

**Ungewollte
Kinderlosigkeit darf kein
Tabuthema sein!**
Kristina Schröder

**Geburtenentwicklung
und Kinderwünsche
in Deutschland**
*Kerstin Ruckdeschel,
Jürgen Dorbritz*

**Zur Psychologie des
nachlassenden Kinder-
wunsches:
Warum wollen so wenige
Menschen so wenige
Kinder?**
Rainer Dollase

**Prävention von
Fertilitätsstörungen**
*Bernhard Strauß, Anke
Matthes, Josephine Fügener*

**Erfolgsraten und
Qualitätskontrollen in der
Reproduktionsmedizin**
*Klaus Bühler, Thilo Schill,
Friedrich Gagsteiger*

**Kinderwunsch und
professionelle Beratung**
Tewes Wischmann

**Zum Umgang mit
ungewollter
Kinderlosigkeit**
Kerstin Brusdeylins

**Ganz privat ist auch
politisch.
Frauenpolitische Anmer-
kungen zur Debatte um
Kinderwunsch und
Kinderlosigkeit**
Margaretha Kurmann

**Sara – ein bayerisches
Modellprojekt zum Thema
»Beratung im Kontext
des unerfüllten Kinder-
wunsches«**
Birgit Mayer-Lewis

Kinder- wunsch

Kinderwunsch – die aktuelle Ausgabe des FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung befasst sich mit den Geburtenzahlen in Deutschland, dem Wunsch nach Kindern in Ost und West, ungewollter Kinderlosigkeit und mit den Angeboten der Reproduktionsmedizin.

Bundesfamilienministerin Kristina Schröder plädiert in ihrer Einführung dafür, das Thema ungewollte Kinderlosigkeit zu enttabuisieren. Mit einem familienpolitischen Gesamtkonzept setzt sie sich für mehr und bessere Unterstützung kinderloser Paare sowie für ein gesellschaftliches Klima ein, in dem Menschen wieder Mut und Lust auf Familie haben.

Kerstin Ruckdeschel und Jürgen Dorbritz vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung belegen mit repräsentativen Daten, dass das Kinderwunschniveau und mit ihm die Geburtenziffern der deutschen Bevölkerung seit Jahrzehnten im Sinken begriffen sind. Dabei gibt es bedeutsame strukturelle und kulturelle Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern.

Was geben uns Kinder? Die psychologischen Faktoren, die in einem wohlhabenden Land wie unserem zu einem Nachlassen des Kinderwunsches geführt haben, hat Rainer Dollase analysiert.

Bernhard Strauß, Anke Matthes und Josephine Fügner setzen sich mit sozialpolitischen und medizinischen Einflüssen auf Fertilitätsstörungen auseinander. Sie streifen Mythen und falsche Vorstellungen zur Fruchtbarkeit und gehen auf Möglichkeiten der Prävention von gestörter Fertilität ein.

Um Methoden, Erfolgsraten und Qualitätssicherung im Bereich der Reproduktionsmedizin geht es im Beitrag der Mediziner Klaus Bühler, Thilo Schill und Friedrich Gagsteiger.

Tewes Wischmann befasst sich mit den Grundlagen psychosozialer Kinderwunschberatung und formuliert Leitlinien für die Beratungspraxis.

Wie der unerfüllte Kinderwunsch von Frauen und Männern verarbeitet wird, ist Gegenstand der Forschungen von Kerstin Brusdeylins an der Frankfurter Goethe-Universität.

Der normative Druck für Frauen, die Angebote der pränatalen und reproduktiven Medizin zu nutzen, ist groß, so die Theologin und Pädagogin Margaretha Kurmann. Sie führt an, dass es für Frauen heute schwer ist, unter dieser Prämisse selbstbestimmt zu handeln und sie benennt die Schwierigkeiten einer ethisch motivierten Begrenzung des medizinisch Machbaren.

Birgit Mayer-Lewis schließlich stellt das bayerische »Sara-Projekt« vor, ein psychosoziales Angebot bei unerfülltem Kinderwunsch, das als Modellprojekt wissenschaftlich begleitet wurde.

Ihre Redaktion

Ungewollte Kinderlosigkeit darf kein Tabuthema sein!

Kristina Schröder

Es ist ein Thema, das viele Menschen bewegt: Fast jeder hat in seinem Bekanntenkreis oder sogar in der Familie Paare, die lange vergeblich versucht haben, ein Kind zu bekommen – bis sie erfahren mussten, dass ihr Kinderwunsch sich nur mit medizinischer Hilfe erfüllen lässt. Fast jeder weiß deshalb, wie verzweifelt viele Menschen sind, die sich sehnlichst Kinder wünschen, aber auf natürlichem Wege keine bekommen können. Ich habe unzählige Briefe von Menschen erhalten, die mir von ihrer Hoffnung auf ein Kind erzählt haben. Eine dieser Geschichten handelte von Paul. Ohne medizinische Hilfe hätte Paul nicht auf die Welt kommen können. Heute ist er der Sonnenschein seiner Familie, ein Wunschkind, auf das seine Eltern lange gewartet haben. Für die Kinderwunschbehandlung haben sie ihre Ersparnisse aufgebraucht, private Rentenversicherungsverträge gekündigt und eine psychische Achterbahnfahrt angetreten. Beim dritten Versuch hatten sie Glück.

Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

So wie den Eltern von Paul geht es vielen Paaren in Deutschland. Trotzdem wird öffentlich immer noch zu wenig über die Gründe für unerfüllte Kinderwünsche gesprochen. Bekannt ist zumindest: Kinder gehören für viele Menschen in Deutschland zu einem glücklichen Leben. Die Anzahl

derer, die sich ein Leben ohne Kinder nicht vorstellen mögen, ist in den letzten Jahren sogar noch gestiegen: Während im Jahr 2008 rund 40% der Kinderlosen unter 50 Jahren angaben, bestimmt Kinder haben zu wollen, waren es im letzten Jahr bereits über die Hälfte der Befragten. Gerade bei jungen Männern stieg der Kinderwunsch deutlich an.¹

Ob und wann aus einem Kinderwunsch die Entscheidung für ein Kind folgt, ist abhängig von den gegebenen äußeren Rahmenbedingungen einerseits und vom individuellen Lebensentwurf bzw. der individuellen Lebenssituation andererseits. Dabei kommt es vor allem auf den richtigen Partner bzw. die richtige Partnerin an. Hier liegt oftmals das erste Hindernis: Frauen und Männer der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen geben in Umfragen häufig an, dass ihnen der passende Partner bzw. die passende Partnerin für die Familiengründung (noch) fehlt.²

Ein weiteres Hindernis, das vor allem für junge Männer und Frauen unter 30 Jahren eine Rolle spielt, ist die Konzentration auf Ausbildung und Berufseinstieg in dieser Lebensphase. Viele junge Paare wollen sich erst eine gesicherte Existenz aufbauen. Dazu gehört für die meisten Menschen zumindest ein guter und sicherer Job mit einem Einkommen, von dem sich eine Familie ernähren lässt.³ Solange diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, wird die Familienplanung aufgeschoben. So nachvollziehbar diese Überlegungen sind: Gerade in Studien- oder Ausbildungsphasen kann es durchaus günstige Momente zur Familiengründung geben. Aus diesem Grund möchte ich die Vereinbarkeit von Kind und Studium bzw. Ausbildung verbessern, damit junge Frauen und Männer auch schon früher den Mut haben, sich für ein Kind zu entscheiden.

¹ vgl. INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2010, S. 9–10. Von 28% der jüngeren Kinderlosen wurde die Frage, ob sie eigene Kinder möchten, mit »Vielleicht« beantwortet (vgl. INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2011, S. 42).

² vgl. BiB 2011, S. 15

³ vgl. INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2011, S. 44

Tabuthema ungewollte Kinderlosigkeit

Möglichkeiten der Verhütung und Planbarkeit von Familiengründung machen das Aufschieben des Kinderwunsches möglich. Dabei gehen viele Paare ganz selbstverständlich davon aus, dass eine Schwangerschaft ebenso zuverlässig planbar ist wie ihre Vermeidung.⁴ Doch das ist ein Irrtum: Das Aufschieben des Kinderwunsches kann dazu führen, dass aus einer »gewollten« Kinderlosigkeit eine ungewollte wird. Denn ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Fruchtbarkeit von Frauen ebenso ab wie die Zeugungsfähigkeit der Männer, die insbesondere ab dem Alter von 35 Jahren deutlich zurückgeht. Mögliche Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit sind auch Erkrankungen oder Störungen, die nicht unbedingt mit dem Alter zu tun haben: verklebte Eileiter, Myome in der Gebärmutter oder eine schlechte Spermienqualität. Wissenschaftlichen Studien zufolge sind jedenfalls bis zu 1,4 Millionen Frauen und Männer zwischen 25 und 59 Jahren von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen und auf medizinische Hilfe angewiesen. Das ist fast jedes zehnte Paar in Deutschland. Ungewollte Kinderlosigkeit ist daher schon lange kein Randthema einiger weniger Frauen und Männer mehr. Trotzdem ist es ein Thema, über das niemand gerne offen spricht. Das muss sich ändern, damit Hilfe und Unterstützungsangebote betroffene Paare auch erreichen können.

Dank des medizinischen Fortschrittes muss der sehnliche Kinderwunsch eines Paares heute selbst bei schweren Erkrankungen in vielen Fällen nicht unerfüllt bleiben. Das ist zunächst einmal ermutigend. Doch viele Paare, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, haben in den letzten Jahren darauf verzichten müssen. Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004, mit dem die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinderwunschbehandlungen deutlich gekürzt wurden, hat eine Kinderwunschbehandlung für viele unbezahlbar gemacht. Dementsprechend sank die Zahl der erfolgreichen künstlichen Befruchtungen.

Ich halte das Signal, das von den Kürzungen bei der Kinderwunschbehandlung ausging, für falsch. Dabei argumentiere ich bewusst nicht damit, dass wir es uns schon vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nicht leisten können, dass Menschen sich von ihrem Kinderwunsch verabschieden, weil die Kosten für medizinische Hilfe sie überfordern. Kein Mensch bekommt ein Kind, um den drohenden Fachkräftemangel zu bekämpfen oder die Rentenkassen zu entlasten. Der Grund für meine Kritik an den Kürzungen bei der Kinderwunschbehandlung ist ein anderer. Wer sich ein Kind wünscht, für den ist das ein existenzieller Wunsch. Die Trauer um einen unerfüllten Kinderwunsch begleitet Menschen oft bis ins hohe Alter. Insofern ist es für mich eine Frage der Menschlichkeit, diesen Paaren zu helfen. Darum will ich die finanzielle Unterstützung neu gestalten.

Mein Ziel: Mehr Unterstützung für ungewollt kinderlose Paare

Mein Haus hat darum eine Förderrichtlinie entwickelt, die am 1. April in Kraft getreten ist. Mit Inkrafttreten der neuen Förderrichtlinie stellt der Bund seit 1. April 2012 finanzielle Hilfen zur Unterstützung betroffener Paare bei der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen für den ersten bis vierten Versuch zur Verfügung. Voraussetzung ist jedoch, dass sich auch die Länder mit einem

eigenen Anteil in mindestens der gleichen Höhe wie der Bund einbringen. Den Ländern bleibt es dabei unbenommen, darüber hinausgehende Regelungen zu treffen. Es geht um eine gemeinsame Kraftanstrengung, um ein gemeinsames Signal der Unterstützung von Bund und Ländern für Paare mit Kinderwunsch. Die Aufteilung der Kosten soll folgendermaßen aussehen: Die Gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich weiterhin für den ersten bis dritten Versuch mit 50% – zusätzlich werden nun aber Bund und Länder insgesamt weitere 25% der Kosten übernehmen. Das senkt den Eigenanteil der Betroffenen von zurzeit durchschnittlich 1.600 Euro auf ungefähr 800 Euro pro Versuch. Bund und Länder werden darüber hinaus die Hälfte der Kosten für den vierten Versuch übernehmen, bei dem es keine finanzielle Unterstützung durch die Gesetzliche Krankenversicherung mehr gibt. Flankierend dazu werden die Gesetzlichen Krankenkassen nach dem neuen Versorgungsstrukturgesetz ihren Versicherten nun zusätzliche Leistungen im Bereich der künstlichen Befruchtung anbieten können.

Daneben brauchen betroffene Paare vor allem auch Beratung und Unterstützung bei einer Kinderwunschbehandlung. Dazu gehört nicht nur die lückenlose Aufklärung über Erfolgchancen, Risiken und Grenzen der medizinischen Behandlung sowie über mögliche Alternativen, wie beispielsweise eine Adoption. Wichtig ist auch, dass Betroffene sich individuell beraten lassen können. Ich setze mich darum dafür ein, dass neben der finanziellen Unterstützung von Anfang an ein niedrigschwelliges psychosoziales Beratungsangebot zu allen Fragen der medizinischen Unterstützung zur Verfügung steht und die Betroffenen vor, während und nach der Behandlung begleitet werden. Schon heute bieten unter anderem viele Schwangerschaftsberatungsstellen qualifizierte Beratung für Frauen und Paare mit Kinderwunsch an. Aber diese Angebote werden bisher nur wenig genutzt. Deshalb arbeitet das Bundesfamilienministerium daran, die bereits bestehenden Angebote der psychosozialen Beratung für die Betroffenen bekannter und leichter zugänglich zu machen.

Ein weiterer Aspekt in der Diskussion zur Kinderwunschbehandlung ist mir besonders wichtig: Angesichts der enormen körperlichen und psychischen Belastung durch eine Kinderwunschbehandlung sollte klar sein, dass kein Paar eine solche Behandlung leichtfertig auf sich nimmt. Deshalb wird es der Situation ungewollt kinderloser Paare nicht gerecht, wenn Kritiker Unterstützung mit der Begründung verweigern, Menschen vor dieser Belastung schützen zu wollen. Dieser Einwand verkennt auch, dass Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch bereits dadurch und nicht erst durch die Behandlung in einer persönlich und für die Partnerschaft sehr belastenden Situation sind, die – wie der Psychologe TEWES WISCHMANN kürzlich in einem Interview erklärte⁵ – mit der Belastung durch Verlust eines nahen Angehörigen vergleichbar ist.

Wir brauchen eine Enttabuisierung ungewollter Kinderlosigkeit, damit kinderlose Paare auch nicht, wie es häufig der Fall ist, als Egoisten und Karrieristen angesehen werden. Darum umfasst mein Gesamtkonzept auch präventive Aspekte, um einerseits eine bessere Aufklärung über ungewollte Kinderlosigkeit zu ermöglichen, um andererseits aber auch das gesamte Thema zu enttabuisieren sowie einer

⁴ vgl. TAB 2010, S. 5

⁵ *Süddeutsche Zeitung* vom 29.11.2011

Stigmatisierung von kinderlosen Paaren entgegenzuwirken. Darüber hinaus denken wir auch an weitere Maßnahmen wie die Erleichterung der Adoption.

Ungewollter Kinderlosigkeit vorbeugen

Die beste Voraussetzung dafür, dass Kinderwünsche wahr werden, ist und bleibt aber eine kinder- und familienfreundliche Gesellschaft. Dazu gehört ein gesellschaftliches Klima der Akzeptanz für die Vielfalt unterschiedlicher Familienmodelle und Lebensentwürfe. Denn Mut und Lust auf Familie entstehen nur dort, wo Eltern und Kinder Wertschätzung erfahren, unabhängig davon, wie sie leben. Ich möchte Menschen deshalb mit meiner Politik die Unterstützung, aber auch die Freiheit geben, die sie brauchen, um sich für Kinder zu entscheiden und ihrer Verantwortung für ihre Familie gerecht zu werden – und zwar auch und gerade dann, wenn sie berufstätig sind. Besonders wichtig sind mir deshalb neben dem Ausbau der Kinderbetreuung auch grundlegende Veränderungen in unserer Arbeitswelt. Unsere Arbeitswelt muss familienfreundlicher werden, damit die Entscheidung für ein Kind nicht auf Kosten beruflicher Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten getroffen werden muss.

Um ungewollter Kinderlosigkeit vorzubeugen, müssen wir mehr als bisher umfassend über ihre Ursachen aufklären. Dazu ist es wichtig, junge Frauen und Männer in der Familienplanungsphase zu erreichen – insbesondere diejenigen, die den Kinderwunsch zunächst aufschieben. Dabei ist die Zusammenarbeit meines Ministeriums mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von wesentlicher Bedeutung. Inzwischen stehen vielfältige Materialien für junge Menschen mit Kinderwunsch zur Verfügung. Ich danke den Kolleginnen und Kollegen der BZgA für die gute Zusammenarbeit! Insbesondere der Kanal »Kinderwunsch« auf der Internetseite www.familienplanung.de ist zu einem unverzichtbaren Informationsportal für interessierte Frauen und Männer geworden. Auch dass das Thema Schwerpunkt dieser Ausgabe »FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung« ist, hilft, die Aufklärung und Unterstützung für Paare mit Kinderwunsch zu verbessern.

Paul, dessen Vater mir von der erfolgreichen Kinderwunschbehandlung berichtet hat, ist übrigens mittlerweile vier Jahre alt. Seine Geburt war das »Happy End« der langen Leidensgeschichte eines Paares – ein Happy End, das im Moment vielen Paaren nicht vergönnt ist, weil sie, anders als Pauls Eltern, keine Ersparnisse haben. Die Briefe von Frauen und Männern, denen das Geld für die Kinderwunschbehandlung fehlt, waren die emotionalsten Briefe seit meinem Amtsantritt. Viele schilderten mir Krankheiten, die dem Kinderwunsch im Weg stehen, viele berichteten mir von der Verzweiflung, wenn das mühsam zusammengesparte Geld nur für den ersten vergeblichen Versuch gereicht hat. Ich danke allen Paaren für ihr Vertrauen! Es ist nicht leicht, solche persönlichen Briefe einer fremden Person zu schicken. Aber das zeigt, wie verzweifelt viele Paare sind. Pauls Vater schrieb mir im Übrigen, seine Frau und er würden jederzeit wieder den Weg einer Behandlung gehen. Seine Erfahrungen fasste er in einem Satz zusammen: »Drei Kinderwunschbehandlungen – fast ein neuer Kleinwagen, Pauls erstes Lachen – unbezahlbar!«



Dr. Kristina Schröder ist Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Kontakt:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastraße 24
10117 Berlin
www.bmfsfj.de

Literatur

BERLIN INSTITUT FÜR BEVÖLKERUNG UND ENTWICKLUNG (Hrsg.) (2007): Ungewollt kinderlos. Was kann moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? Berlin

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2011): Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Berlin

GÜCKEL, B. (2011): Kinder? Prinzipiell ja, aber ... – Aktuelle Studie zur Kinderlosigkeit in Deutschland. In: BIB (Hrsg.): Bevölkerungsforschung Aktuell. Mitteilungen aus dem Institut für Bevölkerungsforschung, 32. Jahrgang, Ausgabe 02/2011, S. 15–16

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (Hrsg.) (2010): Monitor Familienleben 2010. Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Allensbach

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (Hrsg.) (2011): Monitor Familienleben 2011. Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie. Allensbach

MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR DEMOGRAFISCHE FORSCHUNG (Hrsg.) (2010): Familie und Partnerschaft in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisse im Rahmen des Projekts »Demographic Differences in Life Course in Eastern and Western Germany«. Rostock

TAB – BÜRO FÜR TECHNIKFOLGEN-ABSCHÄTZUNG BEIM DEUTSCHEN BUNDESTAG (Hrsg.) (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. Endbericht zum TA-Projekt. Berlin

Geburtenentwicklung und Kinderwünsche in Deutschland

Kerstin Ruckdeschel, Jürgen Dorbritz

»Deutschland gehört im internationalen Vergleich zu einer kleinen Gruppe von Ländern am unteren Ende der Kinderwunschkala.« Wie und warum sich diese Entwicklung seit 1945 in Ost- und Westdeutschland vollzogen hat, schildert der folgende Artikel.

Deutschland – ein Niedrig-Fertilitäts-Land

Deutschland gehört schon seit der Mitte der 1970er-Jahre zu den sogenannten Niedrig-Fertilitäts-Ländern, das heißt die jährliche zusammengefasste Geburtenziffer¹ liegt unter der Marke von 1,5 Kindern je Frau. Seitdem schwankt sie konstant zwischen 1,2 und 1,4. Dabei gab es Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland, die auf die unterschiedlichen sozialpolitischen Systeme und die damit verbundenen familienpolitischen Ausrichtungen zurückzuführen sind. In der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern waren stärkere Schwankungen zu beobachten mit dem Tiefpunkt von 0,8 im Jahr 1994, dem ein kontinuierlicher Anstieg folgte (Abb. 1). Im Jahr 2010 erreichte die zusammengefasste Geburtenziffer in den neuen Ländern einen Wert von 1,46 und erreichte damit ein höheres Niveau als im früheren Bundesgebiet (1,39). Dagegen kennzeichnet etwa Frankreich eine Geburtenziffer von 2,00.

Eine andere Kennziffer zur Darstellung des Geburtenniveaus ist die endgültige Kinderzahl nach Geburtsjahrgängen. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus liegen auswertbare Daten über die durchschnittliche Kinderzahl und die Paritätsverteilung² der Lebendgeborenen für die Geburtsjahrgänge 1933 bis 1968 vor. In dieser Zeit sind beträchtliche Veränderungen im generativen Verhalten eingetreten. Erstens sind die durchschnittlichen Kinderzahlen beträchtlich gesunken und zweitens haben sich die Paritätsstrukturen gewandelt. Diese Trends sind bei ähnlichen durchschnittlichen Kinderzahlen hinsichtlich der Paritätsverteilung in West- und Ostdeutschland differenziert verlaufen (Tab. 1). Die Frauen der Geburtsjahrgänge 1933 bis 1938 hatten im Westen durchschnittlich 2,04 und im Osten 2,01 Kinder geboren. In den Geburtsjahrgängen 1964 bis 1968 waren es noch 1,51

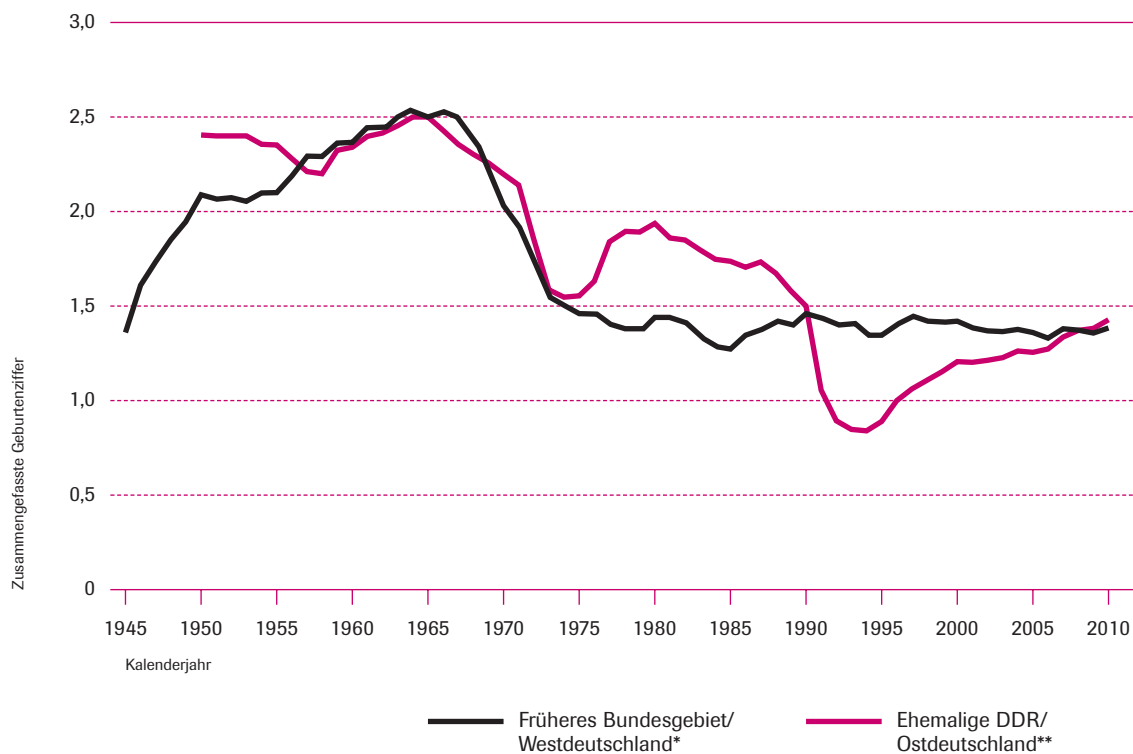
(Westen) bzw. 1,56 Kinder (Osten). Der Geburtenrückgang hat sich zunächst über einen Rückgang bei den Anteilen der Frauen mit drei bzw. vier und mehr Kindern vollzogen. Bei den Anteilen kinderloser Frauen und der Frauen mit einem Kind sind die Trends unterschiedlich verlaufen. Im früheren Bundesgebiet hat sich ein deutlicher Anstieg der Kinderlosigkeit vollzogen bei höheren Anteilen von drei und mehr Kindern. Westdeutschland gehört damit weltweit zu den Regionen mit der höchsten Kinderlosigkeit. Im Osten ist die Kinderlosigkeit niedrig geblieben, dafür ist der Anteil der Frauen mit nur einem Kind erheblich angewachsen. Damit ist das Phänomen eingetreten, dass unterschiedliche Paritätsstrukturen zu ähnlichen durchschnittlichen Kinderzahlen führen. Trotz aller Veränderungen ist die Zwei-Kind-Familie die am häufigsten vorkommende Familienform geblieben.

Daneben ist das generative Verhalten in Deutschland durch eine Reihe sozialstruktureller Unterschiede gekennzeichnet, deren wichtigste Merkmale in vier Punkten herausgestellt werden können: Erstens ist ein enger Zusammenhang zwischen Lebensformen und dem generativen Verhalten bestehen geblieben. Nach wie vor leben die meisten Menschen als Ehepaare mit Kindern zusammen. In Deutschland sind dies in den Geburtsjahrgängen 1964 bis 1968 ca. 68%. Dieser Zusammenhang ist im Westen stärker ausgeprägt als im Osten. Zweitens bestehen auffällige Unterschiede im generativen Verhalten zwischen den beruflichen Ausbildungsabschlüssen. Niedriger qualifizierte Frauen sind seltener kinderlos und haben deutlich häufiger drei oder mehr Kinder geboren. Frauen ohne beruflichen Abschluss

1 Bei einem Anstieg des durchschnittlichen Gebäralters unterschätzt die zusammengefasste Geburtenziffer das tatsächliche Geburtenniveau.

2 Paritätsverteilung bedeutet, wie viele Kinder eine Frau hat.

Abb. 1

Zusammengefasste Geburtenziffern in West- und Ostdeutschland, 1945 bis 2010

* ab 1990 ohne Berlin
 ** ab 1990 einschließlich Berlin

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen und grafische Darstellungen

Tab. 1

Durchschnittliche Kinderzahl und Paritätsverteilung von Frauen der Geburtsjahrgänge 1933 bis 1968 in West- und Ostdeutschland (in Prozent)

Geburtsjahre	Anteile der Kinderzahlen (%)					Durchschn. Kinderzahl
	0	1	2	3	4+	
<i>Westdeutschland</i>						
1933–1938	11,5	20,8	34,9	18,9	13,9	2,04
1949–1953	15,9	25,9	38,8	13,6	5,9	1,68
1964–1968	24,0	22,5	36,2	12,6	4,6	1,51
<i>Ostdeutschland</i>						
1933–1938	8,8	25,9	34,5	17,3	13,5	2,01
1949–1953	7,2	27,2	49,9	11,8	3,9	1,78
1964–1968	11,8	36,0	40,0	9,2	3,0	1,56

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

haben durchschnittlich 1,78 Kinder geboren, Frauen mit Promotion 1,28. Die Unterschiede bei der Kinderlosigkeit (ohne Abschluss 17,4%, mit Promotion 29,9%) sind ebenso beträchtlich wie bei den Anteilen der Frauen mit drei und mehr Kindern (ohne Abschluss 31,9%, mit Promotion 12,8%). In Ostdeutschland sind die Unterschiede zwischen den Bildungsabschlüssen geringer ausgeprägt. Drittens differenziert die Erwerbssituation die Paritätsmuster. In Westdeutschland korreliert Vollzeitbeschäftigung der Frau zum Beispiel mit

einer hohen Kinderlosigkeit. Ist auch der Partner vollzeiterwerblich, erreicht die Kinderlosigkeit in Westdeutschland einen Wert von 46,6%. In Ostdeutschland sind derartige Differenzierungsprozesse nicht zu beobachten. Viertens führen auch Migrationshintergrund und Migrationserfahrung zu einem besonderen generativen Verhalten. Frauen mit einem Migrationshintergrund sind deutlich seltener kinderlos und haben häufiger drei und mehr Kinder als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Tab. 2

Gewünschte Kinderzahl nach Geschlecht und Ost-West (Anteil der Personen in Prozent)

Kinderwunsch	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kein Kind	23	17	20	11
Ein Kind	18	20	30	31
Zwei Kinder	40	41	38	41
Drei oder mehr Kinder	19	22	12	17

Quelle: GGS 2005; Befragte zwischen 20 und 49; N=4601

Angesichts dieser Daten stellt sich die Frage, ob die Deutschen sich nicht mehr Kinder wünschen oder ob sie aus anderen Gründen daran gehindert werden, sich ihre Kinderwünsche zu erfüllen. Im Folgenden soll deshalb auf die Frage eingegangen werden, ob und wie viele Kinder sich die Deutschen wünschen und welche Faktoren den Kinderwunsch beeinflussen.

Keine Kinder mehr gewünscht?

Verschiedene Datenquellen (Population Policy Acceptance Survey 1992 und 2003; Generations and Gender Survey 2005) weisen für die letzten 15 Jahre einen relativ stabilen Kinderwunsch von durchschnittlich 1,7 Kindern aus. Dies bedeutet, dass Deutschland nicht nur seit Langem ein Niedrig-Fertilitäts-Land ist, sondern auch zu den Ländern mit einem extrem niedrigen Kinderwunsch-Niveau gehört, wobei sich Ost- und Westdeutschland im Jahr 2005 nicht mehr wesentlich unterscheiden. Als »extrem niedrig« werden hier Kinderwünsche von durchschnittlich weniger als zwei Kindern definiert, also eine Situation, in der nicht nur die tatsächliche Kinderzahl, sondern auch die gewünschte unter das sogenannte Reproduktionsniveau³ gefallen ist, das in Deutschland bei 2,1 Kindern pro Frau liegt. JOHN BONGAARTS (2001) bezeichnet eine solche Situation als entscheidend für den weiteren Verlauf der Geburtenentwicklung, weil sie eine Rückkehr zu höheren Geburtenzahlen unwahrscheinlicher werden lasse. Deutschland gehört im internationalen Vergleich zu einer kleinen Gruppe von Ländern am unteren Ende der Kinderwunschkala.

Hinter ähnlichen Durchschnittswerten der alten und der neuen Bundesländer verbergen sich unterschiedliche spezifische Ausprägungen des jeweiligen Kinderwunsches, die zusätzlich auch stark nach Geschlecht variieren (Tab. 2). Die demografische Datenanalyse und die Forschungsergebnisse zum Kinderwunsch zeigen dabei ein einheitliches Bild. Generell ist festzustellen, dass im Westen und im Osten, wie in allen europäischen Ländern, bei Männern und Frauen eine Orientierung auf die Familie mit zwei Kindern zu beobachten ist. In den alten Bundesländern ist bei den Männern die zweitgrößte Gruppe aber bereits diejenige, die keine Kinder haben will und bei den Frauen liegt der Anteil mit 17% ebenfalls relativ hoch. In Ostdeutschland ist die gewünschte Kinderlosigkeit vor allem bei den Frauen mit 11% relativ gering, während die Männer das westdeutsche Niveau erreichen. Damit nimmt Deutschland auch bei der gewünschten Kinderlosigkeit im europäischen Vergleich eine Spitzenposition ein (DORBRITZ/RUCKDESCHSEL 2009). Gleichzeitig

verweist dieses Ergebnis auf immer noch bestehende typische Ost-West-Unterschiede. In den neuen Bundesländern ist immer noch eine starke Orientierung auf die Ein-Kind-Familie zu beobachten, während in den alten Bundesländern eine Polarisierung zwischen gewollt Kinderlosen auf der einen Seite und Menschen, die sich mindestens zwei Kinder wünschen, auf der anderen Seite stattfindet.

Traditionelles Familienbild versus Vereinbarkeit im Westen

An dieser Stelle ist der Frage nachzugehen, warum der Kinderwunsch in Deutschland so niedrig ist. Allgemein gilt, dass der Kinderwunsch stark vom Alter, von der bereits erreichten Kinderzahl und vom Vorhandensein einer Partnerschaft abhängt, wobei sich Deutschland nicht wesentlich von anderen Ländern unterscheidet. Mit steigendem Alter werden Kinderwünsche erfüllt oder aufgegeben, entweder weil man sich an einen Lebensstil ohne Kinder gewöhnt hat, oder die Chance einer Verwirklichung als zunehmend unrealistisch eingestuft wird. Zudem sinkt der Kinderwunsch mit steigender Kinderzahl und erübrigt sich, wenn die tatsächliche Kinderzahl der gewünschten entspricht oder als nicht mehr erreichbar eingeschätzt wird. Schließlich ist für die meisten Menschen eine Partnerschaft eine unabdingbare Voraussetzung für einen Kinderwunsch, das heißt ohne Partner ist das Thema schlicht nicht relevant (RUCKDESCHSEL 2004).

Die Frage nach den Faktoren des niedrigen Kinderwunsches muss für West- und Ostdeutschland getrennt behandelt werden. Westdeutschland wurde lange Zeit in der Wohlfahrtsstaatenforschung zum Modell des konservativen Wohlfahrtsstaates gezählt, dem ein traditionell ausgerichtetes Familienbild zugrunde liegt. Familienpolitisch wurde das Modell des männlichen Familienernährers gestützt, bei dem der Mann spätestens mit Beginn der Familienphase die Rolle des Alleinverdieners übernimmt, während die Frau ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Kinder unterbricht oder ganz aufgibt. Inzwischen hat sich (West-)Deutschland mit der Einführung des Elterngeldes und dem Ausbau der staatlichen Kinderbetreuungseinrichtungen auf einen Weg der Modernisierung seiner Familienpolitik begeben. Dennoch bestehen namentlich für Westdeutschland sowohl strukturelle als auch kulturelle Rahmenbedingungen, die das Entstehen traditioneller Familien begünstigen. Zum einen ist die Kinderbetreu-

³ Unter dem Reproduktionsniveau versteht man, dass, unter Berücksichtigung der Sterbehäufigkeit, die nachfolgende Generation die Eltern-generation zahlenmäßig ersetzt.

ung für unter Dreijährige nach wie vor schwach ausgebaut und für Kinder ab drei Jahren existieren überwiegend Angebote zur Halbtagsbetreuung. Zum anderen dominiert auf der kulturellen Ebene immer noch das Leitbild der guten Mutter, die für ihre Kinder den Beruf aufgibt, um sich ganz deren Fürsorge zu widmen. Dieses Leitbild hat sich erst in den letzten Jahren langsam zu wandeln begonnen. Frauen, die sowohl Kinder als auch Karriere wollen, sehen sich also nicht nur praktischen Hindernissen ausgesetzt, sondern sind häufig bereits auf der normativen Ebene mit einem Vereinbarkeitskonflikt konfrontiert. Die Option, beides gleichzeitig zu machen, ist mit dem Ideal der guten Mutter nicht vereinbar, weshalb als Lösung oft nur ein Aufschub des Kinderwunsches oder die bewusst gewählte Kinderlosigkeit wahrgenommen wird. Eine starke Familienorientierung führt dagegen nicht selten zum gänzlichen Verzicht auf Berufstätigkeit und zum Wunsch nach mindestens zwei, vergleichsweise häufig auch drei Kindern. Daraus erklärt sich die hohe Kinderlosigkeit unter den hoch qualifizierten Frauen in Westdeutschland, die sich vor die Entscheidung Kind oder Karriere gestellt sehen und sich zu einem beachtlichen Teil gegen Kinder entscheiden.

Für Männer bedeutet das vorgestellte Familienmodell, dass sie im Gegensatz zu Staaten, in denen eine Doppelerwerbstätigkeit bei Eltern zur Normalität gehört, die Verantwortung für den Unterhalt der Familie allein tragen müssen. Im Zusammenspiel mit ungewissen Zukunftsaussichten führt dies auch bei ihnen häufig zu einem Verzicht auf Elternschaft (TÖLKE/DIEWALD 2003). Wenn sich Männer allerdings für Kinder entschieden haben, dann wollen sie häufiger als Frauen zwei und mehr Kinder, was damit zusammenhängt, dass sie das Vereinbarkeitsproblem der Frauen nur mittelbar trifft.

Vereinbarkeit mit einem Kind im Osten

Anders ist die Situation in den neuen Bundesländern, wo unter dem sozialistischen Regime vor der Wende 1989 die Vollerwerbstätigkeit von Frauen nicht nur gefördert, sondern gefordert wurde, allerdings mit dem Ergebnis, dass sich die Frauen einer massiven Doppelbelastung durch Erwerbstätigkeit und Familie gegenübersehen.

Entsprechend wurden die Rahmenbedingungen angepasst und auch 20 Jahre nach der deutschen Einheit ist die Betreuungsinfrastruktur immer noch wesentlich besser ausgebaut als im Westen Deutschlands (KREYENFELD/GEISSLER 2006). Auch hat sich die Akzeptanz erwerbstätiger Mütter in den neuen Bundesländern erhalten, sodass sich dort die Frage »Kind oder Karriere« so nicht stellt und gleichzeitig die Männer auf eine Unterstützung der Partnerin beim Familienunterhalt rechnen können. Außerdem gilt, dass in den neuen Bundesländern Familienwerte eine wesentlich breitere Anerkennung finden. BOEHNKE (2007) spricht vom »kulturellen Familialismus«. Dieser Familialismus wird aber häufig nur durch die Geburt eines Kindes realisiert. Dass trotz allem gerade die ostdeutschen Männer einen relativ hohen Anteil an gewünschter Kinderlosigkeit aufweisen, ist mit strukturellen Faktoren zu begründen, denn die Arbeitslosigkeit ist in den neuen Bundesländern wesentlich höher als im Westen, sodass die fehlende Zukunftsperspektive einen wichtigen Faktor darstellt. Zudem sind in den Jahren nach der Wende vor allem junge Frauen in den Westen gewandert, sodass häufig schlicht auch die Partnerin für die Gründung einer

Familie fehlte. Es besteht vor allem im Osten ein zum Teil erheblicher Überschuss an Männern in den Altersgruppen, die für die Familiengründung relevant sind, in geringerem Ausmaß gilt dies auch für die alten Bundesländer. Dies trifft insbesondere für periphere Schrumpfsregionen zu.

Allgemein gilt für Deutschland, dass nur eine explizite Wertschätzung von Familie den Kinderwunsch positiv beeinflusst, das heißt er scheint weniger durch andere Orientierungen verhindert zu werden als vielmehr allein von einer grundlegend positiven Einstellung gegenüber einem Leben mit Partner/Partnerin und Kindern abzuhängen. Dennoch kommen andere negative Einflussfaktoren hinzu. Bei Kinderlosen spielt vor allem Selbstverwirklichung, im Sinne von freier verfügbarer Zeit für sich und seine Interessen, eine Rolle. Kinder werden dabei nicht als Teil der Selbstverwirklichung gesehen, sondern eher als zeitbindendes Hindernis. Anders stellt sich die Situation bei Befragten mit einem Kind dar, bei denen Wohlstand, definiert über den Wohnstandard und finanzielle Möglichkeiten, einen signifikant negativen Effekt auf den zusätzlichen Kinderwunsch hat. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Mutter im Normalfall (s.o.) spätestens mit dem zweiten Kind zumindest zeitweilig aus dem Erwerbsleben ausscheidet und diese Einkommenseinbußen den Lebensstandard merklich einschränken können. Eine Ursache, die bereits DORBRITZ und SCHWARZ (1996) als eine Erklärung für Kinderlosigkeit bei unteren bis mittleren Einkommensgruppen verantwortlich gemacht haben. Geht man davon aus, dass eine Erwerbstätigkeit von Müttern mit einem Kind noch leichter zu organisieren ist oder zumindest die Unterbrechung kürzer ist als mit zwei Kindern, dann lässt sie sich auch auf den Übergang vom ersten zum zweiten Kind übertragen.

Gewünschte Kinder werden nicht geboren

Das Resultat dieser spezifischen Situation in Deutschland, vor allem im Westen, ist die Entstehung einer kinderfernen Gesellschaft, in der Kinder zu einer unter vielen Optionen geworden sind und nicht mehr als Selbstverständlichkeit im Leben gelten. Die steigende Anzahl Kinderloser wird in der alltäglichen Wahrnehmung zu einer Normalität, die wiederum auf Einstellungen und Werthaltungen rückwirkt. So stimmen nur noch 33% der Westdeutschen und immerhin noch 42% der Ostdeutschen der Aussage zu, dass eine Frau Kinder haben müsse, um ein erfülltes Leben zu haben, zum Vergleich, in Frankreich sind dies 64% (GGs 2005). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zwar die Mehrheit der Deutschen Kinder haben will, doch dass sich eine starke Minderheit dagegen entscheidet. Der niedrige Kinderwunsch und das niedrige Geburtenniveau lassen sich aus dem spezifischen Zusammenwirken struktureller und kultureller Faktoren erklären. Bessere Vereinbarkeitsbedingungen im Osten verbunden mit vereinbarkeitsorientierten Einstellungen erklären die höhere Müttererwerbstätigkeit und die geringere Kinderlosigkeit. Das niedrige Geburtenniveau entsteht, weil Kinderwünsche bei einem hohen Anteil Ein-Kind-Familien nur unvollständig erfüllt werden. Für Westdeutschland ist typisch, dass das schwierigere Vereinbare verknüpft mit der Einstellung, dass die Mutter zum Kind gehört, zu einer hohen Kinderlosigkeit führt, Kinderwünsche also gar nicht erfüllt werden. Leicht kompensiert wird dies dadurch, dass diejenigen, die das traditionelle Familienmodell wählen, häufiger den Wunsch nach drei Kindern realisieren.



Kerstin Ruckdeschel ist Wissenschaftliche Rätin im Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Wiesbaden.

Kontakt:

Kerstin Ruckdeschel
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden



Dr. Jürgen Dorbritz ist Wissenschaftlicher Direktor des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB).

Kontakt:

Dr. Jürgen Dorbritz
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden

Literatur

- BOEHNKE, M. (2007): Hochschulbildung und Kinderlosigkeit: Deutsche Unterschiede. In: KONIETZKA, D./KREYENFELD, M. (Hrsg.): Kinderlosigkeit in Deutschland. Ein Leben ohne Kinder? Wiesbaden: VS-Verlag, S. 295–315
- BONGAARTS, J. (2001): Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies: Global fertility transition, Supplement to Population and Development Review 27: 260–281
- DORBRITZ, J./RUCKDESCHEL, K. (2009): Die langsame Annäherung – Demografisch relevante Einstellungsunterschiede und der Wandel in den Lebensformen in West- und Ostdeutschland. In: CASSENS, I./LUY, M./SCHOLZ, R. (Hrsg.): Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 265–298
- DORBRITZ, J./LENGERER, A./RUCKDESCHEL, K. (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- DORBRITZ, J./SCHWARZ, K. (1996): Kinderlosigkeit in Deutschland – ein Massenphänomen? Analysen zu Erscheinungsformen und Ursachen. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 21, S. 231–261
- GGG – Generations and Gender Survey: <http://www.unecce.org/pau/ggp/Welcome.html>; <19.9.2010>
- HÖHN, CH./ETTE, A./RUCKDESCHEL, K. (2006): Kinderwünsche in Deutschland – Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Robert-Bosch-Stiftung: Stuttgart
- KREYENFELD, M./GEISLER, B. (2006): Müttererwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland. In: Zeitschrift für Familienforschung 18, S. 333–360
- PPA – Population Policy Acceptance Study: http://www.bib-demografie.de/chn_090/nn_750594/EN/Projects/DIALOG/dialog.html; <19.9.2010>
- RUCKDESCHEL, K. (2004): Determinanten des Kinderwunsches in Deutschland. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 29, S. 363–386
- TÖLKE, A./DIEWALD, M. (2003): Insecurities in employment and occupational careers and their impact on the transition to fatherhood in western Germany In: Demographic Research 9, 41–67; DOI: 10.4054/DemRes.2003.9.3

Zur Psychologie des nachlassenden Kinderwunsches: Warum wollen so wenige Menschen so wenige Kinder?

Rainer Dollase

Mit der Industrialisierung und mit dem beginnenden Wohlstand eines Landes sinkt allgemein der Kinderwunsch. Je besser es einem Land geht, desto weniger Kinder werden pro Frau geboren. In Deutschland exakt: 1,3 (zum Vergleich: in Äthiopien 5,2). Warum eigentlich? Wäre steigender Kinderwunsch nicht gerade dann vernünftig, wenn es den Menschen besser geht, und sinkender, wenn es schlecht geht? Der folgende Beitrag erörtert den starken Einfluss psychologischer Aspekte beim Thema Kinderwunsch.

Die Einführung der Sozialversicherungen und die Verbesserung der Verhütungsmethoden haben dazu geführt, dass die Entscheidung für ein Kind nicht durch Zufall geschieht (weil man nicht verhüten konnte) oder unter ökonomischem Zwang getroffen werden muss. Kinder sicherten früher die Altersversorgung der Eltern und trugen zur Existenzsicherung der Familien (z.B. in Familienbetrieben) bei; in den brasilianischen Favelas und den Armenvierteln vieler Entwicklungsländer kann man das immer noch beobachten. In den Wohlstandsländern kann man das eigene Leben auch ohne Kinder und im Vertrauen auf das Funktionieren der staatlichen Alters- und Sozialversicherung planen und »glücklich« gestalten. Man ist für die Selbstverwirklichung und die Optimierung seiner eigenen Lebenschancen nicht mehr auf das Kinderhaben angewiesen. Im Gegenteil: Ohne Kinder kann man die im Wohlstand angebotenen Selbstverwirklichungsmöglichkeiten, Waren und Dienstleistungen noch besser nutzen: Man hat ohne Kinder mehr Geld und mehr Zeit. Deshalb sinkt der Kinderwunsch.

Aus diesem Grunde ist die Entscheidung für oder gegen Kinder eine freiwillige, und sie wird damit immer stärker zu einer psychologischen Frage (GLOGER-TIPPELT/GOMILLE/GRIMMIG 1993). Ob man Kinder haben will oder nicht, ist für jene, die noch keine haben, ein rein theoretisches Kalkül – eine Entscheidung auf Vermutungen hin, und die sind hauptsächlich psychologisch zu beeinflussen. Man weiß ja nicht wie es wäre, wenn man eins hätte, wie das Kind wird, wie man auf das Kind reagiert etc. Das Kinderwollen ist eine Entscheidung mit einer ungewissen Zukunft, auch dann, wenn man schon eines oder mehrere hat. Nach dem ersten Kind wird die gewünschte Kinderzahl allerdings nach unten korrigiert, weil man nun erfahren hat, wie viel Zeit, Geld und »Nerven« ein Kind kostet.

Welches Kind möchten Sie?

Man stelle sich einmal vor, man wüsste ganz sicher, was aus dem eigenen Kind würde.

Beispiel 1: Ein pflegeleichtes Kind, sehr gut in der Schule, bei seinen Klassenkameraden gut gelitten, studiert schnell und ergattert einen tollen Beruf, kümmert sich gleichzeitig nett um die Eltern, die sich selbstverständlich nicht haben scheiden lassen, sondern als Paar glücklich bis ins Großelternalter bleiben.

Beispiel 2: Man könnte sich aber auch ein anderes Beispiel ausdenken, noch nicht einmal ein besonders schlimmes: Das Kind schreit sehr viel und hat Schlafstörungen, es gewöhnt sich schlecht an die Kinderkrippe und den Kindergarten, die Ehe wird schon geschieden, wenn das Kind zwei Jahre alt ist, in der Schule häufen sich die Schwierigkeiten, es macht kein Abitur, sondern muss die Gesamtschule wegen schlechter Leistungen vorzeitig verlassen, jobbt als Hilfsarbeiter bis es mit Ach und Krach eine Maurerlehre beenden kann. Es ist immer wieder mal arbeitslos und ist später besonders häufig in Kneipen anzutreffen.

Keine Frage: Das Kind in Beispiel 1, das will jeder, das in Beispiel 2 will (bedauerlicherweise) niemand – oder? Die Angst, dass Beispiel 2 zutrifft, müssen auch Eltern mit Abitur haben – ein Drittel der Kinder dieser Eltern macht keines und absolviert auch nicht immer eine erfolgreiche Berufslaufbahn. Bei manchen, die vor der Frage stehen: »Kinder oder keine Kinder?« stehen Vermutungen über die Zukunft ihrer Ehe und das weitere Schicksal der Kinder im Zentrum der Überlegungen.

Wer das Kinderbekommen vernunftgemäß entscheidet, denkt an eine Unzahl von Risikofaktoren (psychologischen Kosten), aber auch positiven Entwicklungen (psychologi-

schen Nutzen), die mit dem Kind verbunden sein können. Wer zu starke Angst davor hat, dass etwas schief laufen könnte, will kein (weiteres) Kind. Unsere beiden Beispiele zeigen, was einen motiviert und was demotiviert. Misserfolgsmotivierte Menschen werden durch die Angst vor Schwierigkeiten zur Kinderlosigkeit getrieben, erfolgsmotivierte durch die Zuversicht, mit dem Kind das Leben reicher und schöner machen zu können.

Psychologische Nutzen und Kosten von Kindern

Der Nutzen, den Kinder für potenzielle Eltern haben, ist ein psychologischer Nutzen (GLOGER-TIPPELT/GOMILLE/GRIMMIG 1993), das heißt es sind Werte, die mit dem Kinderhaben verbunden sind, Erwartungen psychologischer Vorteile etc.: Das Kind macht Freude, man kann mit ihm Anerkennung gewinnen, wird beachtet, womöglich bewundert. Die psychologischen Nachteile sind ebenso evident: Einschränkungen in der Selbstverwirklichung, Vereinbarungsprobleme mit beruflichen Anforderungen, mit Freizeitwünschen, Stress, Sorge, dass ein Kind verhaltensauffällig oder ein Schulversager wird etc. (ROLOFF/DORBRITZ 1999a). Die Entscheidung für oder gegen ein Kind ist also das Ergebnis einer Nutzen-Kosten-Kalkulation, wobei die Zielstellung wie bei jeder Nutzen-Kosten-Kalkulation die Nutzenmaximierung, die Kosten- und Risikominimierung ist (HOFFMANN/HOFFMANN 1973; STÖBEL-RIECHTER/BRÄHLER 2000).

Was sind potenzielle psychologische Nutzen bzw. Kosten? Interessant ist eine Kategorisierung der Gründe für oder gegen ein Kind. Im Zusammenhang mit der Entwicklung von »Kinderwunschfragebogen« (LEK und LKM, s.u.) konnten insgesamt sieben voneinander relativ unabhängige Bereiche definiert werden, die die tatsächliche psychologische Motivation bzw. Einstellung zum Kind ausmachen (STÖBEL-RIECHTER/BRÄHLER 2000), gewissermaßen Schubladen für eine Sortierung der möglichen Nutzen und Kosten von Kindern (die Schubladen sind bipolar, d.h. Pro und Kontra-Argumente passen hinein).

Im »Leipziger Fragebogen zur Einstellung zum Kinderwunsch« (LEK), der eher soziale Einstellungen erfragt, sind es

1. *Soziale Stereotype*, das heißt man glaubt, dass es aus sozialen Gründen schlicht und einfach notwendig oder normal ist, zum Beispiel aus Pflicht gegenüber der Gesellschaft oder den informellen Normen, ein Kind zu haben (bzw. auch, es abzulehnen). »Kinder gehören einfach dazu«: Der Vergleich mit sozialen Bezugsgruppen ist relevant (»In unserem Kreis haben alle Kinder«), eine tiefergehende Problematisierung erfolgt dagegen nicht.
2. *Fehlende gesellschaftliche Unterstützung*, was von der Kritik über zum Beispiel unzureichende Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder bis hin zu einer insgesamt als kinderfeindlich erlebten Gesellschaft reicht. Hier wird der Blick also auf gesellschaftliche Hilfen gerichtet. Die Gründe für den fehlenden eigenen Kinderwunsch scheinen damit außerhalb des persönlichen Verfügungsbereichs zu liegen, also wird die Gesellschaft dafür verantwortlich gemacht.
3. *Pessimistische Zukunftserwartungen*, die mit negativen Prognosen über die Zukunft der Welt, der Überbevölkerung, den Schulverhältnissen, der Gewalt etc. zu tun haben. In dieser Kategorie sind es zumeist subjektiv nicht steuerbare Risikofaktoren, die angegeben werden.

Beim »Leipziger Fragebogen zur persönlichen Motivation« (LKM) gibt es vier Unterbereiche:

1. *Wunsch nach emotionaler Stabilisierung*: Menschen, die von einem Kind etwas für ihre eigene emotionale Persönlichkeitsentwicklung erwarten (oder gerade nicht erwarten).
2. *Angst vor persönlichen Einschränkungen*: von der Angst um den eigenen Freundeskreis bis hin zu Befürchtungen, dass man das Kind falsch erziehen könnte etc.
3. *Wunsch nach sozialer Anerkennung, zum Beispiel*: »Kinderlosigkeit bedeutet für mich gesellschaftliche Abwertung« oder auch Aufwertung.
4. *Angst vor materieller Beeinträchtigung (Einbuße von Geld und Zeit)*, zum Beispiel: »Ein Kind kostet Zeit, ich muss auf vieles andere verzichten, was ich gerne tue«.

Diese sieben Kategorien muss man wie Schubladen sehen, in denen Argumente pro und kontra Kind einsortiert werden. Vereinfacht kann man sagen, es gibt immer Ressourcenprobleme, es gibt immer Probleme mit der biografischen Perspektive und der Vereinbarkeit von Aktivitäten in unterschiedlichen Lebensbereichen (nicht nur mit der Erwerbstätigkeit, auch mit Hobbys etc.) (HUININK/BRÄHLER 2000).

Der psychologische Nutzen von Kindern ist offenbar, wie nicht anders zu erwarten, weiterhin erheblich gesunken.¹ Das kann man nicht nur an den sinkenden Geburtenziffern, sondern auch an folgenden Zahlen erkennen: 27% der Männer in Westdeutschland und 15% der Frauen in den alten Bundesländern wünschen sich keine Kinder mehr (Männer wünschen sich im Schnitt 1,59 Kinder, Frauen 1,75). Das korrespondiert damit, dass nur noch 25% glauben, dass Kinderhaben zur Lebensfreude, zu Liebe, Glück und Zufriedenheit dazugehört. Erstaunlicherweise findet sich diese Vermutung, dass Kinder zur Lebensfreude beitragen, bei Kinderlosen deutlich häufiger (44%), wohingegen schon Eltern mit einem Kind zu 65% meinen, dass sich keine Veränderung der Lebensfreude durch Kinder ergibt. Dieses Ergebnis stimmt mit der »Value of Children«-Annahme überein, derzufolge der psychologische Nutzen von Kindern schon mit einem Kind erreichbar ist und es nicht mehrerer Kinder bedarf, um diesen Vorteil zu haben. Auch dass Kinder Paarbeziehungen verbessern, dass sie helfen, ein höheres Prestige in der Gesellschaft zu erreichen, dass die Sicherheit im Alter dadurch besser gesichert und ein erfülltes Leben nur mit Kindern möglich ist, meinen immer weniger Erwachsene. Meist werden die wahrgenommenen Positiva des Kinderhabens von Kinderlosen deutlich höher angegeben, als jene von Eltern, die offenbar durch das erste Kind schon illusionslos geworden sind. Nur 50% der Frauen (49% der Männer) meinen, dass zu einem erfüllten Leben ein Kind dazugehört. Die Angst vor unliebsamen Überraschungen im Leben mit dem Kind, sogenannten »Erwartungsverletzungen« (»Damit habe ich nicht gerechnet«), spielen beim Kinderwunsch eine große Rolle.

Selbstverständlich kann man auch danach fragen, wovon es denn abhängen würde, mehr Kinder zu bekommen (HÖHN/ETTE/RUCKDESCHEL/GROTHER 2006). Die Antworten sind relativ eindeutig: Man möchte für sich und seinen Partner einen sicheren Arbeitsplatz trotz Kinder haben und man möchte die finanziellen Belastungen minimieren, das heißt Sicherheit im Allgemeinen wird als Bedingung dafür angegeben, sich für mehr Kinder zu entscheiden. Dahinter

¹ folgende Ergebnisse nach HÖHN/ETTE/RUCKDESCHEL/GROTHER 2006

steckt eine ganz klare Risikominimierungsstrategie, die sich auch darin zeigt, dass die Zustimmung zu folgendem Satz: »Man sollte erst Kinder bekommen, wenn man Sicherheit hat, dass man als Paar zusammenbleibt«, von 73% der Befragten bejaht wird.

Risikofreude als Bedingung für das Kinderkriegen?

In der Tat gibt es aber immer noch Typen von Familien und Paaren, die Kinder und die damit zusammenhängenden Risiken ohne weitere Bedenken und ohne vorherige Risikokalkulation in Kauf nehmen. Sind das unverantwortlich handelnde Menschen? Mit Sicherheit nicht. Es sind jene, die sich der allgemeinen Planungshysterie und dem Sicherheitsfetischismus nicht unterworfen haben; für die auch Bauhilfsarbeiter und Büglerinnen wichtige Menschen sind (deswegen dürfen ihre Kinder auch solche Berufe ergreifen), die den Erfolg des Nachwuchses nicht an der Höhe des Schulabschlusses bemessen, die wissen, dass alles Leben Risiko ist, die eine Religion oder Philosophie haben, die ihnen Sicherheit gibt, auch in schwierigen Zeiten ihre Lebensfreude zu bewahren. Die wissen, dass der Satz von Karl Raimund Popper auch im Alltag stimmt »Alles Leben ist Problemlösen«. Nichts im Leben ist ohne Risiko zu haben. Risiken fordern Menschen auch heraus. Zu heiraten und Kinder zu bekommen ist »nichts für Feiglinge«, Mut und Vertrauen gehören unbedingt dazu und ein gehöriges Maß an Unabhängigkeit gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen. Sicherheit gibt es im Leben nicht, sie lässt sich auch nicht gesellschaftlich-politisch herstellen.

Es ist ein ungewöhnlicher Gedanke, dass es von der grundsätzlichen Lebensphilosophie abhängen könnte, ob man Kinder bekommt oder nicht. In der Regel werden die bekannten Verdächtigen des sinkenden Kinderwunsches genannt: zu wenige Krippen und Kindergärten, fehlende Arbeitsplatzsicherheit, zu wenige Ganztagschulen, fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Sollten diese Begründungen etwa nicht stimmen?

Steigern Geld, Zeit und Kinderbetreuung den Kinderwunsch?

Es gibt drei Bereiche zentraler Hilfeerwartungen: Geld, Zeit und Kinderbetreuung. Insbesondere Alleinerziehende und Frauen wünschen sich in diesen drei Bereichen mehr Unterstützung. Geringer qualifizierte, das heißt ärmere Menschen wünschen sich vor allem finanzielle Unterstützung, Kinderlose und Ein-Kind-Familien sowie höher Qualifizierte wollen vor allem bessere Betreuungsmöglichkeiten. Das ist in Einklang mit vielen Studien, die zeigen, dass man zielgruppenspezifische Angebote machen muss (HABICH/BERGER-SCHMITT 1998). Von mehr Geld profitieren längst nicht alle und von mehr Betreuung auch nicht. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist nach wie vor ein erklärtes Ziel, allerdings dominieren hier Wünsche nach Teilzeitbeschäftigung (von nahezu 90% gewünscht) oder flexiblen Arbeitszeiten. Der Wiedereinstieg in den Beruf, der nur bei rund 10% der Mütter gelingt, steht ebenfalls auf der Wunschliste. Allerdings ist das traditionelle Modell, in dem ein Partner erwerbstätig ist und der andere sich um Haushalt und Kinder kümmert, für die meisten Familien Realität, es wird aller-

dings nur selten gewünscht. Zwei Drittel der Eltern wünschen sich, dass ein Partner Teilzeit arbeitet und der andere Vollzeit (HÖHN/ETTE/RUCKDESCHEL/GROTHE 2006). Eine öffentliche Kinderbetreuung kann nur maximal 40 bis 45 Stunden die Woche angeboten werden, mehr halten kleine Kinder ohne Schaden nicht aus, zeigte die NICHD Studie (2007). Und ungefähr 40 bis 45 Stunden der wöchentlichen Wachzeit muss ein Kind dann auch noch privat, in der Familie betreut werden. Ein Zeitpaket, das in modernen Berufen beider Eheleute bei Vollzeitbeschäftigung beider kaum aufgebracht werden kann. Man muss nicht nur an Menschen mit Wechselschichtdienst denken (Polizist und Krankenschwester), sondern nur an Dienstreisen, Erkrankung des Kindes, betriebliche Weiterbildung, Fortbildungswochenenden, Überstunden, Auslandsaufenthalte etc., um zu erkennen, dass erhebliche Betreuungsprobleme auch bei Vollversorgung mit Kitas bleiben. Deshalb ist eine Steigerung der Betreuungsquote von Kindern in Krippen, Kitas und Ganztagschulen nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Ohne privates Investment (durch privat bezahlte Betreuungspersonen oder Verwandte, Großeltern) lassen sich Beruf und Kinder nicht vereinbaren. Folglich können derartige Maßnahmen den Kinderwunsch nur in sehr begrenztem Umfang steigern.

In der Tat gibt es aber auch einige paradoxe Befunde zu den Möglichkeiten und Grenzen einer politischen und gesellschaftlichen Steigerung des Kinderwunsches:

1. Obwohl die gesellschaftliche Unterstützung als schlecht wahrgenommen wird, geben Eltern an, dass diese allgemeinen Gründe für sie persönlich keine Rolle gespielt haben (SCHNEEWIND 1995, 1998; SCHNEEWIND/VASKOVICS 1992, 1994; SCHNEEWIND/VON ROSENSTIEL 1992). Fast keine Mutter wird einer Verbundstudie zufolge (SCHNEEWIND/VASKOVICS/GOTZLER 1996) wegen fehlender Betreuungsmöglichkeit gegen ihren Willen nicht berufstätig, das heißt diese Mütter haben freiwillig ein Erwerbstätigkeitsopfer für das Kind erbracht.
2. Der Zugriff auf Kindergartenbetreuung ist bei erwerbstätigen Müttern genauso groß wie bei nicht erwerbstätigen, bei denen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie keine Rolle spielt.
3. Bei jenen Studierenden, die aufgrund ihres Studiums das größte Problembewusstsein über Risiken und Schwierigkeiten des Kinderhabens besitzen, den Psychologiestudentinnen und -studenten, ist die Ambivalenz zum Kinderkriegen im Vergleich zu anderen Studierenden mit 34% am größten (MIDDENDORF 2003) – wer um mögliche Risiken weiß, will seltener Kinder.
4. Auch lebenszeitlich verbeamtete Paare, also mit sicheren Arbeitsplätzen und großzügigen Vereinbarkeitsregelungen für Beruf und Familie ausgestattet, wünschen sich nicht mehr Kinder als andere (HÖHN 1986).
5. Die Quote der Krippenbetreuung hängt in den deutschen Bundesländern nicht mit der Geburtenrate zusammen: die höchste Geburtenrate hat Niedersachsen (1,5) und zugleich die niedrigste Krippenquote – die niedrigste Geburtenrate hat Sachsen-Anhalt (1,2) und zugleich die höchste Krippenversorgung (über 50%, also auch mehr als Frankreich).

Von kurzfristigen Effekten familienpolitischer Maßnahmen auf den Kinderwunsch soll man sich nicht täuschen lassen. Bekanntermaßen (Beispiel Rumänien) bleiben oftmals Langzeiteffekte bzw. eine Trendumkehr aus (HÖHN/SCHUBNELL

1986a, 1986b). Auch muss diskutiert werden, ob es sich lohnt, pronatalistische Wirkungen erzeugen zu wollen, was aufwendig sein dürfte (meist erreichen sie nur Steigerung der Geburtenrate von 0,2 bis 0,3). Aber auch solche »kleinen« Verbesserungen, die sich ja in durchaus eindrucksvollen absoluten Zahlen äußern können, müssen und sollten ergriffen werden, um mehr Menschen die Sicherheit für ihre Zukunft mit Kindern geben zu können.

Ein weiteres Problem kann aber nur national aufgeklärt werden: Warum ist die Fruchtbarkeitsziffer der großen Industrie- und Wohlstandsnationen nur in Deutschland und z.B. Japan so verhältnismäßig niedrig, etwa im Vergleich zu den USA (2,0)? Vermutlich ist es die besonders perfektionistische Lebenseinstellung, die diese Länder von den anderen Industrienationen unterscheidet. Das zu ändern ist kein materielles Problem, sondern ein psychologisches. Die Einstellungen zum Leben mit Kindern müssen sich wandeln.



Professor Dr. Rainer Dollase war Hochschullehrer an den Universitäten Aachen, Köln, Essen und Bielefeld; seine Arbeitsschwerpunkte waren entwicklungspsychologische und pädagogische Themen auf allen Stufen des Bildungssystems. Er hat zahlreiche empirische Forschungsprojekte verantwortet und aktuell zu den Themen »Gewalt in der Schule« (2010) und »Classroom Management« (2012) publiziert.

Literatur

BIRG, H. (2003): Die demographische Zeitenwende – Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München: Beck

BIRG, H. (2005): Die ausgefallene Generation. Was die Demographie über unsere Zukunft sagt. München: Beck

DOLLASE, R. (1985): Entwicklung und Erziehung. Angewandte Entwicklungspsychologie für Pädagogen. Stuttgart: Klett

GLOGER-TIPPELT, G./GOMILLE, B./GRIMMIG, R. (1993): Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske und Budrich

HABICH, R./BERGER-SCHMITT, R. (1998): Familienbildung und Kinderwunsch in Deutschland. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

HÖHN, C. (1986): Einflussfaktoren des generativen Verhaltens. Zwischenbilanz zu den Gründen des Geburtenrückgangs. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 12(3), S. 309–323

HÖHN, C./ETTE, A./RUCKDESCHEL, K./GROTHE, F. (2006): Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

HÖHN, C./SCHUBNELL, H. (1986a): Bevölkerungspolitische Maßnahmen und ihre Wirksamkeit in ausgewählten europäischen Industrieländern. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 12(1), S. 3–51

HÖHN, C./SCHUBNELL, H. (1986b): Bevölkerungspolitische Maßnahmen und ihre Wirksamkeit in ausgewählten europäischen Industrieländern. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 12(2), S. 185–219

HUININK, J./BRÄHLER, E. (2000): Die Häufigkeit gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit. In: BRÄHLER, E./FELDER, H./STRAUSS, B. (Hrsg.): Fruchtbarkeitsstörungen (pp. 43–54). Göttingen: Hogrefe

KUPRAT, W./VOLMER, W. (1980): Pädagogisch-psychologische Perspektiven des Geburtenrückgangs. Essen: Universität Essen-GH, Fachbereich 2

MIDDENDORF, E. (2003): Kinder eingeplant? Lebensentwürfe Studierender und ihre Einstellung zum Studium mit Kind. Hannover: Hochschul-Informationssystem GmbH

NICHD-Studie (National Institute of Child Health and Human Develop-

ment): The NICHD Early Child Care Research Network: »Are There Long-Term Effects of Early Child Care?« In: Child Development, March/April 2007, Volume 78, Number 2, S. 681–701
<http://www.nichd.nih.gov/research/supported/seccyd.cfm>

ROLOFF, J./DORBRITZ, J. (Hrsg.) (1999a): Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre. Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozioökonomische Bedingungen. Opladen: Leske und Budrich

ROLOFF, J./DORBRITZ, J. (Eds.) (1999b): Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre. Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozioökonomische Bedingungen. Opladen: Leske und Budrich

SCHNEEWIND, K. A. (1995): Bewußte Kinderlosigkeit: Subjektive Begründungsfaktoren bei jungverheirateten Paaren. In: NAUCK, B./ONNEN-ISEMANN, C. (Hrsg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung (pp. 457–472). Neuwied: Luchterhand

SCHNEEWIND, K. A. (1998): Kinderwunsch und Konsequenzen der Elternschaft: eine fünfjährige Längsschnittstudie. In: HAHLWEG, K./BAUCOM, P. H./BASTINE, R./MARKMANN, H. J. I. (Hrsg.): Prävention von Trennung und Scheidung – Internationale Ansätze zur Prädiktion und Prävention von Beziehungsstörungen (pp. 105–198). Stuttgart: Kohlhammer

SCHNEEWIND, K. A./VASKOVICS, L. A. (1992): Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Stuttgart: Kohlhammer

SCHNEEWIND, K. A./VASKOVICS, L. A. (1994): Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Zweiter Projektbericht. Stuttgart u.a.: Kohlhammer

SCHNEEWIND, K./VASKOVICS, L. A./GOTZLER, P. (1996): Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Verbundstudie-Endbericht. Stuttgart: Kohlhammer

SCHNEEWIND, K. A./VON ROSENSTIEL, L. (Hrsg.) (1992): Wandel der Familie. Göttingen: Hogrefe

STÖBEL-RICHTER, Y./BRÄHLER, E. (2000): Persönliche Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch in Ost- und Westdeutschland – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In: BRÄHLER, E./FELDER, H./STRAUSS, B. (Hrsg.): Fruchtbarkeitsstörungen (pp. 72–87). Göttingen u.a.: Hogrefe

Prävention von Fertilitätsstörungen

Bernhard Strauß, Anke Matthes, Josephine Fügener

Dieser Beitrag behandelt Ursachen von Fertilitätsstörungen, Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung und legt den Schwerpunkt auf den Aspekt Prävention.

In jüngster Zeit wird mehr und mehr über den demografischen Wandel in Deutschland diskutiert, u.a. auch darüber, dass Deutschland eines der kinderärmsten Länder der Welt ist. Im europäischen Vergleich ist nach jüngsten Statistiken der Wunsch nach Kindern (mit aktuell durchschnittlich 1,8) in Deutschland am niedrigsten (BERLINER INSTITUT FÜR BEVÖLKERUNG UND ENTWICKLUNG 2007). Tatsächlich werden gemäß STATISTISCHEM BUNDESAMT nur 1,36 Kinder pro Frau geboren, nach einer korrigierten Berechnung des MAX-PLANCK-INSTITUTES FÜR DEMOGRAFISCHE FORSCHUNG sind es 1,6 Kinder. STÖBEL-RICHTER et al. (2008) berichten, dass in Deutschland sowohl die gewollte als auch die ungewollte Kinderlosigkeit ansteigen.

In der Debatte um die Kinderlosigkeit als gesellschaftlichem Phänomen rücken zunehmend auch Überlegungen zu präventiven Maßnahmen, speziell im Hinblick auf die ungewollte, durch Fertilitätsstörungen bedingte Kinderlosigkeit, in den Blickpunkt. Sicherlich können nicht isolierte Faktoren als Ursache für die Zunahme von Kinderlosigkeit, inklusive jene durch Infertilität und Sterilität bedingte, verantwortlich gemacht werden. Es lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur vornehmlich zwei Gruppen von Einflussfaktoren ausmachen, nämlich sozialpolitische und medizinische.

Sozialpolitische Einflüsse

Das durchschnittliche Alter, in dem Frauen das erste Mal ein Kind zur Welt bringen, verschiebt sich seit Jahren beständig nach oben. 2010 waren die Mütter in Westdeutschland beim ersten Kind durchschnittlich 29,2 Jahre und damit fünf Jahre älter als vor 40 Jahren. In den neuen Bundesländern nahm das Gebäralter beim ersten Kind seit der Vereinigung von

22,9 auf 27,4 Jahre, also um knapp fünf Jahre zu (STATISTISCHES BUNDESAMT 2012). Dabei werden immer mehr Kinder in Deutschland außerhalb von Ehen geboren. Bekanntlich können Faktoren, die eine Sterilität begünstigen, über einen längeren Zeitraum wirksam werden, dazu gehören insbesondere die demografischen und medizinischen Auswirkungen des späten Kinderwunsches, wie dies kürzlich von SCHMIDT et al. (2012) beschrieben wurde.

Die Gründe für die steigende Kinderlosigkeit sind vielschichtig: Bei 46% der Kinderlosen existierte nach einer Allensbach Befragung (2007) keine stabile Partnerschaft. Aber auch bei bestehender Beziehung wird der Kinderwunsch häufig aufgeschoben. Der Strukturwandel der Arbeitswelt mit Bildungsexpansion, Verbreitung der Frauenerwerbstätigkeit und Verschiebung zu hoch qualifizierten Berufen führte zu langen Ausbildungsphasen, spätem Berufseinstieg und später ökonomischer Selbstständigkeit und spielte damit eine entscheidende Rolle für den Aufschub der Reproduktion (BERTRAM et al. 2011). Besonders in Westdeutschland besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Kinderlosigkeit (Mikrozensus 2008), wobei die Arbeitsbedingungen entscheidend sind. Familie und Karriere lassen sich in Deutschland vergleichsweise schlecht miteinander vereinbaren. Frauen in Berufen mit hohen Anforderungen an Flexibilität und Mobilität haben besonders wenige Kinder (Kommission »Familie und demographischer Wandel«, ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 2005). In Ländern wie Schweden oder Frankreich ist es dagegen aufgrund von flächendeckend zur Verfügung stehenden Betreuungseinrichtungen für hoch gebildete Frauen sehr viel leichter, Kinder zu haben.

Trotz aller Hindernisse stellt eine Familiengründung in Deutschland nach wie vor ein bedeutsames Lebensziel dar.

Die realisierte Kinderzahl ist jedoch häufig geringer als die ideale (STÖBEL-RICHTER et al. 2008). Die »Value-of-children«-Theorie (HOFFMANN/HOFFMANN 1973) erklärt die niedrigen Geburtenzahlen in westlichen Industrienationen durch das Überwiegen des emotionalen Wertes (psychisches Wohlbefinden, Anerkennung) der Kinder für die Eltern, während in Entwicklungsländern dagegen der ökonomische Vorteil (Unterstützung im Alter, Arbeitskraft) im Vordergrund steht und Eltern an einer größeren Nachkommenschaft interessiert sein lässt (STÖBEL-RICHTER et al. 2001, 2005; TROMMSDORFF/NAUCK 2010). In einer jüngst durchgeführten repräsentativen Befragung von Personen aus der BRD bis zum Alter von 44 Jahren (STRAUSS et al., in Vorbereitung) erwiesen sich emotionale Motive für den Kinderwunsch eindeutig am wichtigsten, während es für deutsche Frauen und Männer potenziell ökonomischer ist, ohne Kinder durchs Leben zu kommen. 78% der kinderlosen Deutschen bringen Elternschaft mit materiellen Einbußen in Verbindung (INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2007). Der Deutschen Familienpolitik wird ein mangelndes Verständnis für Kinder bescheinigt (z.B. fehle qualitativ hochwertige Frühbetreuung). Nur 25% der Deutschen gegenüber 80% der Franzosen empfinden ihr Land als kinderfreundlich (FORSA 2005).

Medizinische Risikofaktoren für Fertilitätsstörungen und deren Prävention

Zu medizinischen Faktoren, die mit Fruchtbarkeitsstörungen in Zusammenhang stehen können, zählen diverse körperliche Erkrankungen (MAIER et al. 2006). Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität sind sexuell übertragbare Chlamydieninfektionen. Nach aktuellen Studien sind besonders sexuell aktive Frauen unter 25 Jahren gefährdet. Das ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) geht von jährlich 300 000 Neuerkrankungen aus (GILLE et al. 2011). Die Risiken für Reproduktion und Schwangerschaft beschreiben unter anderem PAAVOONEN und EGGERT-KRUSE (1999), MARDH (2002) sowie COPPUS et al. (2011). Eine frühzeitige Prävention der ungewollten Kinderlosigkeit sollte eine rechtzeitige Abklärung und Behandlung entzündlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter einschließen. STRAUSS und BEYER (2004) plädieren zudem für eine Prävention von Essstörungen bereits im Schulalter, da sowohl klinische und subklinische Formen von Magersucht und Bulimie sowie Adipositas mit Einschränkungen der Fertilität einhergehen können (beispielsweise erhöhtes Auftreten des polyzystischen Ovars bei Adipositas).

Bestimmte Formen der Lebensführung können ebenfalls eine spontane Konzeption erschweren. In Überblicksarbeiten von NOURI (2010), HOMAN et al. (2007), MENDIOLA et al. (2009) sowie ANDERSON et al. (2010a) wurden diverse Lebensstilfaktoren mit Einfluss auf die Fertilität (wie Rauchen, Adipositas, Koffein, Alkohol, zu viel körperliche Aktivität, Stress, Umweltverschmutzungen und oxidative Belastungen) beschrieben. HASSAN und KILLICK (2004) stellten in einer Untersuchung von über 2000 schwangeren Frauen (im durchschnittlichen Alter von 27,4 Jahren) fest, dass eine Kumulation negativer Lebensstilfaktoren (>15 Zigaretten/Tag, >20 Alkoholeinheiten/Woche, Tee-/Kaffeekonsum >6 Tassen/Tag, BMI >25, sozial deprivierte Paare) die Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft innerhalb von einem Jahr zu erreichen, reduzierte. Diese betrage ohne derartige Faktoren 83,3%, nehme mit Zunahme der Anzahl der ungünstigen

Lebensgewohnheiten ab und betrage bei vier der oben genannten Faktoren nur noch 38,4%. Toxine beim Rauchen wirken sich in allen Stadien der Reproduktion aus. Rauchen hat daher auch schädigenden Einfluss auf ART¹-Behandlungen (u.a. KLONOFF-COHEN 2005; GRUBER/KLEIN 2011). Zusammenfassend stellen Anderson et al. (2010) fest, dass unter den fertilitätsmindernden Lebensstilfaktoren speziell der negative Einfluss des Alters, von Übergewicht und Rauchens unumstritten ist. ANDERSON et al. (2010b) betonen allerdings in einem Cochrane Review², dass es noch keine randomisierten kontrollierten Studien gibt, welche die Effektivität präventiver Maßnahmen, etwa einer Lebensstilberatung, in der besagten Risikopopulation belegen würden.

Fertilitätsprotektion bei schwerwiegenden Erkrankungen

Anders als im Kontext von problematischem Gesundheitsverhalten, wo es bislang wenig konkrete Maßnahmen zur Fertilitätsprävention gibt, haben in jüngster Zeit Fragen um den Erhalt der Fruchtbarkeit bei jungen Krebspatientinnen und -patienten im Kontext einer besseren medizinischen Versorgung und steigender Überlebensraten zunehmende Aufmerksamkeit gefunden. Schätzungen des Robert-Koch-Instituts gehen 2010 von ca. 25 000 an Krebs erkrankten Männern und Frauen im jungen Erwachsenenalter aus. In dieser Lebensphase ist die Erfüllung des eigenen Kinderwunsches oftmals noch nicht realisiert bzw. abgeschlossen. Der Fertilitätserhalt ist für die Betroffenen deshalb ein zentrales Thema, zu dem sie allerdings Informations- und Wissensdefizite berichten (TSCHUDIN/BITZER 2009). Die Gonaden (Keimdrüsen) von Frauen und Männern werden während der onkologischen Behandlung am häufigsten durch toxische Chemotherapien beschädigt. Aber auch Strahlentherapie und Operationen können einen schädigenden Einfluss auf die Fertilität haben. Eine Übersicht zu diesem Thema findet man bei RICHTER et al. (2011). Eine Fertilitätsprotektion muss für jeden Betroffenen individuell an die spezielle Situation angepasst werden und erfordert daher eine enge Kooperation von Reproduktionsmedizin und Onkologie. Eine Planungshilfe für das Vorgehen bei dieser Entscheidung unter Berücksichtigung der relevanten Faktoren findet sich bei SONMEZER und OKTAY (2006) oder von WOLFF et al. (2007) 2006 wurde das Netzwerk FertiPROTEKT gegründet, das inzwischen auf den gesamten deutschsprachigen Raum ausgeweitet wurde. Es soll Frauen und Männern vor und nach einer Chemo- oder Strahlentherapie die Möglichkeit geben, sich nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen hinsichtlich ihrer Fruchtbarkeit beraten und gegebenenfalls auch Maßnahmen zum Schutz ihrer Fruchtbarkeit durchführen zu lassen. Die fertilitätsprotektiven Therapien sind zum Teil noch nicht standardisiert. Die beteiligten Zentren sind verpflichtet, sich an der wissenschaftlichen Evaluation zu beteiligen (VON WOLFF et al. 2012).

1 ART = Assistierte Reproduktionstechnik

2 systematische Übersichtsarbeit, in der die Wirksamkeit und Eignung medizinischer Behandlungsmethoden untersucht wird, d. Red.

Einstellung, Mythen, Wissen um Fertilität und Prävention

Bislang noch relativ ungeklärt sind gängige Einstellungen und Mythen zur Fertilität, insbesondere unter jungen Menschen, und die Frage, was bezüglich der fertilitätsmindernden Risikofaktoren in der Bevölkerung überhaupt bekannt und präsent ist. Vielen Menschen scheint beispielsweise nicht klar zu sein, dass sie Chancen, Kinder zu haben, vergeben, wenn sie den Kinderwunsch aufschieben. In neueren Studien (BUNTING/BOIVIN 2008; BRETHERICK et al. 2010), die das Wissen über den Einfluss bestimmter Lebensstilfaktoren (darunter das Alter) auf die Fertilität erfassten, wussten die Befragten wenig über spezifische Risiken. Bei BUNTING und BOIVIN (2008) glaubten die befragten Studentinnen fälschlicherweise an bestimmte Mythen und »pseudoprotektive Faktoren« (z.B. höherer Fruchtbarkeit beim Leben auf dem Land, erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Konzeption nach Adoption), was in einer analogen Befragung deutscher Studierender weitgehend bestätigt wurde. In einer aktuellen Repräsentativerhebung (STRAUSS et al., in Vorbereitung) zeigte sich, dass die befragten Personen sich wenig Gedanken um eine Beeinträchtigung ihrer Fruchtbarkeit machten, Lebensstile nicht ändern wollten, auch wenn diese als fertilitätsmindernd gesehen wurden. Risikoverhalten war deutlich mit einer Unterschätzung von Risikofaktoren assoziiert.

In den meisten Studien wird selbst der Risikofaktor Alter von den Befragten deutlich unterschätzt (BRETHERICK et al. 2010; TYDEN et al. 2006; LAMPIC et al. 2006; SKOOG et al. 2006). Die Chancen, durch assistierte Reproduktion schwanger zu werden, werden dagegen überschätzt (ADASHI et al. 2000; MAHESHWARI et al. 2008; INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2007). Ein nicht unerheblicher Teil von Paaren berichtete in Befragungen, trotz Kinderwunsches keinen Geschlechtsverkehr während des optimalen Konzeptionszeitpunktes zu haben (20% der Paare in der Befragung des INSTITUTS FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 2007; 50% der Paare in der Studie von POOK et al. 2000), was ebenfalls auf Wissensdefizite verweist.

Fazit

Die Diskussion um eine verbesserte Prävention von Störungen der Fertilität durch soziale, medizinische und psychologische Faktoren ist noch in einem Anfangsstadium, empirische Befunde zu den Faktoren, die fertilitätsrelevantes Gesundheitsverhalten beeinflussen, sind noch rar, zeigen aber deutlich, dass das Wissen um dieses Thema in der Bevölkerung sehr lückenhaft ist und eine spezifische gesundheitliche Aufklärung erfordern würde.



Prof. Dr. Bernhard Strauß ist Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Jena (UKJ).



Dipl.-Psych. Anke Matthes ist Psychologische Psychotherapeutin und ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts (jetzt Klinik für Psychiatrie des UKJ).



Cand. med. Josephine Fügener ist Doktorandin am Institut.

Kontakt:

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Dipl.-Psych.
Institute of Psychosocial Medicine and
Psychotherapy
University Hospital
Friedrich-Schiller-University Jena
Stoystraße 3
07740 Jena
Telefon (03641) 93 65 01 (93 67 00)
Telefax (03641) 93 65 46
bernhard.strauss@med.uni-jena.de
www.med.uni-jena.de/mpsy/

Literatur

- ADASHI, E. Y./COHEN, J./HAMBERFER, L./JONES, H. W./DE KRESTSER, D. M. JR./LUNENFELD, B./ROSENWAKS, A./VAN STERTEGHEM, A. (2000): Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *Hum Reprod* 2000;15: 330–334
- ANDERSON, K./NISENBLAT, V./NORMAN, R. (2010): Lifestyle factors in people seeking infertility treatment. A review: Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology; Volume 50, Issue 1, pages 8–20, February 2010
- ANDERSON, K./NORMAN, R. J./ MIDDLETON, P. (2010): Preconception lifestyle advice for people with subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4
- BERLIN-INSTITUT FÜR BEVÖLKERUNG UND ENTWICKLUNG (2007): Ungewollt kinderlos – Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?
- BERTRAM, H./BUJARD, M./RÖSLER, W. (2011): Rush-hour des Lebens: Geburtenaufschub, Einkommensverläufe und familienpolitische Perspektiven. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011; 8(2): 91–99
- BREITHERICK, K. L./FAIRBROTHER, N./AVILA, L./HARBORD, S. H. A./ROBINSON, W. P. (2010): Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know?. *Fertility and Sterility*. Vol. 93, No. 7, May 1, 2010
- BUNTING, L./BOIVIN, J. (2008): Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23, 1858–1864
- COPPUS, S. F. P. J./LAND, J. A./OPMEER, B. C./STEURES, P./EIJKEMANS, M. J. C./HOMPES, P. G. A./BOSSUYT, P. M. M./VAN DER VEEN, F./MOL, B. W. J./VAN DER STEEG, J. W. (2011): Chlamydia trachomatis IgG seropositivity is associated with lower natural conception rates in ovulatory subfertile women without visible tubal pathology. *Hum. Reprod.* (2011) 26 (11): 3061–3067
- FORSA (2005): Was brauchen junge Eltern – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung
- GILLE, G./HINZPETER, B./KLAPP, C./ LAYER, C. (2011): Der Kinderwunsch Jugendlicher zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Ärztliche Gespräche mit jungen Mädchen in Schulen. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011; 8 (2): 100–107
- GRUBER, I./KLEIN, M. (2011): Die Einflüsse des Tabakkonsums auf die weibliche Fertilität und auf eine ART-Behandlung. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011; 8 (5): 298–303
- HASSAN, M. A./KILLICK, S. R. (2004): Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility & Sterility* 2004; 81: 384–392
- HOFMANN, L./HOFFMANN, M. (1973): The value of children to parents. In: Fawcett, J. T. (Ed.): *Psychological perspectives on population*. New York: Basic Books. 1973: 19–76
- HOMAN, G. F./DAVIES, M./NORMAN, R. (2009): Couples perception regarding how lifestyle might affect fertility: results of a pilot study. *australian journal of advanced nursing*. August 2009, Volume 26 Number 4.
- HOMAN, G. F./DAVIES, M./NORMAN, R. (2007): The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum. Reprod. Update* (2007) 13 (3): 209–223
- INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2007): Allensbacher Bericht 11/2007 Unfreiwillige Kinderlosigkeit <http://www.ifd-allensbach.de/>
- KLONOFF-COHEN, H. (2005): Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update*, Vol. 11, No. 2 pp. 180–204
- LAMPIC, C./SVANBERG, A. S./KARLSTROM, P./TYDEN, T. (2006): Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 2006; 21: 558–564
- MAHESHWARI, A./PORTER, M./SHETTY, A./BHATTACHARYA, S. (2008): Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertil Steril* 2008; 90: 1036–1042
- MAIER, D. B./COVINGTON, S. H./MAIER, L. U. (2006): Patients with medically complicating conditions. In: COVINGTON, S. H./BURNS, L. H. (Eds.): *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2 ed., pp. 237–257). Cambridge London New York: Cambridge University Press.
- MARDH, P. A. (2002): Influence of infection with Chlamydia trachomatis on pregnancy outcome, infant health and life-long sequelae in infected offspring. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16: 847–864
- MENDIOLA, J./TORRES-CANTERO, A. M./AGARWAL, A. (2009): Lifestyle factors and male infertility: an evidence-based review. *Arch Med Sci* 2009; 5, 1A: S3–S12
- MILLS, M./RINDFUSS, R. R./MCDONALD, P./TE VELDE, E. (2011): Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum. Reprod. Update* 2011; Vol. 17 (6): 848–860
- NOURI, K. (2010): Lifestyle und Reproduktion. *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 2010; 28 (2): 15–18
- PAAVONEN, J./EGGERT-KRUSE, W. (1999): Chlamydia trachomatis: An impact on human reproduction. *Hum. Reprod. Update* 1999; 5: 433–447
- POOK, M./TUSCHEN-CAFFIER B./KRAUSE et al. (2000): Psychische Gesundheit und Partnerschaftsqualität idiopathischer infertiler Paare. In: BRÄHLER, E./FELDER, H./STRAUSS, B. (Hrsg.): *Fruchtbarkeitsstörungen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 17: 262–271
- RICHTER, D./GEUE, K./MATTHES, A./BERBERICH, H. J./ALEXANDER, H./STRAUSS, B./BRÄHLER, E. (2010): Fertilität und Krebs – Skizzierung des Problemfeldes. *Psychother Psych Med* 2010
- RITZINGER, P./DUDENHAUSEN, J. W./HOLZGREVE, W. (2011): Späte Mutterschaft und deren Risiken. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011; 8 (2): 112–122
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.) (2005): *Starke Familie. Bericht der Kommission »Familie und demographischer Wandel« im Auftrag der Robert Bosch Stiftung* (BIEDENKOPF, K./BERTRAM, H./KÄSMANN, M./KIRCHHOF, P./NIEJAHR, E./SINN, H.-W./WILLEKENS, F.). Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (2010): *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends*. 7. Ausgabe. Berlin
- SCHMIDT, L./SOBOTKA, T./BENTZEN, J. G./ANDERSEN, A. (2012): Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, Vol. 18, No. 1 pp. 29–43
- SKOOG SVANBERG, A./LAMPIC, C./KARLSTROM, P. O./TYDEN, T. (2006): Attitudes toward parenthood and awareness of fertility among postgraduate students in Sweden. *Gend Med* 2006; 3: 187–195
- SONMEZER, M./OKTAY, K. (2006): Fertility preservation in young women undergoing breast cancer therapy. *Oncologist* 2006; 11: 422–434
- STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2012): *Geburten in Deutschland*. Wiesbaden
- STÖBEL-RICHTER, Y./BRÄHLER, E./SCHUMACHER, J. (2001): Pro und Contra eigenes Kind – Kinderwunschmotive in Ost- und Westdeutschland 1996 und 1999 im Vergleich. *Reproduktionsmedizin* 2001; 17: 103–107
- STÖBEL-RICHTER, Y./BEUTEL, M. E./FINCK, C./BRÄHLER, E. (2005): The »wish to have a child«, childlessness and infertility in Germany. *Human Reproduction* 2005; Vol. 20, No. 10: 2850–2857
- STÖBEL-RICHTER, Y./BRÄHLER, E. (2005): Einstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und weiblicher Berufstätigkeit und Schwangerschaftsabbruch in den alten und neuen Bundesländern. *Zeitschr Gynäkol Frauenheilk* 2005; 65: 256–265
- STÖBEL-RICHTER, Y./WEIDNER, K./FÖRSTER, P./BRÄHLER, E./BERTH, H. (2008): Familiengründung in Deutschland. Wie geplant sind Kinderwunsch, Schwangerschaft und Kinderlosigkeit? *Gynäkologische Endokrinologie* 2008; 6 (3), 177–184
- STRAUSS, B./BEYER, K. (2004): Ungewollte Kinderlosigkeit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 20, April 2004
- TROMMSDORFF, G./NAUCK, B. (2010): Introduction to special section for *Journal of Cross-Cultural Psychology: Value of children: A concept for better understanding cross-cultural variations in fertility behavior and intergenerational relationships*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41, 637–651
- TSCHUDIN, S./BITZER, J. (2009): Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Human Reproduction Update*, Vol. 15, No. 5 pp. 587–597
- TYDEN, T./SVANBERG, A. S./KARLSTROM, P. O./LIHOFF, L./ LAMPIC, C. (2006): Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11: 181–189
- VON WOLFF, M./STROWITZKI, T. (2007): Fertilitätserhalt bei onkologischen Patientinnen und Patienten. *Gynäkologe* 2007; 10: 798–806
- VON WOLFF, M./MONTAG, M./DITTRICH, R./DENSCHLAG, D./NAWROTH, F./LAWRENZ, B. (2011): Fertility preservation in women – a practical guide to preservation techniques and therapeutic strategies in breast cancer, Hodgkin's lymphoma and borderline ovarian tumours by the fertility preservation network FertiPROTEKT. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Aug; 284 (2): 427–35

Erfolgsraten und Qualitätskontrollen in der Reproduktionsmedizin

Klaus Bühler, Thilo Schill, Friedrich Gagsteiger

Welche Chancen hat ein Paar in Deutschland, mithilfe der modernen Reproduktionsmedizin schwanger zu werden? Die Autoren erläutern Behandlungsmethoden und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Es muss davon ausgegangen werden, dass jedes sechste bis siebte Paar in Deutschland Schwierigkeiten hat, einen Kinderwunsch zu realisieren, wenn es vom Lebenslauf und der Familienplanung her erwünscht ist. Sicher empfinden wir dieses Problem heute drängender, bei unserer zunehmend älter werdenden Gesellschaft und den seit Jahren rückläufigen Geburtenzahlen. Die Tatsache, dass Paare dann nicht schwanger werden, wenn gewünscht, ist allerdings keine aktuelle Erscheinung. Es hat dieses Problem schon seit Menschengedenken gegeben. Ein Blick in unser Buch der Bücher zeigt, dass alle drei biblischen Urväter, Abraham, Isaak und Jakob mit ihren jeweiligen Frauen vor diesem Problem standen.

Heute jedoch wollen immer mehr Paare ihre Familienplanung erst spät realisieren; »Frauen mit spätem Kinderwunsch« werden immer häufiger. Betrug 1980 das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes noch 25,2 Jahre bzw. 21,6 Jahre in den alten und neuen Bundesländern, so lag es 2009 für ganz Deutschland bei 30 Jahren.¹ Je höher der Bildungsstand, umso länger wird gewartet: Bei Akademikerinnen dauert es im Schnitt nochmals vier Jahre länger, bis sie ihr erstes Kind bekommen. Je später die Familienplanung angegangen wird, desto häufiger können problematische Situationen entstehen, können Erkrankungen bei Frau und Mann eintreten, die die natürliche Konzeption behindern oder gar unmöglich machen. Dies

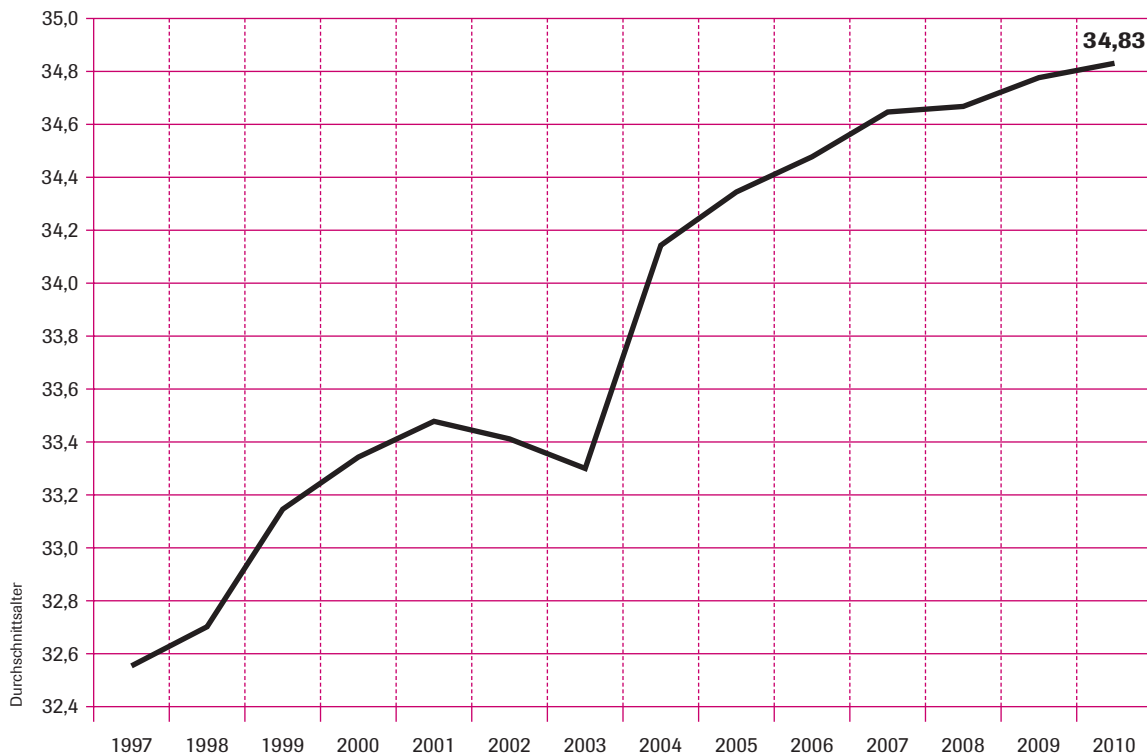
können entzündliche Veränderungen an Eileitern und der Gebärmutter sein, aber auch fortschreitende hormonelle Störungen, die sich dann besonders in einer Eizellreifungsstörung zeigen. Es darf andererseits nicht vergessen werden, dass bei 40% der Paare die Ursache der Sterilität beim Mann liegt. Bei Männern ist im Allgemeinen die Spermienproduktion ein Leben lang erhalten. Trotzdem sinkt auch bei normaler Spermienfunktionalität und Quantität die Fruchtbarkeit des Mannes mit zunehmendem Alter. So finden sich bei 50-Jährigen häufiger Spermienstörungen als bei jüngeren Männern. Die durchschnittliche Spermienqualität ist wie folgt: 2 bis 6 ml pro Samenerguss, circa 60 Millionen Spermien pro Milliliter, circa 50% der Spermien bewegen sich fortschreitend und mehr als 5% aller Spermien sind von normaler Form. Leider sind Behandlungen bei Störungen der Spermienbildung und Spermienfunktion nur bei einem sehr geringen Anteil der Patienten möglich. Für mehr als 90% der Männer gibt es keine Therapiemöglichkeit.

Bei der Betrachtung und Bewertung der Chancen, mit Unterstützung durch eine notwendig gewordene medizinische Behandlung schwanger zu werden, muss immer die natürliche Fruchtbarkeitsrate des Menschen als Maßstab herangezogen werden. Bei regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr, insbesondere auch an den wichtigen Tagen, tritt pro Zyklus bei 27% bis 30% der Frauen eine Schwangerschaft ein. Dies ist die »Messlatte«, die an die medizinischen Behandlungen gelegt werden muss. Kommt es zur Schwangerschaft, dann tritt diese in den meisten Fällen innerhalb der ersten drei Zyklen ein. Ist nach 12 Zyklen keine Schwangerschaft eingetreten, so sind die Chancen auf einen spontanen Eintritt einer Schwangerschaft schon erheblich reduziert.

¹ s. Statistisches Bundesamt – Mikrozensus, verschiedene Jahrgänge, Wiesbaden 2008, abbVII4

Abb. 1

Anstieg des Durchschnittsalters der mit extrakorporaler Befruchtung behandelten Frauen (in Jahren) von 1997 bis 2010 (n = 609 049)



Extrakorporale Befruchtung²

Das Alter der mit Befruchtung außerhalb des Körpers behandelten Frauen hat nach den Aufzeichnungen des Deutschen IVF-Registers (DIR) zwischen 1997 bis 2010 von 32,56 Jahren auf 34,83 Jahre zugenommen (siehe Abb. 1). Dies heißt, mehr als 60% aller Frauen sind inzwischen 35 Jahre und älter. Im gleichen Zeitraum stieg das Alter der Männer von 35,16 auf 38,12 Jahre. Die Betrachtung des Alters der Frau ist hinsichtlich der Chancen einer Behandlung mit IVF³ oder ICSI⁴ von großer Bedeutung. Wir sehen an den Ergebnissen des DIR durch alle Jahre hindurch, dass nach dem 33. Lebensjahr die Schwangerschaftschancen sinken. So beträgt für beide Behandlungen zusammen die Schwangerschaftsrate der Frauen bis zum Alter von 33 Jahren in den letzten drei Berichtsjahren 36,3%, ab dem Alter von 34 Jahren 24,9%. Wie sehr die Schwangerschaftsraten vom Alter abhängen, geht aus den Abbildungen 2 und 3 hervor. Erschreckend ist in diesem Zusammenhang, dass in der Altersklasse 39 Jahre mit Abstand am häufigsten Behandlungszyklen durchgeführt werden. Die Zahl liegt um fast 25% höher als in der Altersklasse 38 Jahre, der Gruppe mit der zweithäufigsten Zahl an durchgeführten Behandlungen. Kämen alle diese Frauen früher zu einer adäquaten Behandlung, hätten sie, unabhängig von dem Grund der Fruchtbarkeitseinschränkung, deutlich mehr Chancen. Leider warten viele Paare viel zu lang, bevor sie sich in ein Zentrum für Kinderwunschbehandlung begeben. Ist die Frau schon 35 Jahre und älter, ist es nicht ratsam, die sonst empfohlene Zeit von ein oder zwei Jahren abzuwarten. Wenn es nach drei bis höchstens sechs Monaten mit gezieltem Verkehr nicht zur Schwangerschaft gekommen ist, sollte unbe-

dingt ein reproduktionsmedizinisches Zentrum aufgesucht werden. Hierüber muss deutlich mehr öffentliche Aufklärung erfolgen. Wie aus einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach hervorgeht, schätzen große Teile der Bevölkerung die altersbedingte Abnahme der Fertilität falsch ein. Mehr als 50% der Befragten erliegen dem Irrglauben, dass es erst ab dem Alter von 40 Jahren schwieriger sei, schwanger zu werden.⁵

Neben dem Alter der Patientin ist auch die individuelle Reaktion der Eierstöcke von Bedeutung. Ist diese nämlich adäquat, so ergeben sich über alle Jahrgänge gemittelt 2009 Schwangerschaftsraten von 37,5% für die IVF-Behandlung und von 36,2% für ICSI pro Embryotransfer.⁶ Dies führt dann zu einer Geburtenrate von 24,3% bzw. 24,0%.⁷

Häufig wird angeführt, dass nach drei Behandlungszyklen ohne Eintritt einer Schwangerschaft, die Chancen, durch eine weitere Behandlung doch noch schwanger zu werden, rapide abgesunken seien. Dies stimmt nicht! Im Jahrbuch 2008 ist an mehr als einer halben Million Behandlungszyklen aus den Jahren 1998 bis 2007 für alle Behandlungen mit extrakor-

2 Befruchtung außerhalb des Körpers

3 In-vitro-Fertilisation = Reagenzglasbefruchtung

4 intracytoplasmatische Spermieninjektion = Direkteinspritzung einer Samenzelle in die Eizelle

5 INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH, IfD-Archiv 2007, 10005

6 s. Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers 2009, www.deutsches-IVF-Register.de

7 s. Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers 2010; auf der Homepage des Deutschen IVF-Registers können alle seit 1996 veröffentlichten Jahrbücher eingesehen werden.

Abb. 2

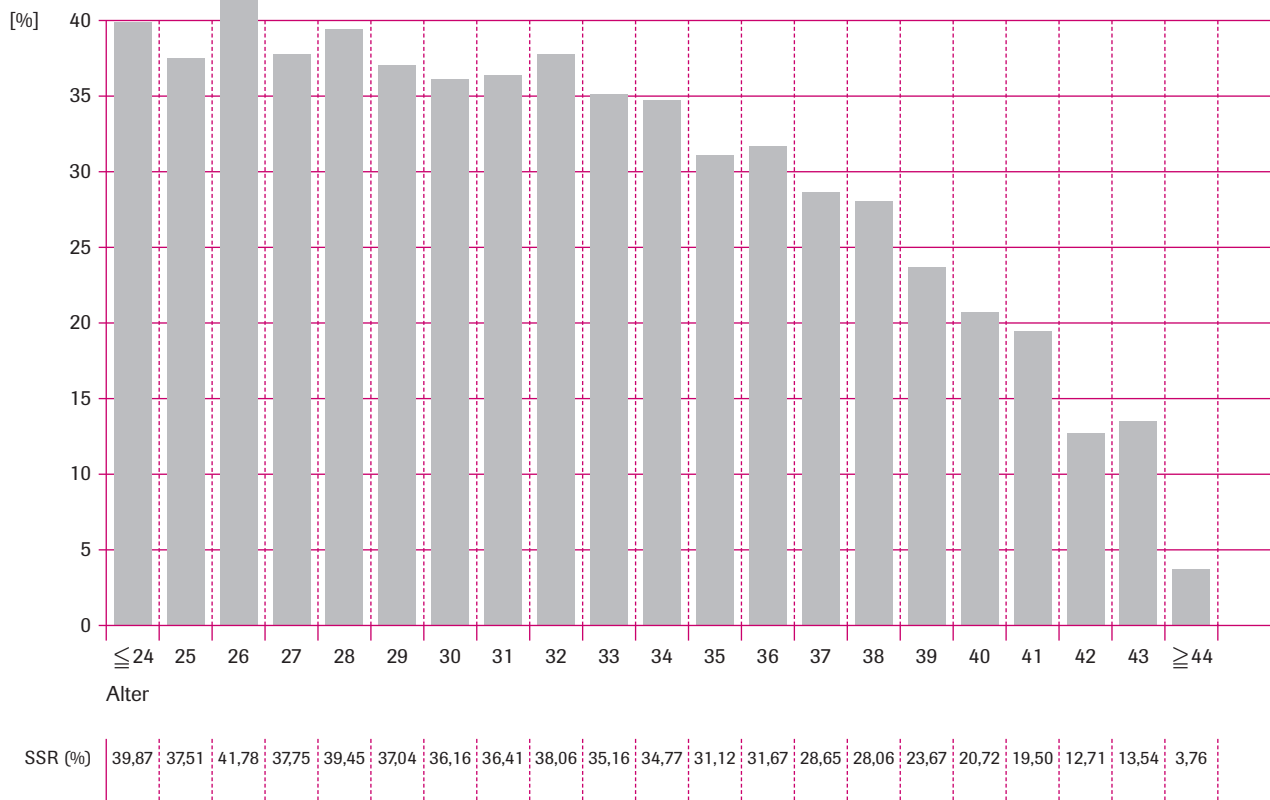
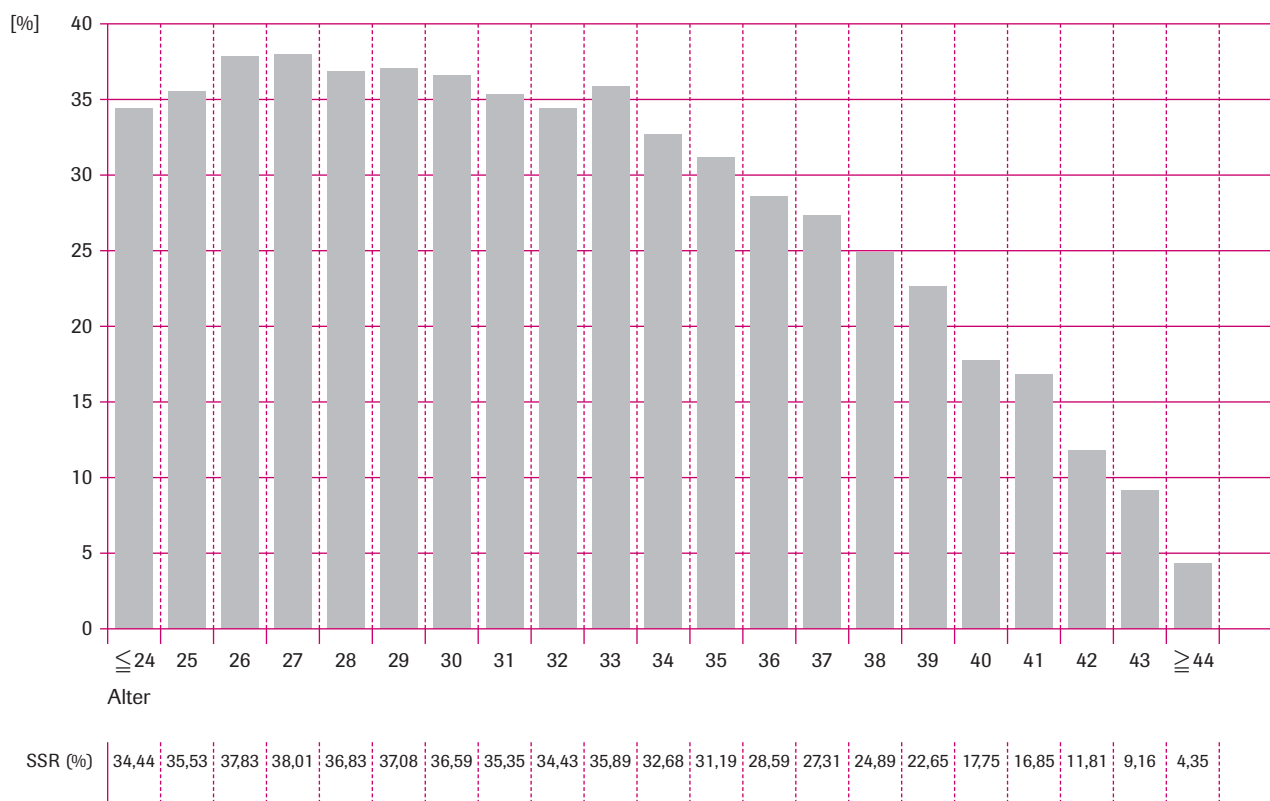
Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer in Abhängigkeit des Alters bei der IVF Behandlung, 2008–2010 (n Transfer = 26 663)


Abb. 3

Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer in Abhängigkeit des Alters bei der ICSI Behandlung, 2008–2010 (n Transfer = 87 702)


poraler Fertilisation dargestellt, dass selbst noch im zehnten Behandlungszyklus eine Schwangerschaftsrate von mehr als 20% pro Ovarpunktion erreicht wird. Dies ist nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes für den Bereich der privaten Krankenversicherung mehr als ausreichend, damit die privaten Versicherungen die Kosten erstatten. Allerdings, wie aus Abbildung 4 hervorgeht, ist auch hier wieder eine deutliche Abhängigkeit vom Alter festzuhalten. Frauen bis zum Alter von einschließlich 39 Jahren weisen auch noch im sechsten Behandlungszyklus eine Schwangerschaftsrate pro Ovarpunktion von mehr als 20% auf, das heißt pro Embryotransfer sind es noch einige Prozentpunkte mehr.

Die natürliche Fehlgeburtenrate wird mit ca. 15% aller spontan eingetretenen Schwangerschaften geschätzt. Über alle Jahrgänge gemittelt ergab sich aus den Zahlen des Deutschen IVF-Registers in den Jahren 2008 bis 2010 bei 41 313 dokumentierten Schwangerschaften eine Fehlgeburtenrate von 19,6%. Aber auch hier ist, wie Abbildung 5 zu entnehmen ist, wiederum das Alter der Frauen von großer Bedeutung. Liegt diese Rate bei den Frauen bis zum vollendeten 34. Lebensjahr zwischen 15% und 16%, so steigt sie dann stetig bis über 40% bei den über 45-jährigen Frauen.

Es zeigt sich, dass die individuellen Chancen eines Paares, durch medizinische Behandlungen zur Schwangerschaft und zum Kind zu kommen, sehr vom Alter der Frau beeinflusst werden. Etwa nach dem 33. Lebensjahr sinken die Aussichten kontinuierlich ab, unabhängig davon, welche Krankheit letztlich für die Einschränkung der Fruchtbarkeit des Paares verantwortlich gemacht werden kann. Deshalb ist es sehr wichtig, dass sich die Paare rechtzeitig in einem Zentrum für Fortpflanzungsmedizin vorstellen. Geschieht dies nach jahrelangem, vergeblichem Bemühen erst kurz vor Ende des vierten Lebensjahrzehnts, hat das Paar schon viele Chancen vertan.

Allerdings wird das Ergebnis auch durch den individuellen Lebensstil beeinflusst. Hier sind unbedingt Übergewicht und Nikotin- sowie regelmäßiger Alkoholkonsum zu nennen. Rauchen beide Partner, so liegt die Schwangerschaftsrate um fast 50% niedriger als bei Nichtrauchern. Starkes Übergewicht, insbesondere der Frau, senkt die Schwangerschaftsrate, erhöht die Fehlgeburtenrate, und die geborenen Kinder haben meist viel schlechtere Startchancen ins Leben.⁸ Die Paare haben es selbst in der Hand, mit einer gesunden Lebensweise die Ergebnisse ihrer Sterilitätsbehandlung zu verbessern.

Inseminationsbehandlung

Bei der Insemination⁹ wird die Samenflüssigkeit aufbereitet und konzentriert. Im Anschluss wird dieses kleine Flüssigkeitsvolumen mit einem Katheter durch den Gebärmutterhals in die Gebärmutterhöhle an die Eileiter und somit nahe an die Eizelle verbracht. Diese Behandlung wird durchgeführt bei leichter Einschränkung der Samenfunktionalität, bestimmten Fällen von Endometriose und der idiopathischen, das heißt nicht erklärbaren Sterilität. Im Gegensatz zur IVF Therapie gibt es in Deutschland hierfür kein Register. Die Häufigkeit dieser Behandlung sowie ihre Ergebnisse werden nicht zentral erfasst. Seit mehreren Jahren gibt es aber den Arbeitskreis für konservative Fertilitätstherapie, der sich mit der Datenansammlung von Inseminations-Behandlungszyklen sowie den Ergebnissen bei der rein medikamentösen Behandlung mit nachfolgendem Verkehr im Rahmen der Sterilität beschäftigt. Insgesamt sind über die letzten 15 Jahre 173 347 Zyklen zusammengetragen worden,

davon 124 669 Inseminationszyklen. Die Anzahl der hier zusammengetragenen Zyklen entspricht ungefähr 50% der in Deutschland insgesamt durchgeführten Behandlungszyklen. Das durchschnittliche Lebensalter der Frau liegt in der Gruppe der IUI-Behandlung bei 34, in der Gruppe der Hormonbehandlung bei 32 Jahren.

In Abbildung 6 sind die Schwangerschaftsraten bei Insemination und bei Zyklusüberwachung und zeitgerechtem Geschlechtsverkehr dargestellt. Die Schwangerschaftsraten sind in beiden Gruppen sehr ähnlich. Ebenfalls ist hier noch einmal grafisch deutlich zu sehen, wie die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, mit steigendem Lebensalter abnimmt. Auch wenn der Erfolg bei einer Inseminationstherapie geringer ist als bei IVF oder ICSI, so kann dadurch in den genannten Fällen, insbesondere bei jüngeren Frauen, die viel stärker belastende Behandlung mittels Befruchtung außerhalb des Körpers vermieden werden.

Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin

Mit der Gründung des Deutschen IVF-Registers 1982 durch die Ärzteschaft selbst, lange bevor es rechtliche oder standesrechtliche Regelungen gab, wurde schon ein effektives Qualitätssicherungsinstrument etabliert. Im Laufe der Jahre folgten dann gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien.

Embryonenschutzgesetz (Strafgesetz)

Das 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz (ESchG) bietet den in Deutschland in der Reproduktionsmedizin tätigen Ärzten/Ärztinnen und Biologen/Biologinnen den gesetzlichen Rahmen, in dem sie arbeiten dürfen. Ziel des Gesetzes ist der Schutz des Embryos und Festlegung der Rahmenbedingungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.

Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion

Die vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer verabschiedete (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Novelle 2006) regelt im Wesentlichen neben den Begriffsbestimmungen auch die medizinischen Voraussetzungen, die allgemeinen Zulassungsbedingungen, die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen, die Voraussetzungen für spezielle Methoden und vor allem auch die Qualitätssicherung.

Es wird dort festgelegt, dass die Ärztekammern »zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung« gemeinsam ein Dokumentationszentrum führen sollen. Das Deutsche IVF-Register wird beauftragt, jährlich einen Bericht über die Arbeit der einzelnen IVF-Zentren zu erstellen und den zuständigen Landesärztekammern zukommen zu lassen. Die erhobenen Daten werden regelmäßig so ausgewertet, dass den Zentren die individuelle Beurteilung ihrer Tätigkeit ermöglicht wird.

8 s. Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers 2007

9 üblicherweise genannt: IUI = intra-uterine Insemination

Abb. 4

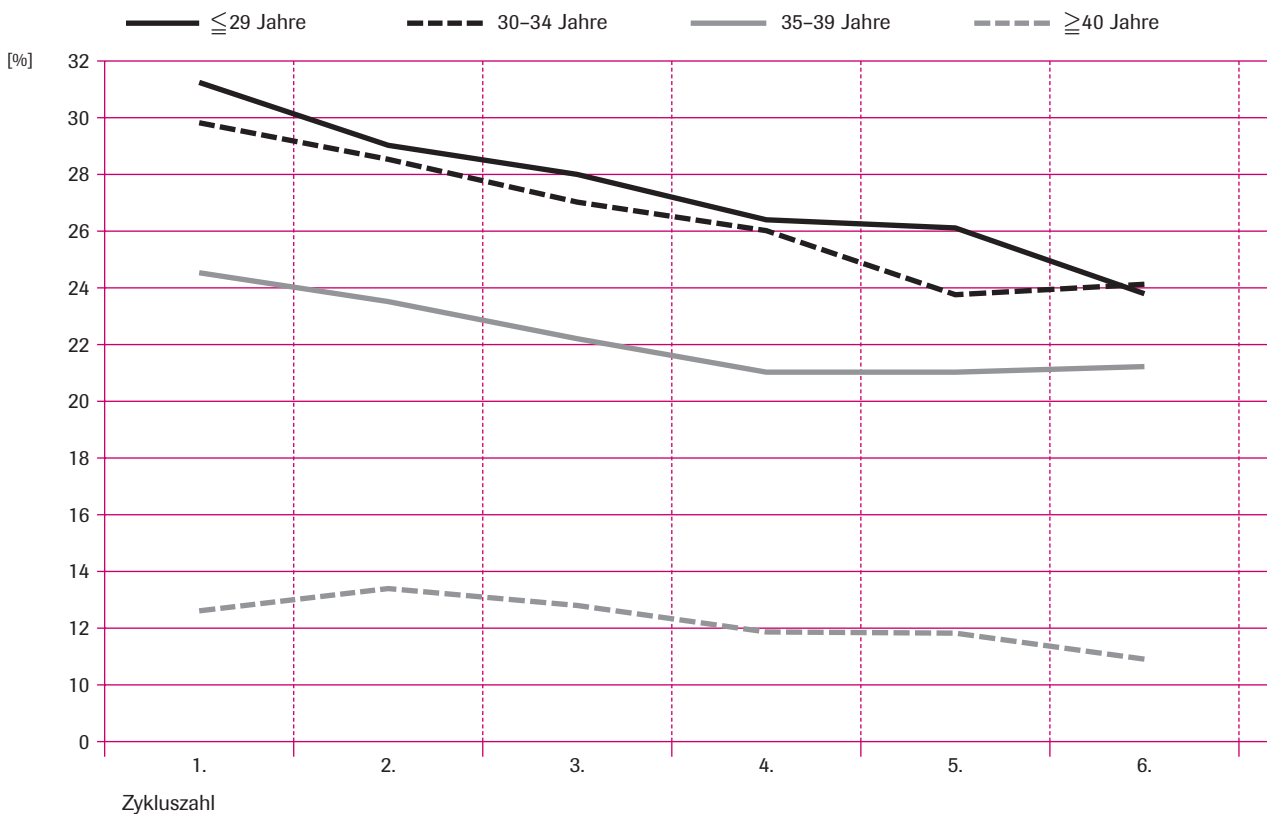
**Schwangerschaftsrate pro Ovarpunkt in Abhängigkeit von der Zykluszahl und des Alters
(modifiziert nach Jahrbuch 2009, a.a.O.)**


Abb. 5

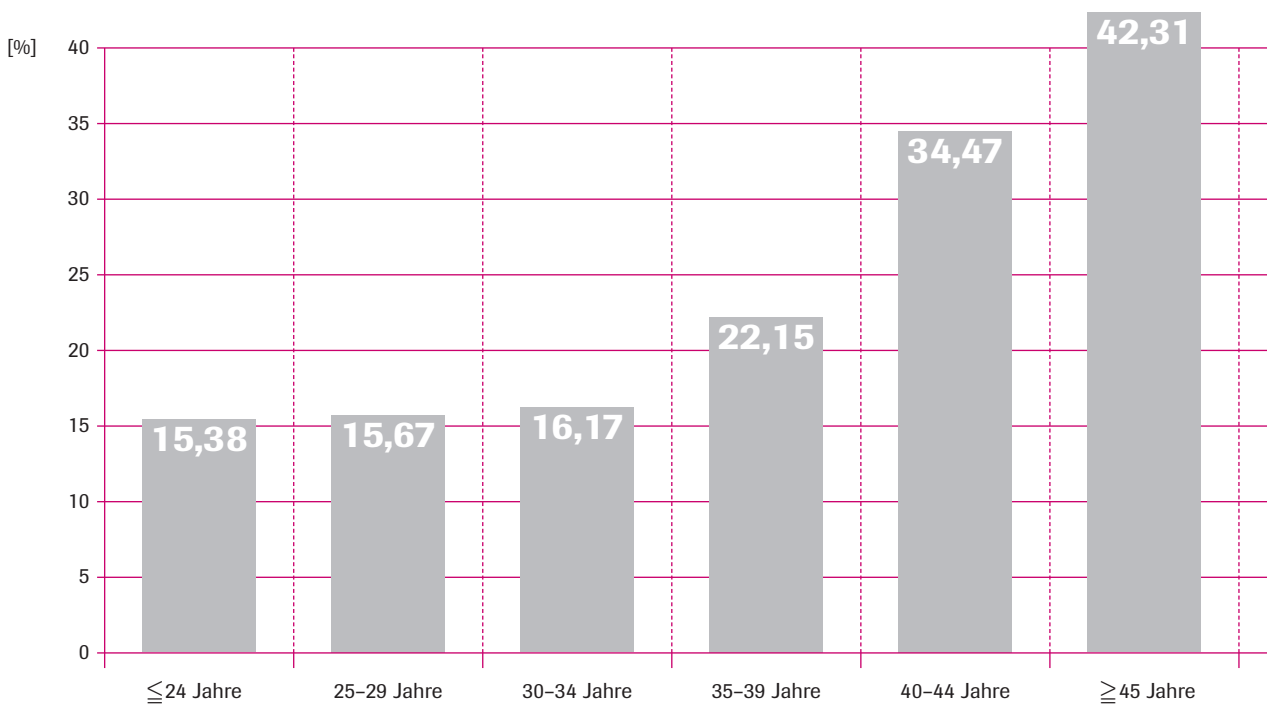
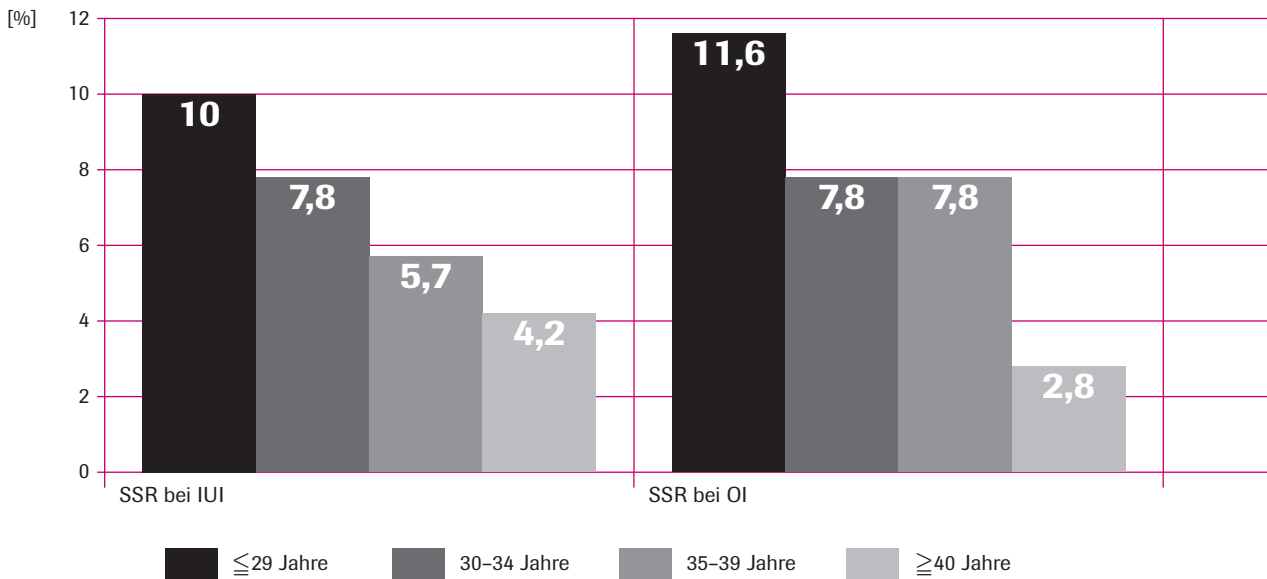
Fehlgeburtenrate nach extrakorporaler Befruchtung, nach Altersgruppen


Abb. 6

Schwangerschaftsraten bei Insemination (IUI) und bei Zyklusüberwachung und zeitgerechtem Geschlechtsverkehr (OI=Ovulationsinduktion), ggf. nach hormoneller Unterstützung der Eizellreifung


Gewebegesetz

Die Qualitäts- und Sicherheitsstandards beim Umgang mit Keimzellen (Ei und Samenzellen), Vorkernen und Embryonen sind seit dem 1. August 2007 durch das »Gewebe-gesetz«¹⁰ gesetzlich geregelt. Das Gesetz dient der Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.

Das Gewebegesetz stellt die Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Entnahme und Übertragung von Geweben und Zellen zur Abwehr von Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit sicher (wie z.B. die Gefahr der Verwechslung oder die Gefahr der Übertragung von Krankheiten). Mit der Umsetzung in allen EU-Ländern wird für den Bereich der Gewebeprodukte ein EU-weit einheitlicher Qualitäts- und Sicherheitsstandard geschaffen. Insbesondere für Deutschland wird vorgeschrieben, dass jedes Zentrum jährlich dem Paul-Ehrlich-Institut, einer Unterbehörde des Bundesgesundheitsministeriums, melden muss, wie mit den gewonnenen Eizellen bzw. mit den für eine Behandlung bestimmten Samenproben umgegangen wurde. Auch ist festgelegt, dass jedes reproduktionsmedizinische Zentrum ein Qualitätsmanagementsystem einführen und seine Mitarbeiter entsprechend qualifizieren muss.

Qualitätsmanagementsystem

Qualitätssicherung ist die Darlegung der Schritte und Verfahren, mit denen eine erforderliche Versorgungsqualität erreicht werden kann. Alle Beteiligten einschließlich der Patientinnen und Patienten können zur Qualitätssicherung beitragen. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements, das Verantwortung, Zielsetzung und Tätigkeiten zusammenführt. Qualitätsmanagement ist ein gültiger Oberbegriff der Bemühungen und Leistungen für eine konti-

nuierliche Verbesserung der Qualität. Alle deutschen IVF-Zentren haben ein solches Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Die meisten haben sich dieses nach der Zertifizierungsnorm ISO 9001 von einem unabhängigen Institut bestätigen lassen. Einige Zentren haben sich auch einer Akkreditierung nach ISO 15189 unterzogen, womit sogar ein weltweit einheitlicher Standard für die Laborpraxis etabliert wird.

Betrachtet man sich nun die in den letzten 15 Jahren in Deutschland erzielten Ergebnisse, so kann festgehalten werden, dass sich diese jederzeit mit denen der europäischen Nachbarländer vergleichen lassen. Auch wenn es in bestimmten Konstellationen Einschränkungen durch die strikte deutsche Rechtsprechung gibt, so lohnt in den allermeisten Fällen eine teure Reise ins Ausland nicht – dies gilt insbesondere für Paare mit spätem Kinderwunsch.

¹⁰ Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen



Dr. med. Klaus Bühler ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und besitzt die fakultative Weiterbildung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Er ist Vorsitzender des Deutschen IVF-Registers e.V. (DIR)



Dr. med. Thilo Schill ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und besitzt die fakultative Weiterbildung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Er ist Vorsitzender des Arbeitskreises Konservative Fertilität (AKF) und Master im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.



Dr. med. Friedrich Gagsteiger ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und besitzt die fakultative Weiterbildung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sowie für Ärztliches Qualitätsmanagement.

Kontakt:

*Dr. med. Klaus Bühler und
Dr. med. Friedrich Gagsteiger
Kinderwunsch-Zentrum
Ulm und Stuttgart
Einsteinstraße 59
89077 Ulm
buehler.kf@t-online.de
www.kidz-ulm.de*

*Dr. med. Thilo Schill
Kinderwunschzentrum Hannover-
Langenhagen und Wolfsburg
Zertifiziertes Endometriosezentrum
Ostpassage 9
30853 Langenhagen
Sauerbruchstraße 7
(Klinikum Wolfsburg)
38440 Wolfsburg
www.kinderwunsch-langenhagen.de
www.kinderwunsch-wolfsburg.de*

Kinderwunsch und professionelle Beratung

Tewes Wischmann

»Es sollte ein niedrigschwelliges psychosoziales Beratungsangebot vor, während und nach allen Maßnahmen der assistierten Reproduktion (und auch unabhängig davon) für alle Paare und Individuen mit Kinderwunsch zuverlässig vorhanden sein.« Von der Notwendigkeit und den Grundlagen psychosozialer Kinderwunschberatung handelt dieser Beitrag.

Einleitung

Wie viele Paare von unerfülltem Kinderwunsch aktuell in Deutschland betroffen sind, ist schwer einzuschätzen; man geht von 0,5 bis 1,4 Millionen Paaren aus, also 3 bis 9% aller Paare mit Kinderwunsch. Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz¹ tritt einjähriges Warten auf eine Schwangerschaft bei jeder dritten bis vierten Frau auf, wobei sich diese Frauen deswegen nicht unbedingt als ungewollt kinderlos empfinden müssen. Präzisere Zahlenangaben zur Prävalenz ungewollter Kinderlosigkeit sind zurzeit nicht möglich, zum einen, da häufig eine gewollte Kinderlosigkeit in ungewollte Kinderlosigkeit übergeht, und zum anderen, da unklar ist, wie Paare gewertet werden sollen, bei denen der Partner mit Kinderwunsch auf den anderen Partner wartet, der (noch) keinen Kinderwunsch hat. Es ist davon auszugehen, dass ungewollte Kinderlosigkeit in Deutschland weiter zunehmen wird. Dafür ist in erster Linie das immer weiter steigende Durchschnittsalter der erstgebärenden Frauen ursächlich: Dieses liegt in Deutschland inzwischen bei über 30 Jahren, während es vor 30 Jahren in der BRD noch bei 25 Jahren (in der DDR bei 22 Jahren) lag. Weiterhin mehren sich auch Risikofaktoren für ungewollte Kinderlosigkeit, wozu in erster Linie zunehmende Chlamydieninfektionen und Übergewicht bei jungen Mädchen zählen sowie in geringerem Ausmaß die Zunahme von Hodenkreiserkrankungen bei den Männern (zur Übersicht: REVERMANN/HÜSING 2011). Da es keine kurzfristigen Effekte fertilitätsbezogener Interventionen gibt – insbesondere nicht bei präventiven Maßnahmen –, ist die Etablierung von Maßnahmen zur Unterstützung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch oder gar zum Fertilitätserhalt politisch eher unattraktiv.²

Fakten zur assistierten Reproduktion

Die Anzahl der Maßnahmen der assistierten Reproduktion (ART) hat in den letzten Jahren rasant zugenommen: Im Jahr 2010 wurden ca. 76 000 Behandlungszyklen ART durchgeführt. Den bisherigen Höhepunkt bildete das Jahr 2003 mit über 105 000 ART-Zyklen, was mit großer Wahrscheinlichkeit auf Reaktionen etlicher Reproduktionsmediziner und betroffener Paare auf das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz (und damit einen Rückgang der Kassenleistungen) zurückzuführen sein dürfte. Die Abnahme der Geburtenzahl nach assistierter Reproduktion infolge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, die mit bis zu 14 000 Kindern veranschlagt wurde, dürfte um etliche Tausend zu hoch geschätzt worden sein. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die hohe finanzielle Eigenbeteiligung der Paare eine unzumutbare Härte darstellt (WISCHMANN 2012b). Zu überlegen ist, ob sich – analog zum österreichischen Modell – neben den Krankenkassen und den betroffenen Paaren selbst nicht auch der Staat aus Verantwortung gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern an der Finanzierung der Kinderwunschbehandlung beteiligen sollte.

Zu den strittigen Zahlen der ART zählen die Schwangerschafts- bzw. Geburtenraten: Über alle Behandlungsverfahren

- 1 Auftretenshäufigkeit während der gesamten Lebensspanne
- 2 Mit Inkrafttreten der Richtlinien des Bundesfamilienministeriums stellt der Bund seit 1. April 2012 finanzielle Mittel zur Unterstützung ungewollter kinderloser Paare bei Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen zur Verfügung. Näheres zur Ausgestaltung des Bundesförderprogramms s.a. den Beitrag von Bundesfamilienministerin KRISTINA SCHRÖDER in diesem Heft (d. Red.).

(also IVF³, ICSI⁴, IVF/ICSI und Kryotransfers⁵) lag die Lebendgeburtenrate pro durchgeführtem Zyklus 2009 bei 15,4% (wie auch 2005 schon) und nur etwa ein halbes Prozent über den Zahlen 1994 bis 2004. Allerdings ist bis 2009 innerhalb von zehn Jahren das mittlere Alter der Frau zu Behandlungsbeginn um zwei Jahre auf 34,8 Jahre gestiegen (WISCHMANN 2012c). Diese Zahlenangaben zugrunde gelegt bleiben also nach drei abgeschlossenen Behandlungszyklen durchschnittlich über 50% der Paare kinderlos (nach vier Zyklen sind es immerhin noch 40%). Diesen nicht sehr hohen Erfolgsraten stehen auch einige Risiken entgegen: Das Risiko für chromosomale Anomalien für Kinder nach IVF bzw. ICSI ist im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern erhöht, zudem ist nach assistierter Reproduktion bei jeder 12. Schwangerschaft mit einer schweren Fehlbildung zu rechnen (nach einer Spontankonzeption bei jeder 15. Schwangerschaft). Inwieweit diese Risiken technikabhängig sind, also auf die reproduktionsmedizinischen Verfahren an sich zurückzuführen sind, oder von den Paaren in assistierter Reproduktion und deren Risikofaktoren herrühren, ist noch nicht endgültig geklärt (zur Übersicht: KENTENICH et al. 2012).

Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen

Der negative Einfluss von Stress auf die Fruchtbarkeit wird im Allgemeinen deutlich überschätzt. Seitens der psychosomatischen Theorie wurden verschiedene Modelle zur Verbindung von psychischem Stress und dem reproduktiven System entwickelt, sogenannte zyklische Modelle. Diese Modelle beeindrucken allerdings nur durch ihre (scheinbare) Plausibilität. Inzwischen ist es klar, dass der Zusammenhang zwischen Stress und Fruchtbarkeit nicht linear ist und auch durch andere Variablen moderiert wird. Zudem berücksichtigen die traditionellen Stressmodelle mit ihrer individuellen Natur den dyadischen Kontext von Infertilität⁶ nicht ausreichend (zur Übersicht: WISCHMANN 2012c). Auch die im Zusammenhang mit der Psychogenese von Fertilitätsstörungen häufig berichtete »Tatsache«, dass Paare nach Aufgeben des Kinderwunsches (z.B. im Adoptionsprozess) spontan schwanger werden, hält wissenschaftlicher Überprüfung keineswegs stand. Die wenigen (3–4%, max. 10%) nach Adoption schwanger gewordenen Frauen erreichen viel mehr Aufmerksamkeit und sind in den Medien weitaus präsenter als die über 90% »erfolglosen« Frauen. »Psychogene Infertilität« gehört also den Mythen an, ähnlich wie die Vermutung, dass ein sehr intensiver Kinderwunsch dessen Realisierung verhindert.⁷

Während die psychischen Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch häufig überschätzt werden, werden die Auswirkungen sowohl des unerfüllten Kinderwunsches als auch der reproduktionsmedizinischen Behandlung immer noch unterschätzt. Von der Auswirkung her ist diese Krise für viele Frauen (und auch Männer) zum Teil gleichzusetzen mit der

einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Verlust eines nahen Angehörigen. Der psychische Stress in der Wartezeit nach erfolgreichem Embryotransfer ist für viele Frauen noch belastender als alle medizinischen Maßnahmen der IVF-Behandlung (einschließlich der Bauchspiegelung). Hauptsächlich darauf ist wohl zurückzuführen, dass etwa die Hälfte der Paare trotz Misserfolgs nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch nimmt (auch wenn die Versicherungen die Behandlung vollständig erstatten).

Familiäre Entwicklungen mit bzw. ohne Kind nach ART

Als Hauptergebnis von sorgfältigen und umfassenden Langzeituntersuchungen ist festzustellen, dass sich keine gravierenden Auffälligkeiten in der sozialen und psychischen Entwicklung der Einlinge nach ART zeigen. Die Paarbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung nach ART sind gegenüber spontan empfangenen Kindern zumindest für die Gruppe der vier- bis achtjährigen Kinder sogar eher positiv zu beurteilen. Als Risikogruppe, auch aus psychologischer Sicht, sind Familien mit (höhergradigen) Mehrlingen nach ART zu sehen. Neben den erheblichen medizinischen Risiken – wie erhöhte Morbidität und Mortalität der Kinder –, ist an psychosozialen Risiken eindeutig nachgewiesen, dass es zu erheblichen Verhaltens- und Sprachstörungen der Kinder in ihrer Entwicklung kommt, dass Mehrlingsmütter ein signifikant höheres Risiko haben, an Depressionen zu erkranken, und dass sich Mehrlingseltern signifikant häufiger trennen als Einlingseltern.

Bezüglich der kinderlos gebliebenen Paare weisen alle Studien übereinstimmend darauf hin, dass es in der Lebensqualität und in der Lebenssituation zwischen ihnen und Eltern- (bzw. gewollt kinderlos gebliebenen) Paaren nur geringe Unterschiede gibt. Prognostisch günstig ist es, wenn das Paar (und dabei insbesondere die Frau) die Situation der Kinderlosigkeit akzeptieren und positiv neu bewerten kann, beide Partner aktiv nach Alternativen suchen und sich insbesondere sozial nicht isolieren. Die meisten Paare berichten, dass die Bewältigung der Krise der ungewollten Kinderlosigkeit mittel- und langfristig zu einer Stärkung ihrer Partnerschaft geführt habe.

Grundlagen psychosozialer Kinderwunschberatung

Nach WISCHMANN (2012c) basiert psychosoziale Kinderwunschberatung auf folgenden Grundpfeilern:

- Normalisierung, Entpathologisierung und Externalisierung
- Flexibilisierung (Paarkommunikation, »Fahrpläne«)
- maximale Aktivierung der Gestaltungsmöglichkeiten
- Allparteilichkeit und Ergebnisoffenheit im Sinne des Paar- und Kindeswohls
- Entscheidungen auf der Basis bester Informiertheit und im Sinne möglichst hoher Authentizität.

Mit Normalisierung und Entpathologisierung ist gemeint, dass dem (bzw. den) Klienten sofort verdeutlicht wird, dass die empfundenen Gefühle wie beispielsweise Ohnmacht, Neid auf Schwangere oder Schuldgefühle wegen der eigenen medizinischen Infertilitäts-Diagnose in dieser Situation vollkommen nachvollziehbar und normal sind. Externalisie-

3 In-vitro-Fertilisation (»klassische« Retortenbefruchtung)

4 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (Mikroinjektion einer einzelnen Samenzelle)

5 Rückführung aufgetauter, zuvor eingefrorener (befruchteter) Eizellen

6 Eine Fruchtbarkeitsstörung ist nur in der Zusammenschau von zwei Partnern ersichtlich.

7 Zu den Mythen rund um Fertilität s.a. den Beitrag von B. STRAUSS, A. MATTHES und J. FÜGENER in diesem Heft, d. Red.

zung bedeutet dabei, von der subjektiven Sicht »Ich bin infertil« umzuschalten hin zu der Einstellung »Ich habe ein stark eingeschränktes Spermogramm«. »Sich schuldig zu fühlen« ist nicht automatisch gleichzusetzen mit »schuldig zu sein«. Die Beratung sollte weiterhin flexibilisieren, also insbesondere die Paarkommunikation »lebendig« erhalten, auch wenn das Thema der ungewollten Kinderlosigkeit längst »ausgereizt« erscheinen mag. Dabei gilt es auch, in der Paarkommunikation sowohl der Ambivalenz im Kinderwunsch Ausdruck zu verleihen als auch dem Leben »außerhalb« des unerfüllten Kinderwunsches entsprechenden Raum zu gewähren (WISCHMANN/STAMMER 2010). In einer Situation wie die einer reproduktionsmedizinischen Behandlung, in der die Einflussmöglichkeiten des Paares minimal erscheinen, und auch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen nur zur Optimierung der Voraussetzungen für den Eintritt einer Schwangerschaft beitragen können, erscheint es umso wichtiger, die Gestaltungsmöglichkeiten des betroffenen Kinderwunschpaares zu maximieren. Ein wichtiger Aspekt der Kinderwunschberatung ist es auch, die Akzeptanz eines Lebens ohne leibliche Kinder zu fördern und die Möglichkeit einer erfolglosen Therapie von Anfang an in den Beratungsprozess einzubeziehen. Zudem sollte man die Paare bei der Findung alternativer Perspektiven unterstützen. Auch wenn es vielen Paaren erfahrungsgemäß schwerfällt, sollte dieser »Plan B« bereits vor bzw. schon zu Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung erarbeitet werden. Der Erfolg dieser Behandlung hängt nicht davon ab, in welchem Maße das Paar an ihn »glaubt« (im Sinne des positiven Denkens). Der Vorteil einer möglichst frühzeitigen Erstellung des Plan B kann dem Paar in der Beratung wie folgt vermittelt werden: Sollte es nach einer womöglich jahrelang andauernden, aber dennoch erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlung auf diesen Plan B zurückgreifen müssen, läge er in der Schublade schon bereit. Und wenn die Kinderwunschbehandlung doch erfolgreich sein sollte, könne er eben in der Schublade verbleiben.

Die Beratung sollte allparteilich und ergebnisoffen im Sinne des Paar- und Kindeswohls geschehen, also nicht von vorneherein pro bzw. contra eines speziellen Therapieverfahrens. Dazu gehört, dass die Entscheidungen auf der Basis bester Informiertheit getroffen werden können. Diese Basis zu ermöglichen, ist eine zentrale Aufgabe der psychosozialen Kinderwunschberatung. Aktuelle und seriöse Informationsmöglichkeiten zu allen therapeutischen Aspekten bei Fertilitätsstörungen stehen inzwischen in ausreichendem Umfang zur Verfügung, seien es Ratgeberbücher, oder sei es im Internet. Das Entscheiden im Sinne möglichst hoher Authentizität bezieht sich insbesondere auf eine Behandlung mittels Gametenspende⁸, und hierbei auf die Frage der Anonymität bzw. Identifizierbarkeit des Spenders oder der Spenderin. Für die Aufklärung des Kindes zu einem späteren Zeitpunkt kann es sehr bedeutsam sein, diesem zu vermitteln, dass einem zur damaligen Zeit nichts anderes möglich war als beispielsweise eine anonyme Gametenspende, aus Gründen der Legalität⁹ oder auch aus emotionaler Überforderung (WISCHMANN 2012a).

Ziele und Ablauf psychosozialer Kinderwunschberatung

Die primären Ziele einer psychosozialen Kinderwunschberatung aus der Sicht von STAMMER et al. (2004) sind:

- bessere Bewältigung der Kinderlosigkeit ermöglichen
- Entscheidungshilfen bezüglich medizinischer Therapieschritte bieten
- potenziell auftretende (Paar-)Konflikte vermindern
- Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärzten und mit Anderen verbessern
- Akzeptanz bei erfolgloser medizinischer Therapie fördern
- Unterstützung bei der Findung alternativer Perspektiven geben

Um diese Ziele zu erreichen, sollte die Paarberatung im Gesprächsablauf transparent sein, entstigmatisieren und die Ressourcen des Paares aktivieren. Beratungsfokus sollte es sein, den Paaren bei der Bewältigung dieser Krise zu helfen, aber auch bestimmte, die Fertilität schädigende Verhaltensweisen aufzuzeigen. Die während der medizinischen Diagnostik bzw. Therapie regelhaft auftretenden emotionalen Krisen (»Achterbahn der Gefühle«: Das bangende Hoffen nach dem Embryotransfer wechselt abrupt in verzweifelte Enttäuschung bei negativem Schwangerschaftstest bzw. Eintreten der Regelblutung) und die potenziell bei vielen Paaren auftretenden sexuellen Funktionsstörungen gilt es in der Beratung zu antizipieren, aktiv anzusprechen und zu akzeptieren, was in der Regel zur Entlastung des Paares führt. Das häufig unterschiedliche emotionale Erleben der ungewollten Kinderlosigkeit bei beiden Partnern ist zu berücksichtigen, und bei einseitigen Schuldzuweisungen gilt es, eine verstehende und ergebnisoffene Haltung vonseiten der Beratenden zu wahren. Letztlich sollte durch die Kinderwunschberatung dem Paar ermöglicht werden, sich vom »Traum vom eigenen Kind« zumindest zeitweise zu verabschieden und das Leben »außerhalb des Kinderwunsches« wiederzuentdecken und zu revitalisieren.

Die Effekte von Kinderwunschberatung und -psychotherapie sind inzwischen sorgfältig untersucht worden. Ein niedrigschwelliges Angebot (zwei bis fünf Beratungsstunden) reduziert die emotionale Belastung bei der Mehrzahl der Frauen bereits deutlich. Bei den Männern ist dieser Effekt nicht so deutlich ausgeprägt, da sie sich durchschnittlich gering belastet durch den unerfüllten Kinderwunsch zeigen und deshalb eine starke Reduktion der Belastung nicht zu erwarten ist. In einer seriösen Kinderwunschberatung wird eine Erhöhung der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nicht als vorrangiges Beratungsziel propagiert werden.

In der Beratung von Paaren mit Migrationshintergrund sind folgende Besonderheiten zu beachten: Die Auswirkungen der Infertilität auf das Paar und insbesondere auf die Frau können teilweise noch gravierender sein (z.B. aufgrund traditionellen Rollenverständnisses oder aufgrund des psychologischen Drucks der Familie des Mannes bezüglich einer baldigen Schwangerschaft). Das Wissen um Sexualität und Fruchtbarkeit ist bei diesen Paaren oft minimal und teilweise sogar falsch, was auch das Verständnis geplanter Verfahren der assistierten Reproduktion erschweren kann, auch wenn das sprachliche Verständnis gewährleistet sein sollte. In der Arzt-Patientin- bzw. Berater-Patientin-Beziehung können bestimmte Themen aufgrund des unterschiedlichen Geschlechts tabuisiert sein. Medizinische Optionen wie beispielsweise eine Spendersamenbehandlung, aber auch die

8 Spenden einer menschlichen Keimzelle, also Samen- oder Eizellspende (Letztere ist in Deutschland verboten)

9 In einigen Ländern ist ausschließlich nur eine anonyme Gametenspende erlaubt.

Samengewinnung durch Masturbation, sind aus religiösen und/oder kulturellen Gründen nicht gestattet und kommen daher nicht in Betracht. Neben schulmedizinischen Maßnahmen werden häufig auch naturheilkundlich arbeitende Fachkräfte, aber auch Geistheiler im Heimatland (bzw. Land der Eltern) in Anspruch genommen.

Es sollte ein niedrigschwelliges (fakultatives, flächendeckendes und kostenfreies) psychosoziales Beratungsangebot vor, während und nach allen Maßnahmen der assistierten Reproduktion (und auch unabhängig davon) für alle Paare und Individuen mit Kinderwunsch zuverlässig vorhanden sein. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass auch der ungewollt kinderlose Mann als Adressat der Beratung angesprochen wird. Da in der Regel bereits wenige Beratungsgespräche emotional entlastend wirken, und auch nur ein kleiner Teil der Betroffenen auf diese Unterstützung zugreifen wird, ist der finanzielle Aufwand für ein solches psychosoziales Beratungsangebot überschaubar. Richtlinien zur psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland, BKiD) sind in KLEINSCHMIDT et al. (2008) wiedergegeben. Aufgrund der Besonderheiten bei Behandlungen mit Gametenspende spricht sich BKiD für eine verbindlichere Form der Beratung aus, mit Dokumentationspflicht hinsichtlich Teilnahme an der Beratung bzw. deren Ablehnung. Diese Leitlinien zur Beratung bei Gametenspende sind in THORN und WISCHMANN (2008) erschienen.

Zusammenfassung für die Beratungspraxis

- Psychologische Auswirkungen der Fertilitätsstörung und der ART bei jeder diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindung erneut berücksichtigen.
- Unbedingt realistische, auf das jeweilige Paar zugeschnittene Erfolgchancen der ART benennen lassen.
- Von Behandlungsbeginn an den »Plan B« (Perspektiven bei Erfolglosigkeit der ART) mit dem Paar thematisieren.
- Eine pauschale Psychologisierung der Unfruchtbarkeit vermeiden und entsprechend aufklären (Mythos »psychische Blockade«), da kontraproduktiv und die Arzt-Patientin-Beziehung schädigend.
- Die Sexualanamnese sorgfältig und taktvoll (»diskret und konkret«) durchführen, da das Wissen um die und das Nutzen der »fruchtbaren Tage« oft eingeschränkt sind.
- Emotionale Krisen und sexuelle Probleme beim Paar akzeptieren, antizipieren und aktiv ansprechen, da dieses meistens zur Entlastung des Paares führt.
- Bei Misserfolg und insbesondere bei Fehlgeburten zu Behandlungspausen raten, um Zeit für Trauerarbeit zu geben und andere Lebensziele wieder in den Vordergrund kommen zu lassen.
- Informationsmöglichkeiten nicht nur zu medizinischen, sondern auch zu psychologischen Aspekten von Fertilitätsstörungen benennen (Kinderwunschratgeber, Broschüren der BZgA).
- Auf psychosoziale Beratungsmöglichkeiten aufmerksam machen (z.B. Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland, s. www.bkid.de).
- Die Leitlinien »Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen« beachten und umsetzen (s. www.leitlinien.net).



PD Dr. sc. hum. Tewes Wischmann ist Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker am Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg. Er war Leiter der »Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde« und betreut seit 1999 die psychotherapeutischen Ambulanzangebote. Er ist Gründungs- und Vorstandsmitglied des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID).

Kontakt:

Institut für Medizinische Psychologie
im Zentrum für Psychosoziale Medizin
des Universitätsklinikums Heidelberg
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg
Telefon (06221) 56 81 37
Tewes.Wischmann@med.uni-heidelberg.de
www.kinderwunschberatung.uni-hd.de

Literatur

- KENTENICH, H./WISCHMANN, T./STÖBEL-RICHTER, Y. (2012): Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext – 1. Revision (in Vorbereitung)
- KLEINSCHMIDT, D./THORN, P./WISCHMANN, T. (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das BKiD-Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- REVERMANN, C./HÜSING, B. (2011): Fortpflanzungsmedizin. Berlin: edition sigma
- STAMMER, H./WISCHMANN, T./VERRES, R. (2004): Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Göttingen: Hogrefe
- THORN, P./WISCHMANN, T. (2008): Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J Reproduktionsmed Endokrinol 3: 147–152
- WISCHMANN, T./STAMMER, H. (2010): Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Stuttgart: Kohlhammer (4. Auflage)
- WISCHMANN, T. (2012a): Psychosoziale Beratung bei Wunsch nach Gametenspende. In: DORN, A./KIMMICH-LAUX, D./RICHTER-APPELT, H./RAUCHFUSS, M. (Hrsg.): Die Psyche im Spiegel der Hormone. Beiträge der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2011. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, S. 229–238
- WISCHMANN, T. (2012b): Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen: Ihre Relevanz für die Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen. In: RAUPRICH, O./VOLLMANN, J. (Hrsg.): Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen. Münster: Lit-Verlag, S. 21–35
- WISCHMANN, T. (2012c): Einführung Reproduktionsmedizin. Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte. PsychoMed compact, Reinhardt UTB

Zum Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit

Kerstin Brusdeylins

Das Frankfurter Forschungsprojekt »Kinderwunsch« fragt nach Bewältigungsformen bei ungewollter Kinderlosigkeit und untersucht unter anderem den Einfluss von Religiosität und Spiritualität.

Die Erfahrung der ungewollten Kinderlosigkeit ist mit schmerzhaften Gefühlen verbunden. Ein heiß ersehnter Lebenswunsch geht nicht in Erfüllung. Das erwünschte, aber lange Zeit ausbleibende Ereignis führt zu einem ständigen Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung, verbunden mit negativen Emotionen bis hin zu Ratlosigkeit und Verzweiflung. Zwar sind betroffene Paare psychopathologisch nicht auffälliger als andere Paare (STRAUSS/BEYER 2004; STRAUSS/BRÄHLER/KENTENICH 2004; BRÄHLER/FELDER/STRAUSS 2000), dennoch sind aus gesundheitspsychologischer Sicht (s.a. BRUSDEYLINS 2007) vielfach persönliche Probleme im Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit zu beobachten.

In unserem Forschungsprojekt Kinderwunsch der Goethe-Universität Frankfurt, das sich über mehrere Studien erstreckt, beschäftigen wir uns mit der Frage, welche Faktoren das Wohlbefinden bei ungewollter Kinderlosigkeit beeinträchtigen oder stärken. Dabei untersuchen wir die Bedeutung von Hartnäckigkeit und Flexibilität gegenüber Lebenszielen, die infrage gestellt sind. Wir untersuchen ebenso die Bedeutung von religiösen Bewältigungsformen bei ungewollter Kinderlosigkeit (s.a. PREISER/BRUSDEYLINS 2003; PREISER/AUTH/BUTTKEWITZ 2005; BRUSDEYLINS 2008). Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Fragebogenerhebung an 60 Befragten mit ungewollter Kinderlosigkeit vorgestellt.

Theoretischer Hintergrund

In unserem Forschungsprojekt orientieren wir uns an der Definition von Subfertilität¹ und Infertilität in Abhängigkeit von der Prävalenz nach GNOTH et al. (2004), die von einer

Unterscheidung in steril/nicht steril absehen. Danach sind Paare nach sechs erfolglosen Zyklen leicht subfertil (ca. 20% der Paare), nach 12 erfolglosen Zyklen erheblich subfertil (ca. 10% der Paare) und nach 48 erfolglosen Zyklen definitiv infertil (ca. 5% der Paare).

BRANDTSTÄDTER (2007) beschreibt zwei Bewältigungsformen, die zum Tragen kommen, wenn bedeutsame Wünsche und Lebensrealität auseinanderklaffen. Die Bewältigungsform hartnäckige Zielverfolgung (Tenazität) ist unter anderem verbunden mit vermehrter Anstrengung, das gewünschte Ziel doch noch zu erreichen. In der Bewältigungsform flexible Zielanpassung schwächt man zum Beispiel kognitiv in seiner subjektiven Vorstellung die Bedeutung des Ziels ab, um alternative Ziele anstreben zu können.

Unter Bewältigung (Coping) werden alle Bemühungen verstanden, eine Belastung zu verändern, zu mildern oder zu beenden (LAZARUS 1999). In den Arbeiten von MURKEN et al. (2011) wird Religiosität als emotional erlebte Gottesbeziehung verstanden. Religiosität knüpft an die Bedeutsamkeit befriedigender Beziehungserfahrung an. Religiöses Coping umfasst positives religiöses Coping und negatives religiöses Coping. Dabei wird »positiv« und »negativ« als kurze Bezeichnung für förderliche und hinderliche psychosoziale Anpassung an die Umwelt benutzt. Positives religiöses Coping bedeutet beispielsweise, dass sich ein Mensch in Belastungssituationen in seinem Glauben sicher fühlt und durch seinen Glauben Kräfte aktiviert. Negatives religiöses

¹ Subfertilität ist die eingeschränkte Zeugungs- bzw. Empfängnisfähigkeit bei Männern und Frauen

Tab. 1

Stichprobencharakterisierung

Merkmal	Stichprobe	Religiöse Teilstichprobe
	<i>Primäre Subfertilität oder Infertilität, n=60</i>	<i>n=40</i>
	<i>% (Anzahl der Teilnehmenden)</i>	<i>% (Anzahl der Teilnehmenden)</i>
<i>Geschlecht</i>		
Frauen	78,3 (47)	72,5 (29)
Männer	21,7 (13)	27,5 (11)
<i>Bildungsstand</i>		
Hauptschule	1,7 (1)	2,5 (1)
Realschule	13,3 (8)	15,0 (6)
Abitur/Fachabitur	30,0 (18)	32,5 (13)
Universität/Fachhochschule	55,0 (33)	50,0 (20)
<i>Familienstand</i>		
ledig	5,0 (3)	5,0 (2)
verheiratet	80,0 (48)	77,5 (31)
in Lebensgemeinschaft	15,0 (9)	17,5 (7)

Coping bedeutet dagegen, dass ein Mensch eine Belastungssituation möglicherweise als Strafe Gottes deutet und sich fragt, warum Gott ihm das zumutet.

Eine Errungenschaft in der Erfassung von Religiosität ist die Erkenntnis, dass nicht die Intensität des Glaubens (oder sogar die Anzahl der Gottesdienstbesuche), sondern die verschiedenen Funktionen des Glaubens im Zusammenhang mit Bewältigung relevant sind (vgl. KLEIN/LEHR 2011).

Diese Formen der Bewältigung werden in unserem Forschungsprojekt als grundlegende und langfristig wirkende Bewältigungsstile verstanden. Im Vergleich dazu verstehen wir unter Bewältigungsstrategien all die Bemühungen, die mittelfristig erlernt werden können, wie Entspannungstechniken oder systematische Problemlösestrategien.

Fragestellung

Unterscheiden sich Frauen und Männer bezüglich der Einschränkung des Wohlbefindens durch die ungewollte Kinderlosigkeit?

Gibt es zwischen flexibler Zielanpassung und hartnäckiger Zielverfolgung auf der einen Seite und der Einschränkung des Wohlbefindens durch die ungewollte Kinderlosigkeit auf der anderen Seite einen Zusammenhang?

Gibt es zwischen religiösem Coping und der Einschränkung des Wohlbefindens durch die ungewollte Kinderlosigkeit einen Zusammenhang?

Beschreibung der Stichprobe

Die Ergebnisse, die wir vorstellen, beziehen sich auf die Befragung von Männern und Frauen, die – noch – keine leiblichen Kinder haben und mindestens 12 erfolglose Zyklenangaben (primäre Infertilität oder primäre Subfertilität).

60 Personen nahmen an der Fragebogenerhebung teil. Davon waren 78,3% (47) Frauen und 21,7% (13) Männer. Das Alter der Befragten lag zwischen 27 bis 50 Jahren (Mittelwert

35). Der Kinderwunsch bestand für eine Zeitdauer zwischen 15 und 240 Monaten (Mittelwert 62 Monate). In der Fragebogenerhebung wurde nicht explizit nach reproduktionsmedizinischer Erfahrung gefragt. Über die geführten Interviews war erkennbar, dass ein Teil der an der Befragung Teilnehmenden Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen hat.

Im Fragebogen hatten die Befragten die Möglichkeit, sich christlich, jüdisch, muslimisch, spirituell oder nicht religiös/nicht spirituell zuzuordnen. In der religiösen Teilstichprobe befanden sich 39 christliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer und ein »spiritueller« Teilnehmer.

Die religiöse Teilstichprobe hatte 72,5% (29) Frauen und 27,5% (11) Männer. Das Alter lag hier zwischen 28 und 46 Jahren (Mittelwert 35 Jahre).

Die Dauer der ungewollten Kinderlosigkeit lag zwischen 18 und 193 Monaten (Mittelwert 55 Monate). Tabelle 1 zeigt in einer Übersicht charakteristische Kennwerte der beiden Teilstichproben.

Fragebogenerhebung

Einschränkung des Wohlbefindens

Die subjektive Einschränkung des Wohlbefindens wurde mit der Frage erfasst: »Wie sehr fühlen Sie sich im Allgemeinen durch den unerfüllten Kinderwunsch eingeschränkt?« Synonym für Einschränkung wird auch der Begriff Beeinträchtigung benutzt.

Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung

Mit dem Fragebogen Umgang mit Problemen von BRANDTSTÄDTER und RENNER (1990) wurden die hartnäckige Zielverfolgung und die flexible Zielanpassung erfasst. Beispielfragen zur flexiblen Zielanpassung, die mit »trifft nicht zu« bis »trifft genau zu« beantwortet werden konnten, lauten:

- »Veränderten Umständen kann ich mich im Allgemeinen recht gut anpassen.«

- »Ich merke im Allgemeinen recht gut, wann ich an die Grenzen meiner Möglichkeiten komme.«

Beispielfragen zu hartnäckiger Zielverfolgung sind:

- »Je schwieriger ein Ziel zu erreichen ist, umso erstrebenswerter erscheint es mir oft.«
- »Wenn ich mir einmal etwas in den Kopf gesetzt habe, lasse ich mich auch durch große Schwierigkeiten nicht davon abbringen.«

Negatives und positives religiöses Coping

Negatives und positives religiöses Coping wurden mit dem Fragebogen »Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping« von MURKEN et al. (2011) erhoben. Die Antwortmöglichkeiten liegen zwischen »nicht zutreffend« und »völlig zutreffend«.

Zwei Beispielfragen zum positiven religiösen Coping sind:

- »Mein Glaube gibt mir Sicherheit, wenn ich entscheiden muss, wie ich mich verhalten soll.«
- »Durch meinen Glauben gelingt es mir, meine Kräfte und Möglichkeiten besser zu aktivieren.«

Beispielfragen zum negativen religiösen Coping lauten:

- »Ich frage Gott immer wieder, warum gerade mir so viel Leid geschieht.«
- »Manchmal kommt es mir vor, als würde Gott mich strafen.«

Ergebnisse

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Stichprobe mit 47 Frauen und 13 Männern sollte auf geschlechtsspezifische Unterschiede überprüft werden.² Bezüglich der Einschränkung im Wohlbefinden durch die ungewollte Kinderlosigkeit wurden bedeutsame Unterschiede gefunden. Frauen schätzten ihre Einschränkung des Wohlbefindens in dieser Befragung stärker als Männer ein.

Flexible Ziellanpassung und hartnäckige Zielverfolgung

Für die Stichprobe der 60 Befragten mit ungewollter Kinderlosigkeit, die noch keine leiblichen Kinder haben, wurden die statistischen Zusammenhänge mittels Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen berechnet.

Die Ergebnisse zeigen eine hoch signifikante Korrelation ($r = ,331^{**}$) zwischen hartnäckiger Zielverfolgung und der Einschränkung des Wohlbefindens durch ungewollte Kinderlosigkeit. Das bedeutet: Die Befragten mit einer hohen Ausprägung der Hartnäckigkeit hatten meist auch eine hohe Einschränkung des Wohlbefindens. Personen mit geringer Hartnäckigkeit erlebten dagegen tendenziell nur geringe Beeinträchtigung.

Die korrelativen Ergebnisse zu flexibler Ziellanpassung und Einschränkung des Wohlbefindens waren negativ hoch signifikant ($r = -,501^{**}$). Das bedeutet, die Befragten, die eine hohe Ausprägung der flexiblen Ziellanpassung erreichten, hatten gleichzeitig im Durchschnitt nur eine geringe Einschränkung des Wohlbefindens. Niedrige Flexibilität ging dagegen mit erhöhter subjektiver Beeinträchtigung einher.

Religiöses Coping

Für die religiöse Teilstichprobe, die 40 Menschen mit ungewollter Kinderlosigkeit, die sich als religiös oder spirituell zugeordnet haben, fanden wir folgende Ergebnisse:

Zwischen positivem religiösen Coping und Einschränkung des Wohlbefindens konnten keine nennenswerten statistischen Zusammenhänge ($r = -,171$) festgestellt werden. Jedoch die Korrelation zwischen negativem religiösen Coping und Einschränkung des Wohlbefindens erreichte ein hoch signifikantes Ergebnis ($r = ,542^{**}$): Die Befragten, die eine hohe Ausprägung des negativen religiösen Copings erzielten, die also ein negatives bestrafendes Gottesbild entwickelt hatten, erlebten gleichzeitig eine hohe Einschränkung des Wohlbefindens.

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass hartnäckige Zielverfolgung und negatives religiöses Coping mit subjektiven Beeinträchtigungen des Wohlbefindens einhergehen, während flexible Ziellanpassung offenbar mit einer Linderung der erlebten Beeinträchtigungen in Verbindung steht. Allerdings ist die Richtung des Zusammenhangs nicht ganz eindeutig. Ob die Befragten sich beeinträchtigt fühlen, weil sie einen bestrafenden Gott befürchten oder umgekehrt, ob die Befragten einen strafenden Gott erleben, weil sie sich beeinträchtigt fühlen, ist noch nicht geklärt.

Jedoch erscheint es nach theoretischen Überlegungen plausibel, dass erhöhte Hartnäckigkeit und ein negatives Gottesbild Risikofaktoren für das Wohlbefinden darstellen, Flexibilität dagegen einen Schutzfaktor.

In der gesundheitspsychologischen Beratung könnte es sich als hilfreich erweisen, den Betroffenen Hilfestellungen zu geben, die es ihnen ermöglichen, ihre Hartnäckigkeit durch den Ausbau von flexibler Ziellanpassung zu ergänzen und – soweit sie religiös sind – ein negatives Gottesbild zu reflektieren und möglicherweise durch positives religiöses Coping zu ersetzen (vgl. BRUSDEYLINS/FLECKENSTEIN/PREISER 2011; FLECKENSTEIN/BRUSDEYLINS 2011).

Ausblick

In der Weiterführung unseres Forschungsprojektes Kinderwunsch wurde eine Online-Längsschnittanalyse mit zwei Erhebungszeitpunkten (732 bzw. 409 Teilnehmende³) durchgeführt. Befragt wurden Männer und Frauen mit Kinderwunsch zu den Schwerpunkten Lebenszufriedenheit, religiöses Coping, Hartnäckigkeit, Flexibilität und Bewältigungsstrategien. Diese Online-Befragung ist abgeschlossen und aktuell werden die Ergebnisse berechnet und dokumentiert.

2 Für eine Prüfung der Mittelwertunterschiede wurden t-Tests für unabhängige Stichproben herangezogen.

3 Komplett ausgefüllte und auswertbare Fragebogen von insgesamt fast 2000 Teilnehmenden.



Kerstin Brusdeylins ist seit 2002 Diplom-Psychologin, selbstständig als Gesundheitspsychologin und Doktorandin der Goethe-Universität Frankfurt.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Kerstin Brusdeylins
und Prof. Dr. Siegfried Preiser
Goethe-Universität Frankfurt
Institut für Psychologie
Senckenberganlage 15
60325 Frankfurt
www.gesundheitspsychologin.de

Literatur

- BRANDTSTÄDTER, J./RENNER, G. (1990): Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-Related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping. *Psychology and Aging*, 5 (1), S. 58–67
- BRANDTSTÄDTER, J. (2007): Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In: LINDENBERGER, U./BRANDTSTÄDTER, J. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (S. 413–445). Stuttgart: Kohlhammer
- BRÄHLER, E./FELDER, H./STRAUSS, B. (Hrsg.): (2000). *Fruchtbarkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe
- BRUSDEYLINS, K. (2007): Psychologische Gesundheitsförderung und die Bewältigung von unerfülltem Kinderwunsch. In: KRÄMER, M./PREISER, S./BRUSDEYLINS, K. (Hrsg.): *Psychologiedidaktik und Evaluation VI* (S. 145–150). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- BRUSDEYLINS, K. (2008): Ungewollt kinderlos? Zum Umgang mit Nicht-Ereignissen. In: Sann, U./Krämer, M. (Hrsg.): *Psychologie für die Praxis*. Tönning: Der Andere Verlag
- BRUSDEYLINS, K./FLECKENSTEIN, C./PREISER, S. (2011): Bewältigung von Nicht-Ereignissen – Ergebnisse zu religiösem Coping, Flexibilität und dem Frankfurter Bewältigungsprofil. In: D. Z. Altersfragen (Hrsg.): *Gesundheit im sozialen Wandel. 10. Kongress für Gesundheitspsychologie der DGPs* (S. 98). Berlin: Fatamorgana-Verlag
- FLECKENSTEIN, C./BRUSDEYLINS, K. (2011): Klienten mit ungewünschter Kinderlosigkeit – Konzept einer Weiterbildungsmaßnahme für deren Berater. In: KRÄMER, M./PREISER, S./BRUSDEYLINS, K. (Hrsg.): *Psychologiedidaktik und Evaluation VIII* (S. 77–86). Aachen: Shaker
- GNOTH, C./FRANK-HERRMANN, P./FREUNDL, G./FRIOL, K./GODEHARDT, E./TIGGES, J. (2004): Zur Definition und Prävalenz von Subfertilität und Infertilität. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1 (4), S. 272–278
- KLEIN, C./LEHR, D. (2011): Religiöses Coping. In: KLEIN, C./BERTH, H./BALCK, F. (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 333–359). Weinheim: Juventa
- LAZARUS, R. S. (1999): *Stress and emotion. A new Synthesis*. New York: Springer
- MURKEN, S./SCHÖNHOFEN, K./MÜLLER, C./APPEL, C. (2011): Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping
- PREISER, S./AUTH, A./BUTTKIEWITZ, S. (2005): Bewältigung von Lebensenttäuschungen – Innere und äußere Ressourcen. *Zeitschrift für Psychologie*, 213, S. 34–43.
- PREISER, S./BRUSDEYLINS, K. (2003): Ziele, die ins Leere gehen: Lebensenttäuschungen durch Nicht-Ereignisse. In: B. D. Psychologen (Hrsg.): *Menschen & Politik in Krisen: Chancen aus psychologischer Sicht. Deutscher Psychologentag 2003 [Kurzfassung auf CD]*
- STRAUSS, B./BRÄHLER, E./KENTENICH, H. (2004): *Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer
- STRAUSS, B./BEYER, K. (2004): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20*. Berlin: Robert Koch-Institut

Ganz privat ist auch politisch. Frauenpolitische Anmerkungen zur Debatte um Kinderwunsch und Kinderlosigkeit

Margaretha Kurmann

Es ist für Frauen schwer, sich den zahlreichen medizinischen Angeboten rund um den Kinderwunsch zu entziehen: »Schicksal steht zur eigenen Entlastung nicht mehr zur Verfügung«. Der Begriff »Selbstbestimmung« ist aus seinem vormals politischen Kontext gelöst und erscheint im Zusammenhang mit unerfülltem Kinderwunsch aus feministischer Perspektive höchst problematisch.

Die frauenpolitische Auseinandersetzung mit dem »Kinderwunsch« hat viele Facetten. Argumentationsstränge verweben sich, wenn es um Medizintechniken rund um Kinderwunsch und Schwangerschaft geht. Im Folgenden möchte ich einzelne Aspekte davon in den Blick rücken.

Fast jede schwangere Frau muss sich heute mit einem Angebot an medizinischen Verfahren auseinandersetzen, durch die nach möglichen Behinderungen gesucht wird. Die Reproduktionsmedizin erreicht immer mehr Frauen: 2010 waren es nach IVF Register 47 000 Schwangere. Dazu kommen diejenigen, die andere Formen wählen, etwa ins Ausland gehen, um ihrem Kinderwunsch näher zu kommen. Kinderwunsch und Kinderlosigkeit – ein offensichtlich frauenpolitisch relevantes Thema. Hier geht es um »gender«, um die Lebenswelt von Frauen bzw. weiblich sozialisierten Menschen und die Frage nach immer noch bestehenden Geschlechterhierarchien, die dann wieder wirksam werden, wenn es um Kinder geht. Und es geht ganz leiblich um »sex«: Schwangerschaft, vorgeburtliche Tests, Schwangerschaftsabbruch, Hormonbehandlung, Fehlgeburt, Eizellhandel oder Leihmutterchaft.

Techniken von Gynäkologie und Reprogenetik können Frauen in vielerlei Hinsicht von ihrer Biologie befreien: Hormonelle Verhütung ermöglicht Sexualität ohne Schwangerschaft, genetische Checks geben Frauen und ihren Partnern oder Partnerinnen Mittel an die Hand, zu verhindern, dass ein Kind mit testbaren Eigenschaften/Beeinträchtigungen oder Krankheiten auf die Welt kommt, und ein ganzes Arsenal an Verfahren steht jenen Frauen zur Verfügung, die ungewollt kinderlos bleiben oder die eine Schwangerschaft ohne Sex mit einem (anderen) Mann wollen.

Doch das ist nur die eine Seite. Unser »Bauch« gehört uns schon lange nicht mehr und die Frage »Kinder oder

keine« entscheiden Frauen nur sehr begrenzt allein. Nach einer breiten frauenpolitischen Debatte um Reproduktionsmedizin und Genetik in den 1980er-Jahren diskutierten vor etwa zehn Jahren viele Fachfrauen sowie frauenpolitisch engagierte Frauen eine Fortpflanzungsmedizin, die mit ihrem rasanten Fortschreiten alle gesellschaftlichen, politischen und ethischen Gestaltungsversuche überholt hatte.

Inzwischen ist es wieder still geworden und der technische Fortschritt bestimmt, wo es langgeht. Allerdings sind die Risiken und Folgen, die die Gesundheit von Frauen und Kindern beeinträchtigen, öffentlich geworden und die Notwendigkeit flankierender Maßnahmen wird breit diskutiert: Vor allem Aufklärung und Beratung sollen individuelle Probleme abfedern und als sozialetisches Korrektiv fungieren.

Neben den medizinischen Fachleuten stehen den Frauen und Paaren nun auch psychosoziale Expertinnen und Experten zur Seite, vielfach eingebunden in das Gesamtsystem. Ethikgremien versuchen darüber hinaus, den Spagat zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen auszuloten. Für die Zielsetzungen, die Rahmenbedingungen und die konkrete Ausgestaltung der Angebote bleiben sie weitgehend bedeutungslos, zumindest was den Bereich der Privatwirtschaft anbelangt. Mit immer neuen Überschreitungen dessen, was gestern noch als undenkbar galt, eilt eine sich ständig fortentwickelnde Praxis (Fach-)Politikern und Ethikerinnen davon. So sind inzwischen Beratungen zum in Deutschland verbotenen Kauf von Eizellen oder zum Ankauf einer Leihmutter möglich¹, und ein breites vorgeburtliches Screening aller zukünftigen Kinder wird immer wahrscheinlicher.

¹ Vgl. hierzu Leitlinien zur Beratung zum reproduktiven Reisen unter www.bkid.de

Fokus aufs Individuelle

Der öffentliche Umgang mit Wünschen nach einem (gesunden) Kind fokussiert auf die individuelle Seite, auf das persönliche, psychische bzw. zu erwartende Leid der Frauen und ihrer Partner oder Partnerinnen. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass Kinderwunsch und Schwangerschaft nicht im sozialen Raum, sondern in Rahmen medizinischer Interventionen verhandelt bzw. behandelt werden. Sie unterliegen den dem Medizinsystem innewohnenden Prämissen, Strukturen und Selbstverständlichkeiten, die zudem privatwirtschaftlich geprägt sind.

Zentrale Argumentationsfiguren in der Rechtfertigung und in den Begrenzungsversuchen innerhalb der Angebote der Reproduktionsmedizin und Genetik sind die »Selbstbestimmung«, die »Entscheidung« der einzelnen Frau/des einzelnen Mannes. Wer entscheidet, trägt auch die Verantwortung und die Risiken. So können zum einen die direkten Gesundheitsschädigungen, negativen Auswirkungen und Folgen auf die Patientinnen/Kundinnen abgewälzt werden. Zum anderen wird ihnen die gesellschaftliche, ethische oder moralische Verantwortung übertragen. Sie sind aber, jenseits ihrer individuellen Moral, nicht für die ganze Welt der Reproduktionsmedizin verantwortlich. Denn ihre Handlungsmöglichkeiten erschöpfen sich darin, ein Angebot zu nutzen oder nicht.

Stellvertretend sollen Expertenzirkel und Ethikkommissionen für die gesellschaftlichen Folgen eintreten. Ihre Wirkung beschränkt sich vielfach auf die Begleitung der Angebote. Gestalten können sie diese nicht (vgl. FEYERABEND 2010).

Auch Frauen leben in Verhältnissen

Frauen mit ihren Wünschen und Problemen rund ums Kinderkriegen leben in Verhältnissen – aktuell in unsicheren, für vulnerable Gruppen besonders schweren Zeiten. Mütter gehören dazu. Dies belegen die Verarmung von alleinerziehenden Frauen, der Gender-Pay-Gap und die Altersarmut von Frauen.

Ein (gesundes) Kind wünschen, Kinder haben, gewollt oder ungewollt kinderlos sein – wenn einzelne Frauen und ihre Partner/Partnerinnen in ihren individuellen Lebensentwürfen mit biologischen (Un-)Möglichkeiten umgehen, antworten sie auch auf gesellschaftliche Realitäten und Übereinkünfte, offene oder versteckte Normierungen, Rituale oder Institutionen. Dazu gehören auch Weiblichkeitsvorstellungen, Vorstellungen von sinnvollem Leben, von Familie, aber auch zu Selbstverständlichkeiten gewordene Anforderungen umfassender Prävention sowie die Anforderung, sich und die eigenen Kinder zu optimieren.

Und es gibt sie in Deutschland – die real existierende Kinderfeindlichkeit. Die Versorgungslücken in der öffentlichen Kinderbetreuung sind bekannt. Von einer Lebens- und Arbeitswelt, die es befördert, gute Väter und Mütter sein zu können, sind wir weit entfernt. Eltern müssen sich nahtlos

einpassen in die Anforderungen von Flexibilität und Verfügbarkeit. Nicht verwunderlich, dass viele junge Menschen die auch heute gewünschte Vereinbarkeit von Arbeit und Familie nicht leben können. Ist ein Kind dann noch besonders bedürftig, wird es richtig eng. Frauen, Familien mit einem behinderten Kind müssen sich zu der verbreiteten Einstellung verhalten, dass es auch anders hätte sein können, dieses Kind nicht hätte »sein müssen«.

Andererseits scheint es eine grenzenlose Bereitschaft zu geben, alles für ein (gesundes) Kind zu tun, die mit neuen Anforderungen an »Mutterschaft« einhergeht.

Lassen Sie Ihren Traum jetzt wahr werden

Zu diesen Verhältnissen passt ein ökonomisiertes Gesundheitssystem, ein Reproduktionsmarkt. Arzt/Ärztin und Patientin sind in der ökonomischen Logik zu Anbietern von Dienstleistungen bzw. zu Kundinnen geworden. Der Zweite Gesundheitsmarkt mit seinen privat finanzierten Produkten und Gesundheitsleistungen wächst. Frauen, die Probleme, Wünsche und Sorgen beim Kinderkriegen haben, werden in Marktstrategien zu wichtigen potenziellen Kundinnen.

Körper und Körpersubstanzen sind begehrte Rohstoffe. Frauen sind nicht nur als mögliche Kundinnen, sondern auch als Lieferantinnen interessant. Denn sie sind – bislang noch – besonders ansprechbar, etwa in ihrer Bereitschaft zur »Spende« von Eizellen, haben Erfahrung darin, zur Not auch ihren Körper zu Markte zu tragen. Sie können Eizellen oder Forschungsembryonen liefern oder ihre Fähigkeit, ein Kind in sich wachsen zu lassen und zu gebären, verkaufen. An ihnen kann geforscht werden, um die Techniken weiterzuentwickeln.

Zu einer Wachstumslogik von »mehr und besser« gehört auch die Anspruchshaltung der Kundinnen, alles was geht zu bekommen: kostengünstig, fehlerfrei und immer das Neueste. Damit entstehen vielfältige Formen der Ausbeutung, vor allem für Frauen, die über wenig Macht verfügen. ERİKA FEYERABEND formuliert es so: »Neben der Prostitution und dem Heiratsmarkt bilden sich die Eizellmärkte heraus, als ein weiteres Ausbeutungsverhältnis, in dem Frauen ihren Körper zu Markte tragen.« (FEYERABEND 2010 im Interview)

Ein gieriger Markt muss die Nachfrage für seine Angebote schaffen und die riskanten Folgen und Misserfolge möglichst unsichtbar machen. Ohne die individuelle Not Einzelner missachten zu wollen: Das »Problem« ungewollte Kinderlosigkeit wird öffentlich ebenso wie individuell auch hergestellt. Belastbare Zahlen über die betroffenen Frauen und Männer gibt es nicht, gewählte und ungewollte Kinderlosigkeit sind nicht deutlich voneinander zu trennen.²

Was passiert, wenn Marktstrategen sich des Lebens annehmen, zeigt das scheinbar als schlagkräftig angesehene Argument, dass die Schwangerschaftsrate bei IVF fast genauso hoch sei wie bei »natürlicher Befruchtung«. Eine absurde Gleichstellung von IVF-Zyklen mit Beziehungssexualität. In der Berichterstattung hat sie sich dennoch breitmachen können.³

Ungewollt gewollte Kinderlosigkeit

Ein anderer Aspekt: In der öffentlichen und politischen Diskussion erfahren Familie und Kinder auch unter bevölkerungspolitischen Aspekten große Aufmerksamkeit. Frauen

² Vgl. Einleitung des Beitrages von T. WISCHMANN in diesem Heft, d. Red.

³ »Die Schwangerschaftserwartung nach IVF oder IVF/ICSI liegt aktuell etwa 10 bis 20% über der natürlichen Schwangerschaftserwartung eines gesunden Paares.« http://www.team-kinderwunsch-hannover.de/index.php?id=176#.T-Qy1V11y_I Recherchedatum 15. 6. 2012; <http://www.eltern.de/kinderwunsch/kinderwunsch-medizin/risiken-reproduktionsmedizin.html>

sollen Mütter werden. Kinder erscheinen als Hoffnungsträger. Dies kontrastiert mit unsicheren Beschäftigungsverhältnissen, die immer mehr Flexibilität einfordern und Arbeitsdruck verursachen, aber auch mit Lebensentwürfen von Frauen, in denen es zunächst vor allem um einen guten Platz in der Erwerbsarbeitswelt und eine eigenständige Existenzsicherung geht. So ist die Zunahme von gewählter Kinderlosigkeit verstehbar⁴, wohl wissend, dass die meisten jungen Menschen grundsätzlich Kinder wünschen, vor allem vereinbar mit einer sicheren Existenz, auch wenn junge Männer zunehmend vor den damit gegebenen Verantwortungen und Belastungen zurückschrecken (vgl. DORBRITZ 2005; SÜTTERLIN 2009; ZERLE/KROK 2008).

Die im europäischen Vergleich so deutlich hohen Zahlen von kinderlosen Frauen (und Männern)⁵ sind vor allem den ungünstigen Bedingungen für Familien in Deutschland geschuldet. Die weitaus meisten Frauen wünschen sich eine entsprechend unterstützende Familienpolitik.⁶ Die gewollte oder vorläufig gewollte Kinderlosigkeit hat das Problem der »zu alten« Frauen hervorgebracht. Wenn die biologische Uhr abläuft, wie es heißt, stellt sich eine Schwangerschaft nicht mehr leicht ein oder wenn, scheint das Risiko, ein nicht gesundes Kind zu bekommen, sehr groß. Das Durchschnittsalter von Müttern bei ihrem ersten Kind lag 2010 bei 29,2 Jahren in den alten und bei 27,4 Jahren in den neuen Bundesländern (STATISTISCHES BUNDESAMT 2012). 2007 lag das Durchschnittsalter der Frauen für IVF und Microinsemination bei über 34. Der ESHRE Report 2009 weist das Alter der Frau als Grund für den weitaus größten Teil von Anwendungen der PID aus (vgl. KOLLEK 2010).

Es sind vor allem diejenigen Frauen, die ihre Familienplanung gegenüber der Teilhabe am Arbeitsmarkt zurückgestellt haben, für die die Angebote besonders attraktiv sind. Diese Form von selbstbestimmter Lebensplanung treibt sie mit ihren späten Kinderwünschen in stark fremdbestimmte und riskante Verfahren. Denn Frauen nehmen viel auf sich: Ovarielles Überstimulationssyndrom bei der Frau mit 5% schweren Verlaufsformen, Mehrlingsschwangerschaften mit entsprechenden Risiken für die Frau und die Kinder (Früh- und Mangelgeburten) sowie Fehlgeburten oder Fehlbildungen bei den Kindern. Und »50 bis 60% aller Paare bleiben trotz intensiver Behandlung dauerhaft ungewollt kinderlos.«⁷ Schwangere Frauen, die sich auf das vielfältige Suchen nach einer möglichen Behinderung ihres erwarteten Kindes einlassen, können Fehlgeburten erleben, Ängste über falsch positive Befunde durchleiden, müssen manchmal traumatisierende Schwangerschaftsabbrüche bzw. Geburtseinleitungen ertragen.

Dass die »Krankheit Kinderwunsch« nun mit medizinischen Mitteln behandelt werden soll und muss, ist frauenpolitisch eine Anfechtung und verstärkt zudem traditionelle Geschlechtszuweisungen, nach denen Öffentlichkeit männlich und privater Raum weiblich konotiert ist.

Wer bestimmt selbst? Und wie?

Einzelne handeln im Rahmen dessen, was als »normal« und »richtig« gilt. Gleichzeitig prägen sie diese Normen und damit die Freiräume auch für andere. Die Angebote schaffen Bedarfe und formen konkrete Vorstellungen von dem, was man/frau wünschen und wollen kann. Auch dies stellt Selbstbestimmung im Kontext von Kinderwunsch infrage. Und auch Frauen, die einen anderen Weg gehen, es ableh-

nen, denken oder handeln zu müssen, wenn sie schwanger sind oder nicht schwanger werden, können nicht »frei« entscheiden, sie müssen Widerstand leisten.

Schwangere Frauen sprechen über ihre Angst vor alleiniger Verantwortung für ein (behindertes) Kind. In Beschreibungen über das Erleben von ungewollt kinderlosen Frauen geht es häufig um Scham und Versagensgefühle. Hier scheint ein gesellschaftlich geprägtes Selbstkonzept von Weiblichkeit durch, verweist die Schärfe des beschriebenen Leids auf die Schärfe des gesellschaftlichen Drucks; zumindest, wenn wir nicht davon ausgehen, dass dem »Geschlecht Frau« der Kinderwunsch und die alleinige Sorge darum innewohnt. Läge dies in ihrer »Natur«, wäre mit vielen Frauen in Deutschland allerdings etwas wirklich nicht in Ordnung.

Dazu kommen Anforderungen, das eigene Leben als Projekt optimal zu gestalten. ELISABETH BECK-GERNSHEIM spricht vom »Gesundheitsprojekt der Moderne« (BECK-GERNSHEIM 2008). Die Gestaltung des eigenen Lebens als Projekt geht mit einem neuen Verständnis von Verantwortung auch für die »genetische Ausstattung« einher (LEMKE 2006). Frauen tragen also die Verantwortung für das Gelingen – für ein gesundes Kind und für die Familienplanung. Etwas nicht in Anspruch nehmen zu wollen, muss begründet werden – was angeboten wird, ist auch in Betracht zu ziehen. Schicksal steht zur eigenen Entlastung nicht mehr zur Verfügung.

Grenzen überwinden. Grenzen überschreiten

Auch über diese Begrenzungen der Selbstbestimmungsmöglichkeiten hinaus ist der Selbstbestimmungsbegriff kritisierbar. Im Kontext von Reproduktionsmedizin und Gentechnik erfährt er viele, auch widersprüchliche Aufladungen. Im Kampf um grundlegende Menschenrechte auch für Frauen stand er als politischer Begriff für die Abwehr von Fremdbestimmung und Herrschaftsansprüchen. Im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin bezieht er sich auf individuelle Interessen, seien es Nöte oder Wünsche, auf eine Wahlfreiheit auf dem Markt der Möglichkeiten.

Die in Deutschland verbotene Nutzung von Eizellen anderer Frauen wird in diesem Kontext argumentativ gleichgesetzt mit dem früher verbotenen Schwangerschaftsabbruch, der etwa Fahrten nach Holland nach sich zog. Feministinnen kritisieren einen Selbstbestimmungsbegriff, der auf individuelle Bedürfnisse, Nöte oder Wünsche begrenzt ist, bei dem Frauen (ihren) Körper oder Teile davon frei auf dem Markt (ver)kaufen können (Hoffmann 1999). Eine solche Vorstellung von Selbstbestimmung hat keinen Bezug zum Ganzen. Er gilt nicht für die Frauen, die dafür

4 Nach der Bundesgesundheitsberichtserstattung ist der Anstieg kinderloser Frauen/ Paare vor allem der gewählten Kinderlosigkeit geschuldet. Heft 20: Ungewollte Kinderlosigkeit. April 2004

5 Vgl. den Beitrag von J. DORBRITZ und K. RUCKDESCHEL in diesem Heft, d. Red.

6 Im Jahr 2005 wurden in Deutschland 10 000 Menschen zu ihren Einstellungen zu Kindern, Ansehen von Familien und Forderungen an die Familienpolitik befragt. Quelle: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/4250.asp> Recherchedatum 1. 6. 2012

7 Quelle: <http://www.profamilia.de/erwachsene/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch/erfolgsrate.html> Recherchedatum 1. 6. 2012

mit Leib und Leben bezahlen, sei es als Eizelllieferantin, als Sexarbeiterin oder als Leihmutter. Eine solche Selbstbestimmung bedeutet eine Entsolidarisierung mit Menschen mit Behinderung, mit Müttern/Eltern behinderter Kinder, mit Frauen, die aus Not Eizellen verkaufen.

Der reproduktive Markt schafft Nachfrage nach Eizellen oder Leihmüttern und hat Auswirkungen auf das ganz konkrete Leben von Frauen in anderen Ländern. Bei der Eizellspende wird das Verbot in Deutschland umgangen, indem die Eizellspende oder vielleicht anders gesagt Eizelllieferung in bzw. aus anderen Ländern wie Spanien, Polen, Rumänien erfolgt. Manchmal wird Frauen auch angeboten, dass sie eine IVF umsonst oder kostengünstiger bekommen, wenn sie »überflüssige« Eizellen für die Zentren zuliefern. Nicht selten bleiben diese Frauen selbst am Ende ohne Kind.

Dass der Geldtransfer, wenn es um Eizellen geht, nicht als Verkauf deklariert wird, sondern als Spende oder Aufwandsentschädigung daherkommt, verschleiert, was auf der Hand liegt, dass nämlich Frauen in der Regel nicht »freiwillig« Eizellen liefern – denn seien wir ehrlich, welche von uns würde das gerne tun oder der eigenen Tochter anraten? EVA SCHINDELE hat die Situation von Frauen recherchiert, die nicht selten mit ihrer Gesundheit und ihrem Lebensglück für den Verkauf ihrer Eizellen bezahlen (SCHINDELE 2006). Im Zuge von neuen Formen von Arbeitsausbeutung – oder Körperausbeutung – sprechen deshalb Kritikerinnen auch von modernen Formen der Sklaverei. Auch dies muss verantwortet werden. Neben der politischen Verantwortung betrifft dies berufsethisch alle, die Angebote machen und begleiten, und zuletzt die, die diese in Anspruch nehmen.

Überhaupt: Was heißt hier Selbstbestimmung?

Frauen und Männer können selbst bestimmen, wann sie keine Kinder bekommen wollen – zumindest weitgehend, besteht doch die Möglichkeit der Verhütung oder eines Schwangerschaftsabbruchs bzw. eines Abbruchs nach einem vorgeburtlichen Check – aber sie können nicht selbst bestimmen, ein Kind zu bekommen oder gar ein gesundes Kind zu bekommen.

Auch in der Schwangerschaft muss vieles immer noch seinen Gang gehen – ein guter Rahmen kann gestaltet werden, aber letztlich bleibt zu hoffen und auf das Kind zu warten. Und auch wenn Kinder da sind – eine »selbstbestimmte« Lebensführung endet an den sehr konkreten Bedürfnissen des Kindes nach Bindung und Versorgung. Mit Selbstbestimmung hat das Leben mit Kindern nicht viel zu tun, dies ist für Frauen unter den gegebenen Umständen ein schwieriges und unangenehmes Thema.



Margaretha Kurmann ist Katholische Theologin und Pädagogin. Ihre Schwerpunktthemen sind Frauenpolitik, Bioethik, Beratung, Gesundheit und Prävention. Seit 2010 ist sie Referentin bei der Bremischen Zentralstelle für die Gleichberechtigung der Frau (ZGF).

Kontakt:

Margaretha Kurmann
Saarländer Weg 5
26188 Jeddelohe II
margaretha.kurmann@t-online.de

Literatur

Bauchentscheidungen – aber mit Köpfchen. Hintergrundinformationen zu vorgeburtlichen Tests. AWO Bundesverband e.V., Arbeitskreis Frauengesundheit AKF e.V., Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hrsg.) 2011. www.netzwerk-praenataldiagnostik.de

BECK-GERNSHEIM, E. (2008): Pränataldiagnostik zwischen Wahlmöglichkeit und Erwartungsdruck. In: Da stimmt doch was nicht, Kongressdokumentation, S. 29 ff.

»Da stimmt doch was nicht ...!« Logik, Praxis und Folgen vorgeburtlicher Diagnostik. Kongressdokumentation 2008

DORBRITZ, J. (2005): Kinderlosigkeit in Deutschland und Europa – Daten, Trends und Einstellungen (begutachteter Beitrag). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 30, 4/2005

FEYERABEND, E. (2010): Gespendet – gehandelt – getauscht. I3zw – Informationszentrum 3. Welt, Ausgabe Nr. 321, November/Dezember 2010

FEYERABEND, E. (2010): Konkurrenzen im gesundheitlichen Verteilungssystem. Hilft Ethik den allgegenwärtigen Wettbewerb zu bändigen? 7. AKF Jahrestagung 2010. www.akf-info.de

Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (2001): Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut. Band 132. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag Baden-Baden

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2004): Heft 20 – Ungewollte Kinderlosigkeit. April 2004

HOFFMANN, H. (1999): Die feministischen Diskurse über Reproduktionstechnologien. Frankfurt am Main/New York/Campus

KOLLEK, R. (2010): Neue Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin. Impulsreferat Deutscher Ethikrat, 22.7.2010. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/praesentation-von-regine-kollek-am-22.07.2010-reproduktionsmedizin.pdf>. Recherchedatum 1.6.2012

LEMKE, TH. (2006): Die Polizei der Gene. Formen und Felder genetischer Diskriminierung. Frankfurt am Main/New York/Campus

Reprokult (2002): Reproduktionsmedizin und Gentechnik. Frauen zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Normierung. Kongressdokumentation

SCHINDELE, E. (2006): Der Eierdeal. Das globale Geschäft mit menschlichen Keimzellen. <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060/>. Recherchedatum 1.6.2012

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2012): Geburten in Deutschland. Wiesbaden

Studie Unternehmen Familie (2006): Teilstudie Familie oder Kinderlosigkeit. Was die Deutschen wollen. Robert-Bosch-Stiftung. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/4250.asp>. Recherchedatum 1.6.2012

SÜTTERLIN, S. (2009): Ungewollte Kinderlosigkeit. Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online-Handbuch. Stand März 2009. Recherchedatum 1.6.2012

ZERLE C./KROK, I. (2008): Null Bock auf Familie? Der schwierige Weg junger Männer in die Vaterschaft. Kurzfassung. Deutsches Jugendinstitut im Auftrag der Bertelsmannstiftung

Sara – ein bayerisches Modellprojekt zum Thema »Beratung im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches«

Birgit Mayer-Lewis

Die Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen DONUM VITAE und das Kinderwunschzentrum in Amberg haben sich zum Ziel gesetzt, im Rahmen des Projekts »Sara« ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für Frauen, Männer und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch zu entwickeln. Dieser Beitrag informiert über erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Einleitung

Die Gründung einer eigenen Familie ist für viele Menschen ein wichtiger Teil ihrer Lebensplanung und die Erfüllung des Kinderwunsches wird häufig als selbstverständlich erwartet. Umso größer ist die Bestürzung, wenn im Verlauf der Familienplanung Fruchtbarkeitsprobleme auftreten, was einen zunehmenden Anteil von Paaren betrifft. In Deutschland leidet inzwischen mindestens jedes zehnte Paar unter Infertilitätserscheinungen (vgl. HÄMMERLI/ZNOJ/BERGER 2009, S. 111).

Die Ursachen von Fruchtbarkeitsproblemen liegen meist entweder in organischen Störungen und Fehlfunktionen oder gründen in einer altersbedingten Abnahme der Fertilität. Der Zeitraum, in dem Paare ihre Familienplanung umsetzen, hat sich in den letzten Jahrzehnten im Lebenslauf nach hinten verschoben. Zum einen hängt dies mit den verlängerten Ausbildungszeiten und einer stärkeren Berufsorientierung von Frauen zusammen, zum anderen mit der häufig erst relativ spät stattfindenden Partnerbindung, oft gekoppelt mit einer Vertagung der Entscheidung zur Familienplanung. Durch diese zeitliche Verschiebung sinken die Erfolgchancen auf den natürlichen Eintritt einer Schwangerschaft deutlich, da die weibliche Fruchtbarkeit bereits im biologischen Alter von Ende Zwanzig abzunehmen beginnt (vgl. SPITZER 2001, S. 37). Organische Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit verteilen sich auf beide Geschlechter zu etwa gleichen Anteilen und bei etwa 15% bis 30% der Paare liegen Funktionsstörungen bei beiden Partnern vor (vgl. SÜTTERLIN 2007, S. 13). Häufige Ursachen organischer Art sind zum Beispiel Störungen des Hormonhaushaltes, Verwachsungen und Fehlbildungen der Fortpflanzungsorgane oder eine verminderte Spermienqualität.

Psychische Faktoren sind, entgegen der verbreiteten Annahme, als Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch eher selten bestimmend; häufig treten sie aber als eine Folge der ungewollten Kinderlosigkeit bzw. der Strapazen im Kontext medizinischer Kinderwunschbehandlungen auf (vgl. WISCHMANN 2008, S. 35f.; KOWALCEK/ROHDE/KENTENICH 2007, S. 159).

Bedarf eines psychosozialen Beratungsangebotes

Wenn sich ein Kinderwunsch über einen längeren Zeitraum nicht erfüllt, wenden sich ungewollt kinderlose Paare oft den Angeboten der Reproduktionsmedizin zu. Sie hoffen, dass sie sich mit ihrer Hilfe den Kinderwunsch erfüllen können. Dabei sind die reproduktionsmedizinischen Behandlungen für die betroffenen Frauen und Männer meist sowohl zeitlich und finanziell als auch emotional sehr aufwändig. Häufig bedarf es dabei mehrerer medizinischer Eingriffe, die nicht immer erfolgreich sind. In Deutschland wurden im Jahr 2010 durch das Deutsche IVF Register (DIR Jahrbuch 2010) 77 904 reproduktionsmedizinische Behandlungszyklen dokumentiert. Allerdings bleiben auch nach drei abgeschlossenen Behandlungszyklen im Durchschnitt über 60% der Paare kinderlos (vgl. WISCHMANN 2008, S. 34). Oft kann also trotz reproduktionsmedizinischer Unterstützung keine Schwangerschaft herbeigeführt werden oder können entstandene Schwangerschaften nicht bis zur Geburt eines lebensfähigen Kindes erhalten bleiben. Im Verlauf (erfolgloser) medizinischer Kinderwunschbehandlungen können prekäre emotionale Notlagen im Erleben der Frauen und Männer auftreten. Hinzu kommt, dass die Betroffenen ihre Belastungen oft

nicht kommunikativ verarbeiten können, da Fruchtbarkeitsstörungen und die Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen in den privaten sozialen Netzwerken in der Regel eher tabuisiert sind und nicht offen angesprochen werden.

Aufbau der Studie

Das Sara-Projekt nimmt sich des Themas »ungewollte Kinderlosigkeit« an. Es ist als ein Kooperationsprojekt zwischen der staatlich anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen DONUM VITAE Amberg und dem heutigen Kinderwunschzentrum Amberg konzipiert und will ein umfassendes und interdisziplinäres Beratungs- und Unterstützungsangebot für Frauen, Männer und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch entwickeln.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts wurde im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg übernommen. Dabei sollen im Verlauf des Projektzeitraums (2010 bis 2013) wichtige Schlüsselemente für die gelingende Unterstützung von Frauen, Männern und Paaren mit Kinderwunsch identifiziert und beschrieben werden. Die Datenerfassung wird zum einen über eine aktive Beteiligung der wissenschaftlichen Begleitung an strukturierenden Prozessen und zum anderen über die Erhebung quantitativer und qualitativer Daten vollzogen. Die Zusammenfassung und Darstellung aller Ergebnisse gegen Ende des Projektverlaufes werden die Basis für die Erarbeitung eines beispielhaften Arbeitsmodells bilden, das allen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen zur Unterstützung des Beratungsangebots bei unerfülltem Kinderwunsch zugänglich gemacht werden soll.

Erste Zwischenergebnisse

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf ausgewählte Zwischenergebnisse der Projektdokumentation aus dem Jahr 2011.

Fragebogenerhebung

Um mehr darüber zu erfahren, welche Unterstützungsangebote und Informationen sich Paare wünschen, die sich für eine medizinische Kinderwunschbehandlung interessieren, wurden alle Erstpatientinnen in der kooperierenden Kinderwunschpraxis gebeten, einen projektbezogenen Fragebogen auszufüllen. Die Teilnahme war freiwillig und nicht alle Erstpatientinnen haben ihn ausgefüllt. Für das Jahr 2011 konnten 107 zurückgegebene Fragebogen ausgewertet werden. Folgende Aspekte sind dabei von besonderem Interesse:

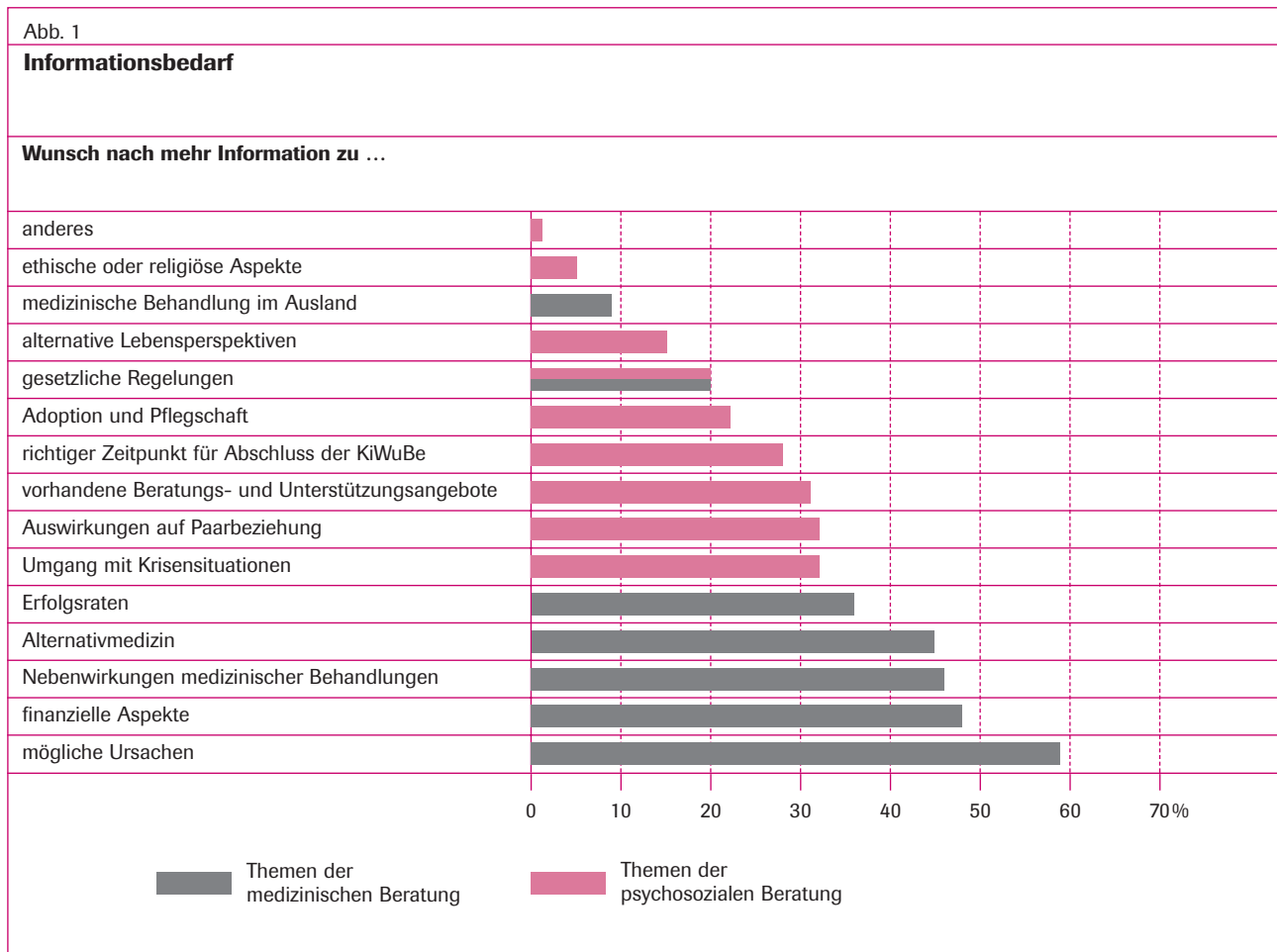
- **Gruppe der Patientinnen sehr heterogen:** Das Alter der Frauen, die medizinische Hilfe im Kontext des Kinderwunsches aufsuchen, streut bei einem Altersdurchschnitt von 31 Jahren breit zwischen 23 und 45 Jahren. Rund 51% dieser Frauen besuchen zum ersten Mal die Kinderwunschpraxis. Rund 76% der anderen Frauen haben bereits früher eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen. Von allen Frauen waren knapp 44% schon einmal oder mehrere Male schwanger, jedoch mündeten bei fast 44% dieser Frauen die Schwangerschaften immer in einer Fehlgeburt.

- **Kinderwunsch besteht seit vielen Jahren:** Im Durchschnitt besteht der Kinderwunsch bei den die Praxis aufsuchenden Frauen seit etwas mehr als drei Jahren.
- **Hoher Informationsbedarf:** Wenngleich fast 82% der befragten Frauen angeben, dass sie sich zu den Themen rund um den Kinderwunsch eher gut (68%) oder sehr gut (14%) informiert fühlen, wünschen sich dennoch 86% zu mindestens zwei Themen, 76% zu mindestens drei Themen und 53% zu mindestens vier Themen mehr Information. Am häufigsten besteht Bedarf nach mehr Information zu den möglichen Ursachen der Kinderlosigkeit, den finanziellen Aspekten der medizinischen Kinderwunschbehandlung und den Nebenwirkungen medizinischer Behandlungsverfahren (Abb. 1). Zu beachten ist, dass sich fast ein Drittel der Befragten darüber hinaus mehr Information zum Umgang mit Krisensituationen, zu den Behandlungsauswirkungen auf die Paarbeziehung, zu vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten und zum richtigen Zeitpunkt für den Abschluss einer Kinderwunschbehandlung wünscht.
- **Wunsch nach psychosozialer Unterstützung ist groß:** Hinsichtlich der Anfrage, was den Frauen bzw. Paaren in ihrer Situation gut tun würde, geben fast 79% der Befragten mindestens zwei Themen und mit 52% etwas über die Hälfte aller Befragten mindestens drei Themen an. Am häufigsten wird dabei die Unterstützung im Umgang mit Misserfolgen genannt. Darüber hinaus werden auch die Hilfen bei der Stressbewältigung und die emotionale Unterstützung im Umgang mit der persönlichen Situation besonders oft angegeben.

Dokumentation der Beratungsgespräche

Mit Hilfe der Beratungsdokumentation sollen verstärkt Kenntnisse darüber gewonnen werden, wie die psychosoziale Beratung erlebt wird und welche Themen die Inhalte der Beratungsgespräche bestimmen. Hierfür erfassen und beurteilen die Beratungsfachkräfte den Verlauf eines jeden Beratungsgesprächs zum Thema Kinderwunsch, egal ob dieses vor, während oder nach einer Kinderwunschbehandlung stattfindet. Zusätzlich werden diese Daten durch die freiwilligen schriftlichen Rückmeldungen der Beratenen ergänzt. Aus der Dokumentation 2011 (Beratungsgespräche: n=46; Gruppenangebote: n=9; Rückmeldungen: n=24) ergeben sich dabei folgende Hinweise:

- **Inanspruchnahme der Beratung vorwiegend durch Frauen:** Sowohl die Angebote der Einzel- und Paarberatung als auch die Gruppenangebote wurden bisher fast ausschließlich von Frauen in Anspruch genommen. Die Beratungsgespräche fanden am häufigsten als Einzelberatungen statt, Paarberatungen fanden nur in vier Fällen statt.
- **Psychosoziale Beratung vor, während und nach Kinderwunschbehandlungen:** Rund 32% der beratenen Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Erstberatung in einer reproduktionsmedizinischen Behandlungsphase. Knapp 41% gaben an, dass sie eine (weitere) medizinische Behandlungsphase bereits geplant haben und rund 27% berichteten, dass sie zunächst keine (weitere) Fruchtbarkeitsbehandlung planen.
- **Kinderwunsch als zentrales Lebensthema:** Bei der großen Mehrheit der Beratenen besteht der Kinderwunsch bereits seit vielen Jahren und ist sowohl bei den Frauen als auch



bei den Männern stark ausgeprägt.¹ Er wird als ein zentraler Inhalt des Lebensentwurfes wahrgenommen und der Zeugung bzw. dem Austragen eines Kindes wird im Kontext der weiblichen und männlichen Identität ein besonderer Stellenwert zugeschrieben. Die Situation der ungewollten Kinderlosigkeit belastet sowohl die Frau als auch den Mann stark, wobei die Beratungsfachkräfte die Belastung der Frauen deutlich höher einschätzen.

- **Bedarf nach Austausch als Beratungsanlass:** Beratungsanlass ist dabei besonders häufig die Suche nach einem Ort, an dem die Belastungen im Kontext der medizinischen Kinderwunschbehandlung verbalisiert und thematisiert werden können. Während der Beratungsgespräche waren vor allem der Umgang mit Krisensituationen, die allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktions- und Alternativmedizin, der Umgang mit Belastungen in der Paarbeziehung, der richtige Zeitpunkt für den Abschluss der medizinischen Kinderwunschbehandlung sowie die Möglichkeiten der Adoption oder Pflegschaft von besonderem Interesse.
- **Hinweise auf und Vermittlung an das Angebot:** Auf das psychosoziale Beratungsangebot wurden die betroffenen Frauen und Männer vor allem durch Hinweise medizinischer Fachkräfte (63%), die Informationen auf ausgestellten Postern und Flyern (35%) sowie durch Hinweise in Zeitungen (11%) aufmerksam. In den Rückmeldungen der Frauen wird außerdem von 30% der Frauen angegeben, dass sie durch die Beschreibung auf einer Internetseite auf das Angebot aufmerksam wurden.
- **Suche nach hilfreichen Handlungsstrategien und Orientierung:** Inhaltlich wird aus den Rückmeldungen ersichtlich, dass die Frauen gedanklich sehr stark mit

Fragen beschäftigt sind, die sich auf den persönlichen Umgang mit ihrem Kinderwunsch in Alltagssituationen beziehen. Dabei interessieren sie sich besonders für Handlungsstrategien, die ihnen bei der Konfrontation mit anderen schwangeren Frauen und Familien mit Kindern helfen können (90%). Aber auch der Umgang mit dem Thema Kinderwunsch im beruflichen Umfeld ist ein wichtiges Thema (80%).

- **Wichtigste Aspekte der Beratung:** Als wichtigste Hilfen in der Beratung beschreiben die Beratungsfachkräfte die Unterstützung im Umgang mit der persönlichen Situation sowie die Aufbereitung von hilfreicher Information. Die beratenen Frauen melden zurück, dass ihnen vor allem die emotionale Unterstützung sowie die Bereitstellung von Zeit und Raum für das Ansprechen der Themen rund um den Kinderwunsch besonders wichtig waren.
- **Erleben der Beratung:** In den Beratungsrückmeldungen gaben alle Frauen an, dass ihnen die Beratung emotional gut getan hat, das Gespräch als hilfreich erlebt wurde, ihre Erwartungen erfüllt wurden, eine weitere Beratung erwünscht ist und sie das Beratungsangebot anderen Frauen, Männern und Paaren empfehlen würden.

¹ Über die Erzählungen und Einschätzungen der Frauen konnten auch dann Angaben zu den Partnern erfasst werden, wenn diese nicht anwesend waren.

Empfehlungen der medizinischen Expertinnen und Experten

Im Rahmen der Expertenbefragung wurde mit sechs Fachkräften aus dem Bereich der Reproduktionsmedizin ein ausführliches Interview geführt. Gesprächspartner waren fünf Fachärzte bzw. Fachärztinnen in leitenden Positionen und ein Biologe bzw. eine Biologin.² Fünf der sechs befragten Expertinnen und Experten halten ein psychosoziales Beratungsangebot für mindestens die Hälfte aller Paare in reproduktionsmedizinischer Behandlung für empfehlenswert. Zwei von ihnen betrachten es sogar für alle Frauen und Männer mit Kinderwunsch als erstrebenswert. Ein Angebot zum Thema Kinderwunsch an den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen beurteilen alle befragten Fachleute als eine sinnvolle Ergänzung der medizinischen Beratung. Betont wird dabei, dass eine gute fachliche Qualifikation der Beratungskräfte zu den Themen rund um den Kinderwunsch eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Beratungsarbeit und Kooperation mit den medizinischen Fachzentren ist.

Fazit

Es wird bereits entlang der vorgestellten Daten deutlich, dass ein psychosoziales Angebot bei Kinderwunsch von allen Beteiligten positiv bewertet wird und ein großer Bedarf hierfür besteht. Hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Betroffenen um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die hinsichtlich des Alters sowie in Bezug auf die Vorerfahrungen im Zusammenhang mit früheren Schwangerschaften und Geburten eine breite Streuung aufweist. Bedenklich ist die geringe Inanspruchnahme der Beratungsangebote durch Männer. Da sowohl die psychosozialen als auch die medizinischen Expertinnen und Experten immer wieder betonen, dass gerade im Kontext einer Kinderwunschbehandlung die Beteiligung beider Partner von großer Bedeutung ist, muss die Attraktivität des Beratungsangebotes für Männer verbessert und die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme gesenkt werden. Diese Notwendigkeit wird in den ausführlichen Interviews auch von den Betroffenen selbst dargestellt. Ein befragter Mann drückt den Bedarf für Männer folgendermaßen aus: »Wenn man jetzt so hier im Zuhause (...) über das Thema spricht, dann geht jeder von seinem Blickwinkel aus und da kann es durchaus mal passieren, dass man auch mal aneinander vorbei redet oder einfach bestimmte Sachen nicht so vermitteln kann, dass der andere das so versteht. Und deshalb denke ich mir, oder habe ich die Erfahrung gemacht, dass eben diese Paarberatung eigentlich ganz gut war, einfach wegen der Mediation da.« [M2406:119] Deshalb nimmt sich das Projekt für die verbleibende Projektphase schwerpunktmäßig der Verbesserung des Beratungsangebotes hinsichtlich seiner Niedrigschwelligkeit an. Mithilfe der Projekterfahrungen kann somit kontinuierlich an der Verbesserung der Beratungssituation im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches gearbeitet werden.

² Zur Wahrung der Anonymität wird nicht näher auf die Geschlechter eingegangen.



Dr. Birgit Mayer-Lewis ist als Dipl.-Heilpädagogin seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Familienbildung und konzentrieren sich auf Ansätze aus der Subjekt- und Biografieforschung.

Kontakt:

Staatsinstitut für Familienforschung
an der Universität Bamberg
Heinrichsdamm 4
96047 Bamberg
birgit.mayer-lewis@ifb.uni-bamberg.de

Literatur

- DIR Jahrbuch 2010: Modifizierter Nachdruck aus Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2011; 8 (4): 253–80. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2011; 8 (Supplementum 2), S. 1–40
- HÄMMERLI, K./ZNOJ, H./BERGER, T. (2009): Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2009; 6 (3), S. 111–115
- KOWALCEK, I./ROHDE, A./KENTENICH, H. (2007): Psychologie des Kinderwunschaars. In: FELBERBAUM, R. E./BÜHLER, K./VAN DER VEN, H. (Hrsg.): Das deutsche IVF-Register 1996-2006, S. 157–166. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- SPITZER, D. (2001): Begriffsbestimmung und Pathogenese: Sterilität – Infertilität. Journal für Fertilität und Reproduktion 2011; 11 (5) (Ausgabe für Österreich), S. 37–39
- SÜTTERLIN, S. (2007): Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung
- WISCHMANN, T. (2008): Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In: KLEINSCHMIDT, D./THORN, P./WISCHMANN, T. (Hrsg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung, S. 31–36. Stuttgart: Kohlhammer

BROSCHÜREN

Sexualität, Deine Gesundheit und Du

Die bilinguale Broschüre »Sexualität, Deine Gesundheit und Du« ist für Menschen aus verschiedenen Kulturen konzipiert und handelt von sexuell übertragbaren Krankheiten (STD), Symptomen, Ansteckungs- und Schutzmöglichkeiten.

Sie lag bereits in den Sprachen Englisch, Französisch, Türkisch, Griechisch vor und ist nun in zwei neuen Sprachen erhältlich: Rumänisch und Bulgarisch.

Die Broschüre im Taschenformat informiert in leicht verständlicher Sprache und durch eine einfache, Piktogrammen ähnliche Bebilderung.

Eine Karte mit dem Titel »Wie sagst Du es« ist dazu gedacht, das Gespräch in der Arztpraxis zu erleichtern.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Telefax (0221) 89 92 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 70432120 Rumänisch
Best.-Nr. 70432140 Bulgarisch

Methodensammlung »Mitmach-Aktionen«

Die Broschüre »Mitmach-Aktionen für die HIV/Aids-Prävention und Sexuaufklärung bei offenen Veranstaltungen« ist eine Methodensammlung für die interaktive Präventionsarbeit.

Bewährte Aktionen zum Mitmachen rund um die Themen HIV/Aids, Sexualität, Liebe, Freundschaft und Solidarität aus dem umfangreichen Methodenpool der JugendFilmTage werden hier zusammengefasst. Diese methodischen

»Klassiker« eignen sich vor allem für offene Veranstaltungen im Rahmen der HIV/Aids-Prävention und Sexuaufklärung.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Telefax (0221) 89 92 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 70878800

Mein Kind ist das Beste, was mir je passiert ist!

In dieser 63-seitigen Elternbroschüre erzählen Eltern und Verwandte Familiengeschichten über das Coming-Out ihrer lesbischen, schwulen, bi- oder transsexuellen Kinder. Sie entstand im Rahmen der Initiative »Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt«. In 19 sehr unterschiedlichen Berichten und Briefen schildern Eltern, Großeltern und Geschwister wie es ihnen erging, als sie erfuhren, dass ihre Enkelin oder Schwester lesbisch oder ihr Sohn schwul ist oder wie sie das transgeschlechtliche Coming-out eines ihrer Kinder erlebt haben. In den Familiengeschichten kommen Eltern und Verwandte aus verschiedenen Kulturen, aus Stadt und Land, aus ganz unterschiedlichen Alters- und Berufsgruppen zu Wort.

Die Broschüre kann gegen Überweisung der Portokosten von 1 Euro pro Exemplar bestellt werden und steht als Download unter www.queerformat.de/fileadmin/user_upload/news/QF-Eltern_Broschuere.pdf zur Verfügung.

Bestelladresse:

Bildungsinitiative QUEERFORMAT
Kluckstraße 11
10785 Berlin
Telefon (030) 21 53 742
www.queerformat.de

STUDIEN

Familienpolitik und Fertilität

In der Reihe »Monitor Familienforschung« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) befasst sich Ausgabe 27 mit den politischen Gestaltungsmöglichkeiten von Geburtenraten respektive demografischem Wandel. Zunächst werden statistische Daten zu Geburtenziffern und Fertilität in Deutschland und im internationalen Vergleich präsentiert und Gründe für die niedrige Geburtenzahl in diesem Land erörtert.

Der demografische Wandel, so wird unter anderem im Vorwort von Familienministerin Schröder deutlich, beeinflusst alle privaten und öffentlichen Lebensbereiche immens.

Die Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik befassen sich eingehend mit der Frage nach den Gestaltungsmöglichkeiten, aber auch den Grenzen politischer Einflussnahme, um eine realitätsbezogene, effektive familienpolitische Arbeit zu unterstützen.

»Familienpolitik und Fertilität: demografische Entwicklungen und politische Gestaltungsmöglichkeiten« ist als PDF erhältlich.

Kontakt:

www.bmfsfj.de/service/publikationen

Geschlechterkonstruktionen in Schulbüchern

»Geschlechterkonstruktionen und die Darstellung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und Inter* (LSBTI) in Schulbüchern«, so der vollständige Titel einer gleichstellungsorientierten Analyse für die Unterrichtspraxis.

Die Studie von Marion Bittner im Auftrag der Gewerkschaft Erziehung

und Wissenschaft (GEW) handelt von Geschlecht und Sexualität in deutschsprachigen Schulbüchern. Vor allem in den Biologiebüchern findet die Autorin zahlreiche Beispiele für Heteronormativität: In aller Regel wird nur die Penetration durch den Penis als sexuelle Praktik angeführt, zudem wird dem Jungen oder Mann eine eher aktive, dem Mädchen, der Frau eine passive Rolle zugeschrieben.

Die Broschüre ist im GEW-Shop unter der Artikelnummer 1452 erhältlich. Mindestbestellmenge sind 10 Exemplare zum Einzelpreis von 3,50 Euro. Zudem steht die Studie als PDF im Netz.

Bestelladresse:

Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
Vorstandsbereich Frauenpolitik
Reifenberger Str. 21
60489 Frankfurt
gew-shop@callagift.de
www.gew-shop.de
Telefax (06103) 30 33 220
www.gew.de/Binaries/Binary88533/
Schulbuchanalyse_web.pdf

ARBEITSHILFEN

Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Die Handreichung »Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen« enthält umfangreiches didaktisches Material für pädagogische Fachkräfte, das die Bildungsinitiative QUEERFORMAT erstellt hat. Beauftragt wurde sie vom Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB).

Die 145-seitige Publikation sensibilisiert für die Relevanz des Themas in der Kinder- und Jugendhilfe, schafft einen Überblick über aktuelle Problemlagen, vermittelt Hintergrundwissen und bietet Praxismaterialien wie eine Checkliste zur Selbstevaluation von Einrichtungen, Handlungsempfehlungen und -strategien. Erstmals liegt im deutschsprachigen Raum eine derart umfassende Handreichung für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vor.

Der Abschnitt »Service« enthält kommentierte Literaturlisten, Materialempfehlungen sowie Adressen von Beratungsstellen in Berlin. Bestellt

werden kann die Arbeitshilfe für 5 € zzgl. Versandkosten.

Kontakt:

www.queerformat.de/kinder-und-jugend-hilfe/publikationen-und-materialien/

aufgeklärt, selbstbestimmt und fair

Nach Befunden der BZgA ist der Sexualkundeunterricht für die Sexualaufklärung Jugendlicher von größter Bedeutung: Laut der Studie »Jugendsexualität 2010« geben mindestens drei Viertel der befragten Mädchen und Jungen an, dass ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung aus dem Schulunterricht stammen. In Kooperation mit allen Kultusministerien der Länder hat die BZgA vor diesem Hintergrund die neunteilige Schriftenreihe »aufgeklärt, selbstbestimmt und fair« mit Unterrichtsmaterialien zur Sexualaufklärung in der Schule entwickelt.

Heft 1 trägt den Titel »Sexualität und Sexualerziehung – Grundlagen« und umfasst 33 Seiten. Darin sind Konzeption und inhaltliche Schwerpunkte für eine umfassende Sexualaufklärung in den Jahrgangsstufen 5 bis 13 enthalten. Ein Unterrichtsbaustein ermöglicht Lehrerinnen und Lehrern den Einstieg in die schulische Sexualaufklärung. Weitere Hefte werden Themen wie »Kinderwunsch«, »Wir beide«, »Elternschaft und Familie«, »Ich mag mich!« oder »Zwischen Anmache und Gewalt« behandeln. Im Herbst 2012 erscheint Heft 2 mit dem Titel »Jungen und Mädchen«.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Telefax (0221) 89 92 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 20490100
www.bzga.de/infomaterialien/
unterrichtsmaterialien
www.schule.loveline.de

Familienbegleitung von Anfang an

Wie können Geburtsvorbereitungskurse, Eltern-Baby-Gruppen und andere Angebote der frühen Familienbildung so konzipiert werden, dass sie die vielfältigen Bedürfnisse der Familien erfassen und eine umfassende Begleitung ermöglichen?

Die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit e.V. (GfG) hat mit Unterstützung der BZgA das Handbuch »Familienbegleitung von Anfang an – Grundlagen und Anregungen für Geburtsvorbereitung, Rückbildung-Neufindung und Fabel-Kurse« herausgegeben. Es richtet sich an Kursleiterinnen und -leiter sowie andere im Themenfeld der frühen Familienbildung engagierte Fachleute.

Das 250seitige Handbuch gibt einen umfassenden Einblick in die pädagogischen Konzepte und das gesellschaftspolitische Engagement der GfG, die gesellschaftspolitischen Hintergründe des Elternwerdens, methodisch-didaktisches Handwerkszeug zur Gruppenleitung sowie medizinisches und psychosoziales Grundwissen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternsein. Zudem werden die Erfordernisse und Chancen der Integration von Menschen mit Migrationsgeschichte sowie der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in der frühen Familienbildung erläutert.

Das Handbuch kann kostenlos bei der BZgA angefordert werden.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Telefax (0221) 89 92 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 13644000

TAGUNGEN

Entdeckt, was in euch steckt!

Selbstbehauptung, Flirten, einen Rapsong entwickeln, Fotografie, Tanz, Stoff- und Papierarbeiten, Ernährung, Tiere, Natur, Trommeln ... das Workshop-Angebot bei der 8. Mädchenkonferenz für Mädchen und junge Frauen mit Behinderung ist enorm groß.

Vom 12. bis 14. Oktober 2012 haben sie die Möglichkeit, ihre Vorlieben, Ideen und Pläne zu entdecken und zu entfalten. Die Teilnahme findet ohne Eltern statt. Für Begleitpersonen ist ein kleines Rahmenprogramm geplant. Die Mädchenkonferenz »Entdeckt, was in euch steckt!« des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm) findet in Zusammenarbeit mit den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel statt und wird von DAK und Aktion Mensch gefördert.

Kontakt:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)
 Brehmstraße 5-7
 40239 Düsseldorf
 Heide Adam-Blaneck
 Telefon (02 11) 64 00 41 6
 Telefax (02 11) 64 00 42 0
 heide.adam-blaneck@bvkm.de

Zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Kriminalisierung

Die Fachtagung der Hochschule Merseburg am 27. und 28. September 2012 befasst sich mit dem nach wie vor tabuisierten Thema Schwangerschaftsabbruch.

Die Tagung will einen Beitrag zur Überwindung der Sprachlosigkeit leisten und der Diskussion neue Impulse verleihen. Historische, rechtliche, psychologische, medizinische und fachpolitische Aspekte werden erörtert. Am Schluss wird es um die Frage nach zukünftigen Akteuren und Inhalten gehen. Zur Tagung eingeladen sind wissenschaftliche Expertinnen und Experten, Studierende, Beratende, Ärztinnen, Ärzte und alle am Thema Interessierte.

Kontakt:

tagung@ifas-home.de
 nadine.schlag@stud.hs-merseburg.de
 ulrike.busch@hs-merseburg.de
 www.hs-merseburg.de

Männer in der Elementarpädagogik

Die Koordinationsstelle »Männer in Kitas« veranstaltet im September 2012 die internationale Konferenz »Männer in der Elementarpädagogik« mit Experten und Expertinnen aus zwölf europäischen Ländern, den USA und Neuseeland. Dort sollen Ergebnisse deutscher Projekte (ESF-Modellprojekte, Quereinsteigsprogramm und die sogenannte »Tandem-Studie«) sowie Forschungs- und Praxisprojekte anderer Länder vorgestellt und diskutiert werden.

Die Konferenzsprachen sind deutsch und englisch. Die Vorträge werden simultan gedolmetscht. Weitere Informationen enthält die unten angegebene Website.

Kontakt:

Katholische Hochschule für Sozialwesen
 Koordinationsstelle Männer in Kitas

Köpenicker Allee 39–57
 10318 Berlin
 Telefon (030) 50 10 10 935
 www.koordination-maennerinkitas.de/
 internationale-konferenz

DOKUMENTATIONEN

frauen leben. Familienplanung und Migration

Am 26. und 27. Oktober 2010 fand in Berlin die wissenschaftliche Abschluss-tagung zu der von der BZgA geförderten Studie »frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf« statt. Bei dieser Studie lag der Fokus auf Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund, deren Geschichten, reproduktiven Biografien und aktueller Lebenssituation. Im Zentrum der interdisziplinären Tagung, auf der viele weitere aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert wurden, stand die Frage, wie Migration Familienplanungsprozesse beeinflusst. Migrationsbewegungen in Europa, Wanderungsmotive, Bedarfe und Erreichbarkeit von Migrantinnen, Geschlechterbilder, kontrazeptives Verhalten, Fertilität und Beratung sind nur einige der vielen debattierten Themen dieser zwei Tage. Die 90-seitige Dokumentation kann bei der BZgA bestellt werden.

Bestelladresse:

BZgA
 51101 Köln
 Telefax (0221) 89 92 257
 order@bzga.de
 Best.-Nr. 13315000

INTERNET

Newsletter GIB AIDS KEINE CHANCE aktuell

Anlässlich des Jubiläumskongresses der Deutschen STI-Gesellschaft, der Mitte Juni 2012 in Berlin stattfand, widmet sich der Newsletter GIB AIDS KEINE CHANCE aktuell dem Schwerpunktthema »Sexuell übertragbare Infektionen« (STI). Er informiert über die Neuausrichtung der Aids-Kampagne der BZgA und die Bedeutung der STI-Prävention innerhalb der Aidsaufklärung. So können sexuell übertragbare Infektionen das Risiko einer HIV-Infektion um das Zwei- bis Zehnfache

steigern. Außerdem erhöhen sie die Infektiosität von Menschen mit HIV und können unbehandelt gravierende gesundheitliche Spätfolgen für die Betroffenen nach sich ziehen. Darüber hinaus berichtet der Newsletter über die Bedeutung der Antiretroviralen Therapie (ART) und vieles mehr.

Kontakt:

www.gib-aids-keine-chance.de/aktuelles

Methodenfinder

Für Fachleute, die auf der Suche nach einer Präventionsmethode zu Themen wie HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sind, bietet die BZgA jetzt einen »Methodenfinder« an. Er liefert über eine einfach zu bedienende Suchmaske Methodenvorschläge, die genau zu dem jeweiligen Präventionsvorhaben passen. Auf Knopfdruck ist das Downloaden eines Komplettpakets mit einer ausführlichen Anleitung zur Anwendung der Methoden, Begleitmaterialien und Kopiervorlagen möglich. Neben jenen zur HIV- und STI-Prävention enthält der Methodenfinder auch zahlreiche Methoden aus dem Bereich der Sexualaufklärung.

Kontakt:

www.gib-aids-keine-chance.de/
 Methoden

Internetleitfaden JugendFilmTage

Über die JugendFilmTage »Sexualität, Liebe, Freundschaft und HIV/Aids« können vor allem Jugendliche mit den Inhalten der HIV/Aids-Prävention und Sexualaufklärung erreicht und neue tragfähige Netzwerke um das gemeinsame Projekt etabliert werden.

Die JugendFilmTage verbinden altersadäquate Filmvorführungen, Mitmach-Aktionen und Workshops für Lehrkräfte. Zudem bringen sie regionale Akteure aus der Beratungs- und Präventionsarbeit mit den Schulen zusammen. Unter www.jugend-film-tage.de finden Interessierte den neuen Internet-Leitfaden, der das Projekt und die einzelnen Umsetzungsschritte vorstellt.

Kontakt:

www.jugend-film-tage.de

Online-Kondometer

Für jeden das passende Kondom: Die Website www.kondometer.de bietet nun

auch online Orientierung bei der Suche nach der richtigen Kondomgröße. Das Kondometer kann weiterhin kostenlos bei der BZgA bestellt werden.

Kontakt:

www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/safer_sex/kondometer.php

FORTBILDUNGEN

Weiterbildung zur Sexualpädagogin/zum Sexualpädagogen 2012–14

Das Institut für Sexualpädagogik (isp) bietet in Deutschland seit 1989 jährlich eine sexualpädagogische Weiterbildung für Interessierte aus Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland an.

Die Weiterbildung richtet sich an Personen, die in der Präventions- und Bildungsarbeit, in der Beratung, Erziehung oder Pflege tätig sind und sich für den alltäglichen Umgang mit Sexualität in ihren Institutionen oder für die geplante sexualpädagogische Arbeit mit bestimmten Zielgruppen qualifizieren möchten.

Das neunteilige Angebot findet von November 2012 bis Januar 2014 in Remagen-Rolandseck, Rheinland-Pfalz, statt.

Kontakt:

Institut für Sexualpädagogik (isp)
Huckarder Straße 12
44147 Dortmund
Telefon (0 231) 14 44 22
Telefax (0231) 16 11 10
mail@isp-dortmund.de
www.isp-dortmund.de

Telefax (0231) 16 11 10
mail@isp-dortmund.de
www.isp-dortmund.de

INSTITUTIONEN

Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) – Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss qualifizierter Beraterinnen und Berater in Deutschland, die Erfahrung in der psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch und ungewollter Kinderlosigkeit haben. Diese Beratung richtet sich an Frauen und Männer mit Kinderwunsch, von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffene sowie in diesem Bereich professionell Tätige (z.B. medizinische, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte).

Arbeitsschwerpunkte von BKID sind die psychosoziale Beratung und Begleitung unabhängig von einer Kinderwunschbehandlung sowie vor, während und nach einer solchen, gesundheitliche Prävention zur Verhinderung von Fertilitätsstörungen sowie Diskussionsbeiträge zu gesellschaftspolitischen Ursachen und Auswirkungen von ungewollter Kinderlosigkeit.

Kontakt:

www.bkid.de

Update Sexualpädagogisches Arbeiten

Das »Update Sexualpädagogisches Arbeiten mit Schulklassen und anderen Gruppen« ermöglicht Fachkräften, das Methoden- und Medienrepertoire kritisch zu überprüfen. Es vermittelt neue methodische Impulse, bietet einen aktuellen Überblick über Medien und Materialien, reflektiert deren Einsatz in Gruppen und gibt die Möglichkeit zur Fallbesprechung.

Es findet am 15. Februar 2013 in Würzburg statt.

Kontakt:

Institut für Sexualpädagogik (isp)
Huckarder Straße 12
44147 Dortmund
Telefon (0 231) 14 44 22

Die Medien und Materialien der BZgA im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung stehen grundsätzlich auch als pdf-Dateien zum Download zur Verfügung:
www.sexualaufklaerung.de

Berichte

- 3 Ungewollte Kinderlosigkeit darf kein Tabuthema sein!
Kristina Schröder
- 6 Geburtenentwicklung und Kinderwünsche in Deutschland
Kerstin Ruckdeschel, Jürgen Dorbritz
- 11 Zur Psychologie des nachlassenden Kinderwunsches:
Warum wollen so wenige Menschen so wenige Kinder?
Rainer Dollase
- 15 Prävention von Fertilitätsstörungen
Bernhard Strauß, Anke Matthes, Josephine Fügener
- 19 Erfolgsraten und Qualitätskontrollen in der
Reproduktionsmedizin
Klaus Bühler, Thilo Schill, Friedrich Gagsteiger
- 26 Kinderwunsch und professionelle Beratung
Tewes Wischmann
- 30 Zum Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit
Kerstin Brusdeylins
- 34 Ganz privat ist auch politisch.
Frauenpolitische Anmerkungen zur Debatte um
Kinderwunsch und Kinderlosigkeit
Margaretha Kurmann
- 38 Sara – ein bayerisches Modellprojekt zum Thema
»Beratung im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches«
Birgit Mayer-Lewis

Infothek

- 42 Broschüren, Studien, Arbeitshilfen, Tagungen,
Dokumentationen, Internet, Fortbildungen, Institutionen

FORUM *Sexualaufklärung und Familienplanung*

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

www.forum.sexualaufklaerung.de

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung/BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA
Erscheint jährlich dreimal.
Aufnahme nach 1996,1
ISSN 2192-2152

Konzeption:
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Verantwortlich:
Monika Hünert
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt

Layout und Satz:
Dietmar Burger, Berlin
Druck: Rasch, Bramsche
Auflage: 1.14.09.12

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
1–2012 ist kostenlos erhältlich unter der
Bestelladresse
BZgA, 51101 Köln
Best.-Nr. 13329220
order@bzga.de
Alle Rechte vorbehalten.
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.
Diese Zeitschrift wird von der BZgA kostenlos
abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch
die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte
bestimmt.

