

aus Ländern mit einem hohen Fertilitätsniveau wie Syrien, Irak und Kosovo gehören. Allerdings ist die Geburtenrate auch bei Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit angestiegen: Deren zusammengefasste Geburtenrate lag im Jahr 2006 bei 1,28 und 2016 bei 1,46.²⁸ Wie auch in vielen anderen entwickelten Ländern hat sich der Ausbau von Kinderbetreuung positiv auf die Geburtenrate ausgewirkt, da so die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert wurde.²⁹ Das 2007 eingeführte Elterngeld hat zu einem Anstieg der Geburten nur in der Gruppe der über 35-jährigen Akademikerinnen geführt.³⁰

2.2 Der Aufschub der Geburten in Deutschland

Der ab den 1960er Jahren einsetzende Geburtenrückgang und der Anstieg beim Alter der Erstgeburt sind bestimmende Merkmale des sogenannten zweiten

demografischen Übergangs³¹ und charakterisieren das generative Verhalten in allen hochmodernen Gesellschaften in Europa, Nordamerika und Ostasien. In der Bundesrepublik Deutschland lag das Erstgebärenden-Alter bis zum Jahr 1977 bei unter 25 Jahren und ist seitdem bis auf 29,7 Jahre im Jahr 2014 in den alten Bundesländern angestiegen (siehe Abbildung 2). Frauen sind heute bei der Geburt des ersten Kindes also im Durchschnitt etwa 5 Jahre älter als noch vor vier Jahrzehnten. In der DDR lag das Erstgebärenden-Alter deutlich niedriger bei 22–23 Jahren. Nach der Wiedervereinigung stieg es sprunghaft an und betrug 2014 in den neuen Bundesländern 28,4 Jahre. In Gesamtdeutschland liegt das Erstgebärenden-Alter inzwischen bei durchschnittlich 29,6 Jahren im Jahr 2015³². Das durchschnittliche Alter bezogen auf alle Geburten, also auch auf zweite, dritte und weitere Kinder, liegt 2015 bei 31,0 Jahren.³³

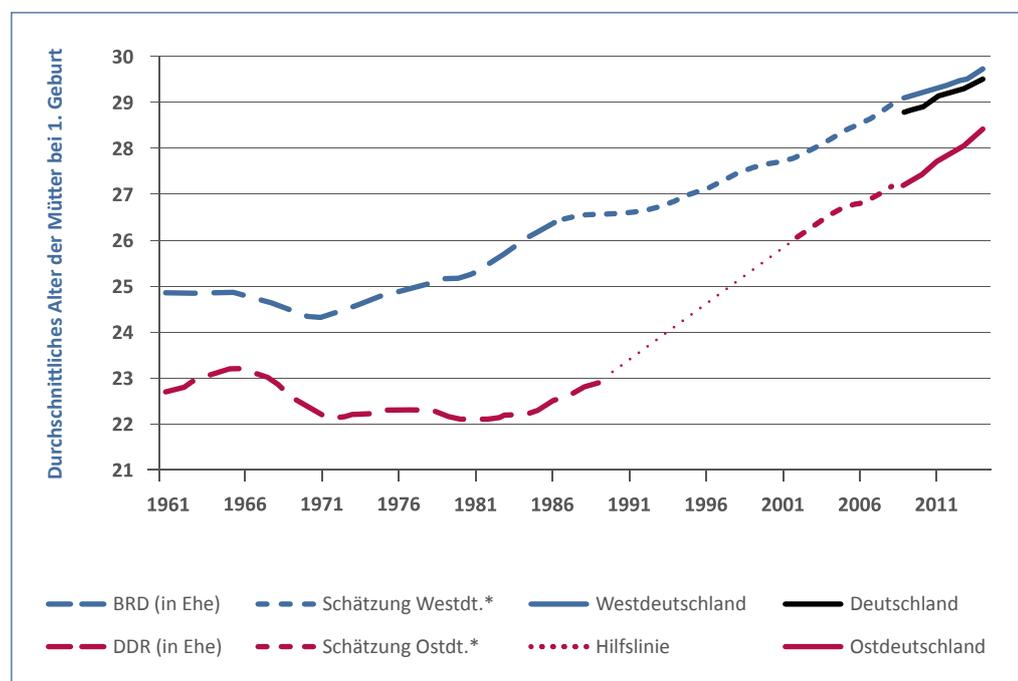


Abbildung 2: Durchschnittliches Alter von Erstgebärenden in Deutschland 1960–2014

Quelle: Bujard & Diabaté (2016), S. 399, Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2013, 2016; Luy & Pötzsch (2010).

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

²⁹ Vgl. Gauthier (2007); Bujard (2011); Luci-Greulich & Thévenon (2013).

³⁰ Vgl. Bujard & Passet (2013).

³¹ Vgl. Van de Kaa (1987).

³² Vgl. Statistisches Bundesamt (2016a).

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016a).

Der Anteil von Erstgeburten nach dem 35. Geburtstag ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen: zwischen den Dreijahreszeiträumen 2002–2004 und 2012–2014 um über 40%.³⁴ Der Anteil der Erstgeburten im Alter von 40 Jahren hat sich innerhalb dieses Jahrzehnts sogar mehr als verdoppelt. Das Erstgebäralter ist bei Akademikerinnen besonders hoch: In den Jahren 2012–2014 bekamen 36,4% der Mütter ihr erstes Kind im Alter ab 35 Jahren. Betrachtet man alle Frauen mit Hochschulabschluss, sind an ihrem 35. Geburtstag erst weniger als die Hälfte Mutter (46%). Weitere 28% bleiben ihr Leben lang ohne Kinder, während 26% noch Kinder bekommen.³⁵

2.3 Ursachen von Kinderlosigkeit

Für Kinderlosigkeit gibt es drei wesentliche Gründe: fehlender Kinderwunsch, Aufschieben der Umsetzung des Kinderwunsches sowie Infertilität bzw. Subfertilität. Dabei können sich diese Faktoren im Lebenslauf verändern und wechselseitig beeinflussen.

Fehlender Kinderwunsch und zu langes Aufschieben der Umsetzung des Kinderwunsches

Der Anteil der Frauen und Männer, die sich grundsätzlich keine Kinder wünschen, ist erheblich kleiner als die tatsächlich beobachtbare Kinderlosigkeit. Bei den „gewollt Kinderlosen“ muss man zwischen denjenigen, „die *momentan* kein erstes Kind wollen“, und denen, die nie ein Kind haben wollen, differenzieren.³⁶ Daher unterscheiden sozialwissenschaftliche Befragungen zwischen allgemeiner und zeitlich konkreter Handlungsabsicht sowie zwischen idealem und realem Kinderwunsch.³⁷ Lebenslang kinderlos zu blei-

ben betrachten je nach Survey und Alter zwischen 2 und 8% der Frauen und 2 bis 7% der Männer als persönliches Ideal.³⁸ Beim Vergleich des Wunsches, kinderlos zu bleiben, mit der realen Kinderlosigkeit zeigt sich, dass nur ein kleiner Teil der tatsächlich dauerhaft Kinderlosen dies ursprünglich so gewollt hat. Dieser Anteil lässt sich bei den Frauen der Jahrgänge 1957–1971 gut berechnen: Sie sehen zu nur 4% Kinderlosigkeit als persönliches Ideal, sind aber zu 19% kinderlos.

Bei vielen Frauen und Männern ist die Kinderlosigkeit nicht von vornherein geplant, vielmehr ist der Kinderwunsch aus verschiedenen Gründen schließlich nicht realisiert worden. Dass der Kinderwunsch im Lebensverlauf instabil ist,³⁹ hat mehrere Gründe: Zum einen ist er von den konkreten Lebensumständen abhängig. Dazu zählen die biologische Fähigkeit, Kinder zu bekommen, adäquate berufliche und ökonomische Rahmenbedingungen, Unterstützung durch das Umfeld, institutionelle Rahmenbedingungen wie Kinderbetreuung und nicht zuletzt eine rechtzeitige Umsetzung des Kinderwunsches im Lebensverlauf. Zweitens hängt der Kinderwunsch auch von dem der Partnerin/des Partners ab, insbesondere beim Übergang von Wünschen zu konkreten Intentionen.⁴⁰ Drittens kann sich der Kinderwunsch ändern, wenn im Umfeld Kinder geboren werden und dadurch „Ansteckungseffekte“ entstehen.⁴¹

In der Demografieforschung verbreitete Erklärungen⁴² führen die Ursachen für den Anstieg von Kinderlosigkeit im zweiten demografischen Übergang auf einen Wertewandel⁴³ zurück, durch den sogenannte postmaterielle Werte wie Individualisierung, persönliche Freiheit und Emanzipation einen höheren Stellenwert erhalten

34 Vgl. Bujard & Diabaté (2016).

35 Vgl. Bujard & Diabaté (2016).

36 Wippermann (2014), S. 10.

37 Vgl. Philipov & Bernardi (2012).

38 Vgl. Testa (2012).

39 Vgl. Allmendinger & Haarbrücker (2013), S. 33.

40 Vgl. Miller et al. (2004).

41 Vgl. Balbo & Barban (2014).

42 Vgl. Van de Kaa (1987); Lesthaeghe (2010).

43 Vgl. Inglehart (1990).

haben. Sexualität, Fortpflanzung und Ehe wurden durch veränderte Einstellungen und neue Verhütungsmethoden seit Mitte der 1960er Jahre zunehmend entkoppelt und die Akzeptanz kinderloser Lebensformen hat zugenommen.

Zudem haben die globalen Veränderungen der hochkompetitiven Arbeitsmärkte mit der Abnahme einfacher und der Zunahme komplexer Arbeitsverhältnisse dazu beigetragen, dass die Erwartungen an Flexibilität und Mobilität viele Beschäftigungsverhältnisse prägen.⁴⁴ Dadurch verlagert sich die berufliche Etablierung für viele weiter nach hinten, was den Entschluss zur Elternschaft in der Tendenz in spätere Lebensabschnitte verschiebt.

Der Aufschub der Familiengründung ist wesentlich für das Verständnis der hohen Kinderlosigkeit. Der Anteil biologisch-medizinisch begründeter Kinderlosigkeit lässt sich zwar in Teilen von den sozialstrukturellen, kulturellen und ökonomischen Verhaltensfaktoren abgrenzen, jedoch gibt es eine Interaktion dieser Faktoren, wenn man die Lebensverlaufsperspektive berücksichtigt. Denn dieser Aufschub hat gesellschaftliche Ursachen und impliziert gleichzeitig biologische Veränderungen der Fruchtbarkeitschancen. Dieses zunehmende Verschieben eines Kinderwunsches – oft über das Alter von 35 Jahren hinaus – korrespondiert mit der nachlassenden Fruchtbarkeit von Frauen in diesem Alter.⁴⁵ Auch die Zeugungsfähigkeit von Männern nimmt im Lebensverlauf ab, wenn auch nicht so früh und rapide wie die Empfängnisfähigkeit bei Frauen.⁴⁶ Das Zeitfenster für eine Geburt wird dadurch immer kleiner, und immer mehr Paare versuchen erst dann ihren Kinderwunsch zu erfüllen, wenn die Wahrscheinlichkeit, die gewünschte Kinderzahl zu erreichen, bereits gesunken ist.⁴⁷

Die Ursachen für den steigenden Anteil dauerhaft kinderloser Frauen sind – wie oben bereits angedeutet – vielfältig.⁴⁸ Der Anstieg der Kinderlosigkeit hat bei der Generation der Frauen begonnen, die Ende der 1960er Jahre in das reproduktive Alter kamen. Der zunehmende Anteil von Frauen im Bildungssystem und im Arbeitsmarkt hat die Optionen jenseits von Mutterschaft enorm erhöht.⁴⁹ Bislang wurde das Vereinbarkeitsproblem in Deutschland häufig durch Teilzeit und prekäre Beschäftigungen der erwerbstätigen Mütter bewältigt, die gleichzeitig die Hauptlast der Haus- und Erziehungsarbeit leisten, was auf dem Arbeitsmarkt zu sozialer Ungleichheit führt und die Umsetzung von Kinderwünschen erschwert.⁵⁰ Denn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für viele Frauen und Männer heute eine maßgebliche Voraussetzung für die Entscheidung zum Kind. Dazu gehört neben einer kinder- und familienfreundlichen Infrastruktur – insbesondere einem qualitativ hochwertigen Angebot von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen – auch eine geschlechtergerechte Teilung der Erziehungs, Betreuungs- und Pflegeaufgaben.⁵¹ Der internationale Vergleich zeigt, dass Industrieländer mit hoher Frauenerwerbsquote durchaus ein hohes Fertilitätsniveau aufweisen können.⁵² Die familienpolitischen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Akzeptanz der Gleichstellung der Geschlechter stellen die entscheidenden Faktoren dar.⁵³

All diese gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen Gründe können nicht nur die Zunahme von Kinderlosigkeit, sondern auch den rapiden Anstieg des Erstgeburtsalters erklären. Dadurch steigt

44 Vgl. Blossfeld et al. (2005).

45 Vgl. Dunson et al. (2004).

46 Vgl. Sartorius & Nieschlag (2010).

47 Vgl. Bertram et al. (2011); Habbema et al. (2015).

48 Vgl. Mynarska et al. (2015); Kreyenfeld & Konietzka (2017).

49 Vgl. Beck-Gernsheim (2006); Becker (1991).

50 Vgl. Beck-Gernsheim (2006).

51 Vgl. Gerhard et al. (2003).

52 Vgl. Ahn & Mira (2002).

53 Vgl. Bujard (2011).

auch die Nachfrage nach und die gesellschaftliche Bedeutung von reproduktionsmedizinischen Leistungen. Gleichzeitig existiert die Gefahr, dass der bestehende Aufschubtrend durch eine Überschätzung der reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten noch dynamisiert wird.

Medizinische Ursachen von Kinderlosigkeit

Kernaufgabe der Fortpflanzungsmedizin ist es, Menschen, die an Infertilität/Subfertilität leiden, bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches zu helfen. Infertilität wird laut WHO als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach mindestens 12 Monaten regelmäßigem ungeschütztem Verkehr definiert.⁵⁴ Synonym wird von Sterilität, ungewollter Kinderlosigkeit oder Fertilitätsstörungen gesprochen, was mitunter zu Unschärfen führen kann.

Bei ungeschütztem Sexualverkehr sind 92 % der Frauen im Alter von 19 bis 26 Jahren nach einem Jahr sowie 98 % in dieser Altersgruppe nach zwei Jahren spontan schwanger. Die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, ist vom Alter der Frau abhängig.⁵⁵ Noch in der Altersgruppe der Frauen von 35 bis 39 Jahren sind immerhin 82 % nach einem Jahr schwanger und 90 % der Frauen nach zwei Jahren.⁵⁶

Frauen, bei denen Eileiter oder Eizellen nicht (mehr) vorhanden sind und/oder bei denen die Gebärmutter nicht angelegt ist oder operativ entfernt wurde, gelten als absolut infertil. Beim Mann liegt Infertilität vor, wenn in zwei Spermogrammen keine Spermien im Ejakulat nachgewiesen wurden (Azoospermie). In den genannten Fällen besteht keine Möglichkeit

der Spontankonzeption. In allen anderen Fällen liegt hingegen eine Subfertilität vor, das heißt, es besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer spontanen Schwangerschaft. So tritt beispielsweise auch nach Indikationsstellung zu Methoden der assistierten Befruchtung (IVF/ICSI) in etwa 10–20 % der Fälle eine spontane Schwangerschaft ein, entweder in den Behandlungspausen oder auch nach Abschluss der Therapie.⁵⁷

Die weltweite Rate für Infertilität, also das zum Zeitpunkt der Datenerfassung aktuelle Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs über einen Zeitraum von 12 Monaten, beträgt im Durchschnitt 9 % (die Werte variieren von 3,5 bis 16,7%).⁵⁸ 4 % der Menschen bleiben lebenslang infertil⁵⁹ und 1–3 % aller Frauen erleben wiederholte Fehlgeburten⁶⁰.

Liegt bei einem Paar eine Infertilität vor, so sind die Ursachen hierfür in 55 % der Fälle bei der Frau zu finden, darunter Hormonstörungen (25 %)⁶¹, Störungen der Eileiterfunktion (20 %)⁶², Störungen der Gebärmutter⁶³ oder des Bauchfells

57 Vgl. Osmanagaoglu et al. (2002); Lange-Boettcher (2004); van Eekelen et al. (2017).

58 Vgl. Boivin et al. (2007).

59 Vgl. Schmidt et al. (1995); Gnoth et al. (2005); Slama et al. (2012).

60 Vgl. Toth et al. (2010).

61 Die hormonelle Steuerung des Eierstocks erfolgt im Wesentlichen durch die Hormone FSH (follikelstimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon). In den Steuerungsprozess mit einbezogen sind die Hormone Prolaktin und das Schilddrüsenhormon TSH. Weitere wesentliche Hormone sind die Hormone Östradiol, Testosteron, Progesteron und das Anti-Müller-Hormon. Leichtere Formen der Hormonstörungen wie z. B. eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) sind gut medikamentös zu behandeln.

62 Durch Infektionen können die Eileiter verschlossen sein oder sich Verwachsungen ausbilden. Das kann die Konzeptionschancen negativ beeinflussen. Dann kommt die operative Korrektur der Eileiter in Betracht.

63 Störungen der Gebärmutter (Anlagestörungen oder Myomknoten) haben für die Infertilität eine untergeordnete Bedeutung. Allerdings sollten Myome, die innerhalb der Gebärmutterhöhle (Cavum) liegen (submuköse Myome), operativ entfernt werden. Weiterhin spielen immunologische Faktoren und die Regulierung der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) eine Rolle. Vgl. hierzu Makrigiannakis et al. (2011).

54 Regelmäßiger Verkehr ist definiert als Geschlechtsverkehr im Zeitfenster der Fruchtbarkeit der Frau, das heißt im Zeitrahmen von ein bis drei Tagen vor der Ovulation und dem Ovulationstag selbst. Dabei ist die Frequenz nicht entscheidend; vgl. World Health Organization (2002); Zegers-Hochschild et al. (2009); Gurunath et al. (2011).

55 Vgl. Dunson et al. (2004).

56 Vgl. National Institute for Health and Care Excellence (2013).

mit Verwachsungen (10 %).⁶⁴ In etwa 30 % der Fälle liegen die Ursachen der Infertilität in Störungen beim Mann⁶⁵ begründet, darüber hinaus kann die Ursache der Infertilität in etwa 15 % der Fälle nicht weiter eingegrenzt werden (idiopathische Infertilität).⁶⁶ Einige der genannten Störungen sind medikamentös oder operativ behandelbar.

Auch Konstitution und Verhalten der Betroffenen haben Einfluss sowohl auf die Spontanschwangerschaftsrate als auch auf die Erfolgsraten der Infertilitätsbehandlung. So mindern beispielsweise Übergewicht, Untergewicht und Nikotinkonsum die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Schwangerschaft. Ebenfalls hat die gelebte Sexualität – insbesondere die Häufigkeit und der Zeitpunkt des vaginalen Verkehrs – einen wesentlichen Einfluss auf die spontane Schwangerschaftsrate. Von vielen Frauen⁶⁷ und Männern⁶⁸ wird psychischer Stress als einer der wichtigsten ursächlichen Faktoren für Fertilitätsstörungen angesehen.⁶⁹ Allerdings ist eine kausale Rolle von Stress bei Fertilitätsstörungen wissenschaftlich immer noch umstritten.⁷⁰ Bei der In-vitro-Fertilisation hat Stress jedenfalls keinen Einfluss auf das Eintreten einer Schwangerschaft.⁷¹

Bei Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit sind die medizinischen und psychischen Besonderheiten der betroffenen Frauen und Männer sowie des Paares zu betrachten (Alter, Häufigkeit des Sexualverkehrs), bevor therapeutische Schritte empfohlen werden.

Wie beschrieben, unterliegt die Fruchtbarkeit vielen Variablen, die teils medizinisch, teils aber auch sozial und kulturell begründet sind. In jedem Fall wird der individuelle Zeitraum zur Umsetzung eines Kinderwunsches durch den gesellschaftlichen Trend zu einem Aufschub der Geburten in ein höheres Lebensalter verengt (siehe Kap. 2.2.), wodurch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Hilfe der modernen Fortpflanzungsmedizin in Anspruch genommen wird.

64 Auch Endometriose kann mit Infertilität einhergehen. Hier ist Gebärmutter schleimhaut als natürliches Implantat insbesondere im Bereich des Bauchfells (Peritoneum) oder auch in der Gebärmutter vorhanden. Die Therapie besteht in einer operativen Entfernung der Endometrioseherde.

65 Die Spermien wachsen im Hoden über einen Zeitraum von etwa 2 Monaten heran. Die endgültige Ausreifung erfolgt im Nebenhoden, sodass das Wachstum der Spermien etwa 3 Monate dauert. Die Spermien werden beurteilt nach Menge des Ejakulates, Konzentration der Spermien/ml, Beweglichkeit und morphologischer Einschätzung unter dem Mikroskop. Zu den Grundlagen der Spermiabegutachtung und zu möglichen Therapien vgl. World Health Organization (2012).

66 Vgl. National Institute for Health and Care Excellence (2013).

67 Vgl. Lundsberg et al. (2014).

68 Vgl. Daumler et al. (2016).

69 Vgl. Wippermann (2014).

70 Vgl. Rossi et al. (2016).

71 Vgl. Boivin et al. (2011).