit und ungewollte Kinderlosigkeit sind definiert als subjektive Selbstverortungen von Frauen und Männern.

Untersuchungsanlage

Im ersten Schritt wurde im Rahmen der qualitativen Untersuchung in Form von kreativen Gruppendiskussionen mit Betroffenen das ganze Spektrum an Ursachen, Motiven, Einstellungen und Erfahrungen exploriert. Im zweiten Schritt wurden die identifizierten Dimensionen und Ausprägungen operationalisiert in Form eines standardisierten Fragebogens, der dann repräsentativ erhoben wurde.

Methodologische Grundlage der Untersuchung ist zum einen die Grounded Theory (Glaser/ Strauss), zum anderen die Triangulation (Denzin, Flick). Um ein möglichst umfassendes Ergebnis über Kinderlosigkeit zu bekommen, wurden verschiedene sich ergänzende Methoden eingesetzt. Dazu gehört, dass neben den bewussten und verbalisierbaren Bewusstseinsinhalten auch vorbewusste und schwer zu verbalisierende Einstellungen und Erfahrungen zum Ausdruck kommen und erfasst werden sollen – etwa in Form grafischer Darstellungen, von Collagen oder Tagebüchern.

²² Die Untersuchung ist fokussiert auf primäre Infertilität und untersucht nicht sekundäre Infertilität. Nicht berücksichtigt werden also Frauen und Männer, die bereits eigene leibliche Kinder haben und gern noch ein weiteres Kind bekommen möchten, bei denen sich dieser Kinderwunsch jedoch bisher nicht erfüllt. Die Konzentration auf primäre Infertilität gründet zum einen im zentralen Erkenntnisinteresse der Politik und Praxis, zum anderen in forschungsökonomischen Erwägungen: Um auch Frauen und Männer mit sekundärer Infertilität zu untersuchen und für diese valide Aussagen treffen zu können, wäre eine deutlich umfangreichere qualitative und quantitative Stichprobe notwendig; die geringe Inzidenz und das aufwendige Screening zur Identifikation von sekundärer Infertilität erhöhen den monetären Aufwand erheblich. Gleichzeitig ist zu sehen, dass sich die Befunde zu primärer Infertilität zum Teil auf Frauen und Männer mit sekundärer Infertilität übertragen lassen.

Qualitative Untersuchung

Zur Exploration des Spektrums an Dimensionen und Ausprägungen sowie ihrer inneren Zusammenhänge wurden **4 mehrstündige Gruppendiskussionen** mit ungewollt und gewollt kinderlosen Migrantinnen und Migranten geführt. Die Gruppen wurden jeweils in Bezug auf das Geschlecht und den Kinderwunsch homogen zusammengesetzt, um Hemmungen abzubauen, die Gleichbetroffenheit sowie den Eindruck einer *Entre-nous*-Situation sicherzustellen. Durch die Teilnahme von mehreren Gleichbetroffenen wurden Hemmschwellen gesenkt und ein Forum geöffnet, sich mit Gleichbetroffenen (hypothetisch Gleichgesinnten) in einem geschützten Rahmen auszutauschen.

Die Dauer einer Gruppendiskussion betrug 2,5 Stunden. Der großzügige Zeitrahmen war notwendig, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einander vertraut machen und sich zu diesem sensiblen Thema öffnen; damit sie über die verschiedenen Aspekte des Themas in Ruhe, entspannt und ohne Zeitdruck sprechen können und auch ihre biografischen Erzählungen Raum finden. Die Gruppendiskussion hat dabei den Charakter einer *Gruppenwerkstatt*, weil durch den Einsatz verschiedener assoziativer und kreativer Methoden nicht nur die bewussten und leicht verbalisierbaren Einstellungen, sondern auch die unbewussten und nonverbalen Bewusstseinsinhalte und Einstellungen erfasst werden.

- ❖ Im ersten Teil der Gruppenwerkstatt wurde möglichst das gesamte Spektrum der vielfältigen und miteinander in Wechselwirkung stehenden Ursachen, Motive, Einstellungen und Verhaltensmuster kinderloser Frauen, Männer und Paare erfasst. Dazu gehören etwaige Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen und deren Provenienz (Absender; engeres und weiteres Umfeld, Medien, Arbeitswelt, Freizeit), die Art der Stigmatisierung und Diskriminierung, die vermuteten Gründe und Motive, die Verarbeitungs- und Reaktionsmuster der Betroffenen sowie die aus ihrer Erfahrung notwendigen und wirkungsvollen Unterstützungsmaßnahmen seitens der Politik und Gesellschaft zur Entstigmatisierung.
- ❖ Ausführlich wurde im zweiten Teil der Zugang zu *reproduktionsmedizinischen Maßnahmen*, zur *psychosozialen Beratung* sowie zur *Adoption* diskutiert. Neben der Bekanntheit und dem Wissensstand ging es um Einstellungen und Erfahrungen, um hemmende und fördernde Bilder/Erwartungen – bezogen auf das „Ergebnis“ und die Nützlichkeit, sowie um Erwartungen an Personen, Umfeld, Prinzipien, Wartezeiten, Dauer, Compliance, Verpflichtungen, soziale Akzeptanz im eigenen Umfeld u. a. Es wurde eruiert, welche der Möglichkeiten bereits in Anspruch genommen wurden, welche Erfahrungen gemacht wurden, wie (erfolglos) genutzte Maßnahmen rückblickend gesehen werden und warum bestimmte Maßnahmen (bisher oder grundsätzlich) nicht genutzt wurden.
- ❖ Darüber hinaus war im dritten Teil Gelegenheit, um bereits bestehende kommunikative Maßnahmen verschiedener Absender zu diesem Thema zu diskutieren und auch vorbewusste, nonverbale Wirkungen und Reaktionen zu erfassen. Dazu wurden Beispiele (Flyer, Folder, Websites u. a.) gezeigt. Jede Gruppe skizzierte und visualisierte eine aus ihrer subjektiven Sicht attraktive, überzeugende und akzeptierte Kommunikationsform (Argumente & Stilistik) in Grundzügen. Dazu wurden Kreativtechniken eingesetzt, um auch schwer verbalisierbare Vorstellungen zu illustrieren. Das Ergebnis sind Leitlinien einer zielgruppenadäquaten Kommunikation, die wichtig sind für die Kommunikation des BMFSFJ sowie für geplante Kampagnen.

Die so gewonnenen Daten sollten eine ausreichende Grundlage sein, um die verschiedenen Dimensionen, Aspekte und Facetten von Kinderlosigkeit in Bezug auf die individuelle Orientierung, die Orientierung als Paar sowie in Bezug auf das gesellschaftliche Umfeld zu verstehen.

Quantitative Repräsentativbefragungen

Stichprobenumfang: Kinderlose Frauen und Männer mit Migrationshintergrund: n = 1.271 Fälle
Erhebungszeitraum: 12.03.2013 bis 30.07.2013

Um in Bezug auf die ungewollte sowie gewollte Kinderlosigkeit nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Alterskohorte und Lebensphase differenzierte Befunde auf valider, belastbarer empirischer Grundlage zu bekommen, wurde eine Stichprobe von **1.271 Fällen** gezogen. Die Stichprobe ist als geschichtete Zufallsstichprobe angelegt und wurde bundesweit nach dem ADM-Mastersample gezogen, sodass die Stichprobe ein verkleinertes wirklichkeitsgerechtes Abbild sowohl der soziodemografischen Merkmale als auch der räumlich-geografischen Verteilung der zugrunde gelegten Grundgesamtheit ist. Aus methodischen Gründen der Validität und Repräsentativität wurden alle Interviews in der Muttersprache der/des Befragten mit Migrationshintergrund geführt bzw. in der Sprache, in der sich die/der Befragte am besten ausdrücken kann. Bei dieser Vorgehensweise muss der Fragebogen vorab in die jeweiligen Sprachen übersetzt werden sowie zur Sicherung der Bedeutungsäquivalenz rückübersetzt werden. Dazu wurden Interviewerinnen und Interviewer eingesetzt, die die jeweilige Sprache sprechen.²³

12.2 Rechtliche Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin

In Deutschland regeln das Embryonenschutzgesetz und das Gesetz zur Präimplantationsdiagnostik die Anwendung von Fortpflanzungstechniken sowie den Umgang mit Embryonen.²⁴ Neben den gesetzlichen Bestimmungen gelten für die Verfahren der Reproduktionsmedizin die Richtlinien der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA). Nach dem Gesetz erlaubte Methoden zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sind:

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

²³ Es gab theoretisch die Option, alle Interviews mit Migrantinnen und Migranten auch auf Deutsch zu führen, doch dabei wären vermutlich bestimmte Segmente von Kinderlosen nicht erfasst worden. Es ist davon auszugehen, dass gerade in traditionellen Migrantenmilieus (z. B. mit islamischem Hintergrund) „Kinder“ eine andere Bedeutung für die Identität der/des Einzelnen sowie für die Familie haben; in der Umkehrung kann Kinderlosigkeit ganz anders wahrgenommen, stigmatisiert oder auch diskriminiert werden. Wenn nicht deutsch sprechende Migrantinnen und Migranten nicht befragt worden wären, hätten diese Themen und Zusammenhänge nicht erfasst werden können.

²⁴ Die folgenden Ausführungen sind Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Siehe dazu auch <http://www.familienplanung.de/kinderwunsch/rechtliches-und-finanzielles/>.

Gesetzlich verbotene Methoden sind:

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

Kostenübernahme für die Fruchtbarkeitsbehandlung: Für eine Fruchtbarkeitsbehandlung übernehmen die Krankenkassen die Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen und in begrenztem Umfang. Seit 2012 können Paare aber eine zusätzliche finanzielle Unterstützung durch Bund und Länder beantragen.

Die Kosten für die Voruntersuchungen zur Ursache der Kinderlosigkeit werden in der Regel von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen vollständig übernommen. Auch Medikamente zur Hormoneinstellung und Stimulation der Eierstöcke werden von den Kassen bezahlt, wenn sich keine Samenübertragung (Insemination), IVF oder ICSI anschließt. Bei den anderen Behandlungsmaßnahmen gibt es je nach Methode unterschiedliche Beschränkungen.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme:

- Bei gesetzlich versicherten Ehepaaren bestehen für eine anteilige Kostenübernahme Altersgrenzen: Beide Ehepartner müssen mindestens 25 Jahre alt sein. Für die Frau gelten als Höchstalter 40 Jahre, für den Mann 50 Jahre. Unterhalb und oberhalb dieser Altersgrenzen werden keine Kosten übernommen.
- Unverheiratete Paare, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, müssen davon ausgehen, dass sie für Inseminationen, IVF und ICSI sämtliche Kosten inklusive der Medikamente selbst tragen müssen. Einige Krankenkassen machen hier inzwischen Ausnahmen.

12.3 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 Embryo-adoption stellen keinen strafbaren Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz dar. Dieses ist auch die Auffassung der Bundesregierung (Antwort der Bundesregierung vom 07.08.2001 auf eine schriftliche Frage des Abgeordneten Hubert Hüppe).“²⁵

²⁵ Stellungnahme der Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“. Zweiter Zwischenbericht; Drucksache Deutscher Bundestag 14/7546 vom 21.11.2001.

Fremdsamenspende = Samenspende durch einen Dritten: Artifizielle Insemination durch Donor (AID) Samenspende durch einen Dritten (auch DI = Donorgene 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 (z. B. nach wiederholten erfolglosen Behandlungen anderer Art); (3) Erbgutstörungen aufseiten des Ehemannes, die anders (z. B. 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 (d. h. das gewaschene und konzentrierte) Spermia 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 Spermia des Ehepartners verwendet wird. Daneben gibt es aber auch die „heterologe Insemination“, bei der das Spermia eines Samenspenders 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 Spermia 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 (d. h. 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) oder
- irreparabel (d. h. nicht mehr zu reparieren) verschlossen sind,
- eine ausgeprägte Endometriose diagnostiziert wurde oder eine
- unerklärliche Unfruchtbarkeit besteht.

Wichtig: Die Spermiaqualität des Mannes sollte entweder normal sein oder sich nach der Spermiapräparation (d. h. dem Waschen und Konzentrieren des Samens) normalisiert haben.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (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 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 Spermiaogramm (nach WHO-Standard), wie es hier beschrieben ist,
- Fertilisationsversagen, d. h. ausbleibende Befruchtung, im Rahmen der IVF-Behandlung.

Voraussetzung für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten (GKV) zur Durchführung der ICSI ist, dass sich der eingeschränkte Spermiaogrammbefund beim Mann wenigstens zwei Mal im Abstand von mindestens 12 Wochen hat nachweisen lassen, jeweils nach WHO-Standard. Wenn eine Indikation zur ICSI besteht, haben die Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf eine humangenetische Beratung, um möglichst auszuschließen, dass es keine Ursächlichkeiten auf der Ebene des Erbgutes für die geplante Maßnahme gibt!

Stimulation: In aller Regel ist für die IVF eine Stimulation notwendig, d. h. es erfolgt eine Anregung des Eizellwachstums der Eierstöcke durch körpereigentliche Hormone. Dabei verabreicht die Frau sich täglich – meist abends vor dem Schlafengehen – eine Injektion mit einer hauchdünnen Nadel in die Bauchdecke (ähnlich wie bei Diabetikerinnen und Diabetikern). Dadurch wachsen dann die Eibläschen heran.

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 Ezellenspende. Normalerweise wird von einer anderen Frau die Eizelle genommen und dann mit dem Sperma des Partners befruchtet. Im Anschluss wird die befruchtete Eizelle der Frau eingesetzt. Ezellenspenden sind in Deutschland im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes verboten. In 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 Nachbarinnen und Nachbarn in Belgien und den Niederlanden erlaubt.

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



Autoren:

Miriam Smidt, Prof. Dr. Carsten Wippermann
DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 030 182722721
Fax: 030 18102722721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20179130
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18555-4400
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Artikelnummer: 4BR137

Stand: August 2014, 1. Auflage

Gestaltung: www.avitamin.de

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche
Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung.
Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen,
Nordrhein-Westfalen u. a. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.115.de.