

BEITRÄGE ZUR BEVÖLKERUNGSWISSENSCHAFT

Herausgegeben durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Jasmin Passet-Wittig

Band 49

Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin

Eine sozialwissenschaftliche Analyse
von Paaren in Kinderwunschbehandlung



Verlag Barbara Budrich

Jasmin Passet-Wittig

Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin

BEITRÄGE ZUR
BEVÖLKERUNGSWISSENSCHAFT

Herausgegeben durch das
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)

Band 49

Jasmin Passet-Wittig

Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin

Eine sozialwissenschaftliche Analyse
von Paaren in Kinderwunschbehandlung

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2017

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich 02 - Sozialwissenschaften, Medien und Sport der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Jahr 2016 als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

© 2017 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0):
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung bei Verwendung der gleichen CC-BY-SA 4.0-Lizenz und unter Angabe der UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de



Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84742080>).

Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-2080-4 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-1062-1 (PDF)
DOI 10.3224/84742080

Titelbildnachweis: Heike Flora Herden / Fotolia

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de und BiB

Schriftleitung: Dr. Martin Bujard, BiB

Satz: Jasmin Passet-Wittig; Sybille Steinmetz, BiB

Druckerei: Strauss GmbH, Mörlenbach

Printed in Europe

Vorwort

Vor knapp vier Jahrzehnten gelang es einem Ärzteteam aus Cambridge erstmals, eine Eizelle außerhalb des weiblichen Körpers zu befruchten. Louise Brown wurde 1978 als erstes Kind nach einer In-Vitro-Fertilisation geboren. Seitdem gab es in Deutschland mehr als 225.000 Geburten nach dem Einsatz von künstlicher Befruchtung. Pro Jahr wurden zuletzt über 50.000 Frauen behandelt, jedoch mit unterschiedlichem Erfolg. Die Bedeutung der Reproduktionsmedizin bei unerfüllten Kinderwünschen und generell für die generative Entscheidung von Paaren nimmt zu – und wirft neue Forschungsfragen auf.

Bislang hat sich die sozialwissenschaftliche Forschung noch wenig mit dem Handeln und Entscheiden bei Infertilität im Kontext von Reproduktionsmedizin beschäftigt. In diesem Band gibt Jasmin Passet-Wittig einen umfassenden und kritisch-reflektierenden Überblick über die gesellschaftlichen, medizinischen und institutionellen Rahmenbedingungen des Handelns bei Infertilität und trägt dazu bei, diese Lücke zu schließen. Sie geht der Frage nach, wer die Paare sind, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden und wie Infertilitätserfahrung und Behandlung in deren Lebensverläufe eingebettet sind. Die Vielfältigkeit an Lebensphasen und Lebenssituationen, in denen sich die Paare beim Auftreten von Problemen bei der Umsetzung des Kinderwunsches befinden, wird aufgezeigt. Weiterhin beschäftigt sich die Autorin mit dem partnerschaftlichen Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. In der Monografie wird ein theoretisches Modell des partnerschaftlichen infertilitätsbezogenen generativen Handelns entworfen und einem ersten empirischen Test unterzogen.

Die Analysen in diesem Werk basieren auf den Daten der interdisziplinären Studie „Paare in Kinderwunschbehandlung“ (PinK), die vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung gemeinsam mit seinen Partnern von der Evangelischen Hochschule Darmstadt, dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz sowie dem Kinderwunschzentrum der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt und von der Autorin maßgeblich mitgestaltet wurde. Das Buch ist für Forscherinnen und Forscher der Disziplinen Soziologie, Gynäkologie, Demografie und Psychologie ebenso geeignet wie für Personen, die in Erwachsenenbildung und Politik tätig sind. Für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen ist die Arbeit sicherlich hilfreich für die Beratung und Betreuung der betroffenen Paare.

Die Publikationsreihe „Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft“ des BiB hat es sich zur Aufgabe gemacht, neue und vielversprechende Forschungsvorhaben rund um die demografische Forschung einer breiten wissenschaftlichen Öffentlichkeit zu präsentieren. Großer Dank geht an Britta Müller für das umsichtige Korrektorat und Sybille Steinmetz für die Feinarbeit beim Satz des Manuskriptes.

Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich eine anregende Lektüre.

Wiesbaden, November 2016
Martin Bujard

Danksagung

Diese Dissertation ist während meiner Zeit als Doktorandin am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung entstanden. Zunächst möchte ich dem Institutsleiter des BiB und meinem Erstbetreuer Herrn Prof. Dr. Norbert F. Schneider danken, der mein Vorhaben, mich mit dem Thema „Reproduktionsmedizin“ zu beschäftigen, von Anfang an unterstützt hat. Dankbar bin ich ihm auch für das entgegengebrachte Vertrauen und die hilfreichen Gespräche zum Thema. Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Peter Preisendörfer für die Bereitschaft als Zweitgutachter zu fungieren.

Diese vorliegende Arbeit ist eng verknüpft mit der PinK-Studie, einer Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung, die vom BiB gemeinsam mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz (ASU), der Evangelischen Hochschule Darmstadt (EHD) und dem Kinderwunschzentrum der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt wurde. Für die sehr intensive und konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit möchte ich mich bei allen Mitstreiterinnen und Mitstreitern herzlichst bedanken. Mein Dank gilt auch den fünf Kinderwunschzentren in Rheinland-Pfalz sowie dem Kinderwunschzentrum in Wiesbaden, die mit der Rekrutierung der Studienteilnehmer einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der PinK-Studie geleistet haben.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen am BiB bedanken. Viele dort haben mich auf die eine oder andere Art unterstützt. Die sehr kollegiale und konstruktive Arbeitsatmosphäre am Institut schätze ich sehr. Mein besonderer Dank gilt Heiko Rüger, der meine Arbeit an der Dissertation sehr intensiv begleitet hat. Zu großem Dank verpflichtet bin ich auch Detlev Lück, Martin Bujard und Yvonne Eich für ihr äußerst hilfreiches Feedback zu bestimmten Teilen des Manuskripts. Christian Fiedler danke ich für die Unterstützung bei der Erstellung von Abbildungen, Sybille Steinmetz für die Hilfe beim Textsatz und Britta Müller für die letzten Rechtschreibkorrekturen.

Zum Schluss möchte ich mich noch ganz besonders bei meiner Familie bedanken. Meinen Eltern Carmen und Steffen Passet danke ich dafür, dass sie mir meine Ausbildung ermöglicht, mich immer unterstützt und an mich geglaubt haben. Meiner Schwester Ines Passet sowie meiner Mutter danke ich auch für die intensive Begleitung und das Korrekturlesen in der Abschlussphase. Meinem Mann Paul Wittig bin ich für die mentale Unterstützung, seine Geduld und die Rücksichtnahme auf meine Bedürfnisse in den vergangenen Jahren unheimlich dankbar.

Wiesbaden, November 2016
Jasmin Passet-Wittig

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	11
Abbildungsverzeichnis.....	13
Abkürzungen.....	15
1 Einleitung	17
2 Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin – eine Einführung.....	23
2.1 Demografische Entwicklung in Deutschland.....	23
2.1.1 Veränderung von Partnerschaft und Lebensformen.....	24
2.1.2 Geburtenentwicklung.....	27
2.2 Infertilität – Verbreitung, medizinische Ursachen und Behandlung	32
2.2.1 Der Begriff „Infertilität“ im medizinisch-sozialwissenschaftlichen Diskurs.....	32
2.2.2 Verbreitung von Infertilität.....	35
2.2.3 Ursachen von Infertilität und Diagnostik.....	37
2.2.4 Behandlungsmöglichkeiten.....	41
2.3 Regulierung und Nutzung der Reproduktionsmedizin	44
2.3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen in Deutschland.....	45
2.3.2 Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland	57
2.3.3 Institutionelle Rahmenbedingungen und Nutzung im internationalen Vergleich.....	61
3 Die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität – Stand der Forschung	69
3.1 Inanspruchnahme medizinischer Hilfe: Verbreitung und Determinanten	69
3.1.1 Verbreitung der Nutzung medizinischer Hilfsangebote.....	70
3.1.2 Einflussfaktoren auf die Nutzung medizinischer Hilfe	72
3.2 Die zeitliche Dimension der Entscheidung für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe	80
3.2.1 Dauer des Gesamtprozesses.....	80
3.2.2 Der partnerschaftliche Entscheidungsprozess.....	81
3.3 Zusammenfassung und Forschungsdefizite.....	83
4 Theoretischer Rahmen.....	87
4.1 Forschungsperspektive: Handeln bei Infertilität und generatives Handeln.....	87
4.2 Theorien zum generativen Handeln mit Paarbezug.....	90
4.2.1 Mikroökonomische Theorien.....	91
4.2.2 Sozialpsychologische Erklärungsansätze.....	96
4.2.3 Die Lebensverlaufsperspektive	99
4.3 Medizinsoziologisches Modell der Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität.....	101
4.4 Integration der Erklärungsansätze	105
4.4.1 Grundannahmen zum Handeln bei Infertilität.....	106
4.4.2 Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext.....	108

5	Empirische Forschungsfragen und Hypothesen	117
5.1	Welche Paare nutzen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung und wie ist sie in deren Lebensverläufe eingebettet?	117
5.1.1	Präzisierung der Forschungsfrage und Relevanz	117
5.1.2	Annahmen	118
5.2	Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung?	119
5.2.1	Präzisierung der Forschungsfrage und Relevanz	119
5.2.2	Analysemodell und Hypothesen	121
6	Daten, Operationalisierungen und Methodik	133
6.1	Daten: eine Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung	133
6.2	Eingrenzung der Untersuchungspopulation	135
6.3	Operationalisierungen	136
6.3.1	Die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe	136
6.3.2	Operationalisierung der weiteren Variablen	138
6.4	Analysestrategie	142
7	Empirische Untersuchungen	151
7.1	Wer die Paare sind, die sich in Kinderwunschbehandlung begeben	151
7.1.1	Einbettung von Infertilitätserfahrung und Kinderwunschbehandlung in die Lebensverläufe der Partner und die Paarbiografie	152
7.1.2	Eine Typologie von Paaren in Kinderwunschbehandlung	157
7.1.3	Zusammenfassung	164
7.2	Warum sich manche Paare später in Kinderwunschbehandlung begeben als andere	167
7.2.1	Der Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin	167
7.2.2	Bivariate Analysen der Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses	172
7.2.3	Multivariate Analyse der Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses	181
7.2.4	Zusammenfassung	195
8	Fazit	201
8.1	Diskussion der empirischen Befunde	201
8.2	Limitationen der Gesamtstudie und Anknüpfungspunkte für weitere Forschung	210
8.3	Implikationen für Gesellschaft und Politik	213
	Literatur	217
	Anhang	235

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Art der Regulierung der Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich	63
Tabelle 2-2: Zugangsvoraussetzungen zur Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich	63
Tabelle 2-3: Regelungen zur Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen im internationalen Vergleich	64
Tabelle 2-4: Erlaubte reproduktionsmedizinische Verfahren im internationalen Vergleich	65
Tabelle 6-1: Definition des Analysesamples und Fallzahlen für die empirische Analyse	136
Tabelle 7-1: Alter beider Partner zum Zeitpunkt der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und des ersten Zentrumsbesuchs (t_2)	152
Tabelle 7-2: Bildungsstand (ISCED-97) beider Partner.....	153
Tabelle 7-3: Sozioökonomischer Status (SES) beider Partner und des Paares	153
Tabelle 7-4: Anzahl der Kinder der Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft	153
Tabelle 7-5: Deskriptive Statistik der für die Clusteranalyse verwendeten Paarmerkmale zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1).....	157
Tabelle 7-6: Finale Typologie von Paaren zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft	160
Tabelle 7-7: Weitere Beschreibung der Paartypen.....	163
Tabelle 7-8: Ereignisabfolge: erste Sorgen, Entscheidung für medizinische Hilfe und erster Besuch im Kinderwunschzentrum (KWZ)	170
Tabelle 7-9: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Soziodemografie, Paarbiografie und sozioökonomischen Situation der Paare mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.....	174
Tabelle 7-10: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Infertilität des Paares, zur Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.....	177
Tabelle 7-11: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung und zur weiteren gewünschten Kinderzahl mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.....	179
Tabelle 7-12: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)	182

Tabelle 7-13: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Infertilität des Paares, Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME).....	189
Tabelle 7-14: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: weitere gewünschte Kinderzahl (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)	191
Tabelle 7-15: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Geschlechterrollenvorstellungen (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)	192
Tabelle 7-16: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Vorstellbarkeit von Alternativen zur Reproduktionsmedizin (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME).....	193
Tabelle 7-17: Paartypologie und die Dauer des Entscheidungsprozesses (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME).....	194
 Tabellen im Anhang	
Tabelle A1: Übersicht über verwendete Fragen aus dem Fragebogen der PinK-Studie (Basiserhebung)	235
Tabelle A2: Fehlende Werte auf erklärenden Variablen (absolut und in %).....	240
Tabelle B1: Sensitivitätsanalyse zur Clusterstruktur der Daten der PinK-Studie.....	242
Tabelle C1: Paartypologie, Zwischenlösung der hierarchischen Clusteranalyse	243
Tabelle D1: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	244
Tabelle D2: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Infertilität des Paares, Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	245
Tabelle D3: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: weitere gewünschte Kinderzahl (Gamma Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	246
Tabelle D4: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Geschlechterrollenvorstellungen (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	247
Tabelle D5: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Vorstellbarkeit von Alternativen zur Reproduktionsmedizin (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	248
Tabelle D6: Paartypologie und die Dauer des Entscheidungsprozesses (Gamma Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten	249

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Entwicklung der Zahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen und die Zahl der Kinderwunschzentren in Deutschland (2001-2013).....	58
Abbildung 2-2: Beitrag der Reproduktionsmedizin zur Geburtenzahl in Deutschland (2001-2013).....	59
Abbildung 2-3: Erfolgsraten (Schwangerschaften/Geburten) nach Art der reproduktionsmedizinischen Behandlung in Deutschland (2001-2013)...	60
Abbildung 2-4: Zahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen pro 1 Million Einwohner im internationalen Vergleich (2009/2010).....	66
Abbildung 4-1: Schema allgemeinen generativen und infertilitätsbezogenen generativen Handelns.....	89
Abbildung 4-2: Allgemeines Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext.....	108
Abbildung 5-1: Analysemodell zur Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin....	122
Abbildung 7-1: Beziehungsbeginn der Paare in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1).....	154
Abbildung 7-2: Beginn der Kohabitation der Paare in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und des ersten Zentrumsbesuch (t_2)	155
Abbildung 7-3: Eheschließungen in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und des ersten Zentrumsbesuch (t_2)	156
Abbildung 7-4: Histogramm der Dauer des Entscheidungsprozesses	168
Abbildung 7-5: Zeitliche Abfolge der ersten Sorgen über die ausbleibende Schwangerschaft und des ersten Arztgespräches	169
Abbildung 7-6: Die zwei Phasen der Dauer des Entscheidungsprozesses: durchschnittliche Dauer und Anteile an der Gesamtdauer	171
Abbildung 7-7: Streudiagramme des Alters der Frau und des Mannes und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)	173
Abbildung 7-8: Streudiagramm der Beziehungsdauer und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)	175
Abbildung 7-9: Streudiagramm des sozioökonomischen Status (SES) des Paares und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)	176
Abbildung 7-10: Streudiagramm des Geschlechterrollenindex und Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)	180

Abbildung 7-11: Nicht-linearer Zusammenhang des Alters der Frau mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.....	183
Abbildung 7-12: Durchschnittlicher marginaler Effekt (AME) des Ehestatus auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Ausprägungen des Versicherungsstatus (Interaktionseffekt)	185
Abbildung 7-13: Durchschnittlicher marginaler Effekt (AME) des Ehestatus auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für verschiedene Ausprägungen des sozioökonomischen Status (Interaktionseffekt)	187
 Abbildungen im Anhang	
Abbildung B1: Vergleich verschiedener Varianzfunktionen, Residuenplots	241

Abkürzungen

AIC	Akaike Information Criterion
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIC	Bayesian Information Criterion
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DET	Double-Embryo-Transfer
DIR	Deutsches IVF-Register
ESchG	Embryonenschutzgesetz
eSET	elektiver Single-Embryo-Transfer
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLM	Generalisierte lineare Modelle
ICMART	International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
IFFS	International Federation of Fertility Societies
ISEI	Internationaler Sozioökonomischer Index des beruflichen Status (engl: International Socio-Economic Index of occupational status)
IUI	intrauterine Insemination
IVF	In-Vitro-Fertilisation
MESA	mikrochirurgische epidimyale Spermienaspiration
o. S.	ohne Seitenangabe
PID	Präimplantationsdiagnostik
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
TESE	testikuläre Spermienextraktion
TFR	Total Fertility Rate
TPB	Theory of Planned Behavior
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Der Mythos der generellen Planbarkeit von Familie hält sich hartnäckig, dabei erleben in Deutschland relativ viele Frauen längere Phasen, in denen trotz unverhüteten Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eintritt. Bezogen auf alle Frauen zwischen 20 und 44 Jahren ist es etwa jede fünfte (Helfferich 2001: 306). Dauert eine solche Phase mindestens ein Jahr, spricht man von Infertilität, was bedeutet, dass die Chance, schwanger zu werden, reduziert bis nicht vorhanden ist.¹ Es ist ein von Paaren in ihrer Familienplanung vielfach unterschätztes Problem, dass Kinderwünsche aus biologischen Gründen unerfüllt bleiben können. Wenn Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Kinderwunsches auftreten, wird dies von den Betroffenen häufig als Zäsur empfunden und ist für viele immer noch ein Tabu-Thema. Die eigene Unfruchtbarkeit und die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe werden gegenüber Familie und Freunden häufig geheim gehalten.

Die Reproduktionsmedizin unterstützt heute Paare mit Fertilitätsproblemen bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches. Seit der Geburt des ersten Babys mittels „künstlicher Befruchtung“ in England im Jahr 1978 sind noch nicht einmal vierzig Jahre vergangen. In dieser Zeit hat sich durch den medizinischen Fortschritt und durch die breite Verfügbarkeit reproduktionsmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten auch der Umgang mit Fertilitätsproblemen maßgeblich verändert. Die Zahl der Praxen, welche assistierte Reproduktionstechniken (ART) anbieten und fortan als Kinderwunschzentren bezeichnet werden, ist in Deutschland von 5 im Jahr 1982 auf 131 im Jahr 2014 gestiegen, genauso wie die Nutzung der dort angebotenen Behandlungsmöglichkeiten (DIR 2013: 11).² Dieser steigende Trend gilt nicht nur für Deutschland, sondern auch international (Kupka et al. 2014: 2100). Immer häufiger wenden sich demnach Frauen beziehungsweise Paare mit Fertilitätsproblemen an die Reproduktionsmedizin. Nave-Herz et al. (1996: 124) konstatierten bereits Mitte der 1990er Jahre, dass die Akzeptanz von Kinderlosigkeit durch die neuen Behandlungsmöglichkeiten abgenommen hat. Was sie damals festgestellt haben, gilt bis heute: Immer früher und häufiger werden die assistierten Reproduktionstechniken in Anspruch genommen, trotz relativ niedriger Erfolgsaussichten. Medizinische Angebote zur Erfüllung eines Kinderwunsches werden nicht nur am meisten, sondern auch zuerst genutzt, während Alternativen wie Adoption und Pflegeelternschaft – wenn überhaupt – erst später in Betracht gezogen werden (van Balen et al. 1997: 19). Für viele sind die Alternativen deutlich weniger attraktiv als die Reproduktionsmedizin, weil sie keine leibliche Elternschaft ermöglichen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich nicht nur die Reproduktionsmedizin rasant entwickelt. Auch das Geburtenverhalten der Deutschen hat sich maßgeblich verändert. Beide Entwicklungen sind eng miteinander verwoben. Seit den 1970er Jahren gilt Deutschland auch im internationalen Vergleich als Land mit dauerhaft niedriger Fertilität. Die Gesamtzahl der geborenen Kinder ist stark rückläufig, die Kinderlosigkeit steigt und gleichzeitig werden die Frauen bei der Familiengründung immer älter (BiB 2012). Bei bestimmten sozialen Gruppen wie den Akademikern sind die Zunahme der Kinderlosigkeit und der Anstieg des Erstgeburtsalters besonders auffällig (Statistisches Bundesamt 2013). Insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Erstgeburtsalters ist anzunehmen, dass zukünftig die Zahl der Paare mit Problemen bei der Umsetzung eines Kinderwunsches noch steigen wird. Denn mit dem Alter der Frau sowie des Mannes nimmt das Risiko von Ferti-

¹ An anderer Stelle wird noch ausführlicher auf die Definition von Infertilität eingegangen (Kapitel 2.2.1).

² Die Begriffe „assistierte Reproduktionstechniken“, „Reproduktionsmedizin“ und „reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung“ werden im nachfolgenden Text synonym verwendet.

tätsproblemen zu (van Noord-Zaadstra et al. 1991; Sartorius/Nieschlag 2010: 74). Viele der Paare, die Probleme erleben, werden sich mit den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin zumindest gedanklich auseinandersetzen. Sie werden sich über das Thema informieren, mit ihrem Partner³ und mit Ärzten Gespräche führen, und einige werden sich für die Nutzung der Reproduktionsmedizin entscheiden.

Die sozialwissenschaftliche Fertilitätsforschung hat sich bislang noch kaum mit unerfüllten Kinderwünschen, den Handlungsoptionen der von Infertilität betroffenen Paare und deren Entscheidungswegen auseinandergesetzt. In der Forschung zu den Wegen in die Kinderlosigkeit finden sich noch am ehesten Verweise auf Fertilitätsstörungen als eine Ursache für Kinderlosigkeit. Allerdings werden vorrangig soziale Prozesse, wie der Aufschub von Geburten im Lebensverlauf, als Ursache von Kinderlosigkeit thematisiert (siehe u. a. Hagestad/Call 2007; Mynarska et al. 2015; Tanturri/Mencarini 2008). Nur wenige sozialwissenschaftliche Arbeiten beschäftigen sich mit der Einbettung der Erfahrung eingeschränkter Fruchtbarkeit in die Lebensverläufe der betroffenen Individuen und Paare und mit der individuellen und partnerschaftlichen Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches (siehe u. a. Johnson/Johnson 2009; Nave-Herz et al. 1996; Onnen-Isemann 1996, 2000; Sol Olafsdottir et al. 2012; Ullrich 2012; Voß et al. 1994; White et al. 2006b). Dabei sind Entscheidungen im Kontext von (temporär) unerfüllten Kinderwünschen und Reproduktionsmedizin zentrale Komponenten des generativen Handelns und damit der sozialwissenschaftlichen Fertilitätsforschung. Hier existiert eine erhebliche Forschungslücke.

Im Gegensatz dazu ist die Vielzahl der publizierten Arbeiten zu medizinischen Ursachen von Infertilität, zu Diagnose- und Behandlungsmethoden und deren Anwendung kaum überschaubar. Auch die psychologische Forschung beschäftigt sich sehr umfassend damit, wie unerfüllte Kinderwünsche Frauen – seltener Männer oder Paare – belasten, wie sie mit der Situation umgehen und die medizinische Behandlung erleben (Greil 1997; Greil et al. 2010b). Manche werten die mit der Verbreitung der Reproduktionsmedizin einhergehende Fokussierung auf die medizinische Behandlung von Infertilität als Ausdruck der Medikalisierung der natürlichen Reproduktion (siehe u. a. Conrad 1992: 213). Damit ist gemeint, dass neben der Geburt selbst nun auch die eingeschränkte Fruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit sowie der Umgang damit vorrangig aus einer medizinischen Perspektive heraus thematisiert werden, dass medizinische Akteure die Deutungshoheit über das Thema haben und es entsprechend rahmen. Dabei geht es im Kern doch um die Umsetzung von Kinderwünschen und damit um generatives Handeln, einen zentralen Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Fertilitätsforschung.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit aus einer dezidiert sozialwissenschaftlichen Perspektive mit der Thematik unerfüllter Kinderwünsche und der Nutzung der Reproduktionsmedizin, ohne dabei die medizinische Dimension auszuklammern. Im Fokus stehen heterosexuelle Paare mit aus biologischen Gründen unerfüllten Kinderwünschen und deren Nutzung der Reproduktionsmedizin. *Das übergeordnete Ziel der Arbeit besteht darin, ein besseres Verständnis der Situation und des Handelns der von Infertilität betroffenen Paare im Hinblick auf die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung in Deutschland zu erlangen.* Um dieses Ziel zu erreichen, wird in zwei Schritten vorgegangen: Zunächst werden die Rahmenbedingungen des Handelns bei Infertilität in den Blick genommen und daran anschließend wird das partnerschaftliche Handeln und Entscheiden vor dem Hintergrund dieser Bedingungen analysiert.

³ Im Rahmen der Arbeit wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit häufig nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Im ersten Schritt geht es darum, den gesellschaftlichen, medizinischen und institutionellen Handlungskontext zu beschreiben. Damit wird eine geeignete Grundlage für die Untersuchung generativen Handelns bei von Infertilität betroffenen Paaren geschaffen, die sensibel ist für die verschiedenen Dimensionen der Thematik. Eine hervorgehobene Bedeutung nehmen dabei die institutionellen Rahmenbedingungen zur Anwendung und Nutzung reproduktionsmedizinischer Verfahren ein. Aus familiensoziologischer Perspektive sind die Regelungen besonders relevant, die festlegen, wer in Deutschland unter welchen Bedingungen mit reproduktionsmedizinischer Hilfe eine Familie gründen oder erweitern kann. Die Überlegungen fließen in die theoretische Modellbildung und Formulierung forschungsleitender Hypothesen ein und werden bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Im zweiten Schritt werden dann, ausgehend von dem übergeordneten Ziel der Arbeit, folgende Forschungsfragen empirisch untersucht:

- *Welche Paare nutzen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung und wie ist sie in deren Lebensverläufe eingebettet?*
- *Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung?*

Ziel der ersten Forschungsfrage ist es, herauszuarbeiten, in welchen Lebensphasen und Lebenssituationen sich die Paare befinden, wenn sie eine Infertilitäts Erfahrung machen und wenn sie ein Kinderwunschzentrum aufsuchen. Es wird gefragt, ob es typische Muster gibt und wie verbreitet diese in der Population von Paaren in Kinderwunschbehandlung sind. Über die Beschreibung der Paare, anhand individueller und paarbezogener soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale, lassen sich Bezüge zu Beziehungsmustern und Mustern generativen Verhaltens herstellen, wie sie von der Familiensoziologie und der Demografie allgemein beschrieben werden. Die Deskription wird als erster essentieller Schritt für ein besseres Verständnis der Situation von Paaren mit Fertilitätsproblemen betrachtet.

Ausgangspunkt für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage zu den Determinanten der Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses ist ein eigens entwickeltes theoretisches Mehrebenenmodell partnerschaftlichen Handelns bei Infertilität. Dieses Modell versteht das Handeln bei Infertilität grundsätzlich als Teil von generativem Handeln, sofern es auf die Umsetzung eines Kinderwunsches ausgerichtet ist. Entsprechend kann für die Erklärung auf Theorien zurückgegriffen werden, die in der Fertilitätsforschung für die Erklärung von partnerschaftlichen Fertilitätsentscheidungen zum Einsatz kommen. Das Erklärungsmodell wird auf den Entscheidungsprozess für die Nutzung der medizinischen Kinderwunschbehandlung angewendet und einem empirischen Test unterzogen.

Die Forschungsperspektive der Arbeit ist sozialwissenschaftlich. Die Arbeit bewegt sich jedoch notwendigerweise im Spannungsfeld zwischen Medizin, Psychologie und Soziologie beziehungsweise Demografie. Wie Miller und Pasta feststellen: „The determinants of human reproductive behavior [...] are at one and the same time profoundly biological, psychological, dyadic and social” (Miller/Pasta 1996: 307). Dementsprechend sollten interdisziplinär informierte Analysen und Erklärungen generativen Handelns im Partnerschaftskontext eher die Regel als die Ausnahme sein. Allerdings lässt sich feststellen, dass die Fertilitätsforschung zwar von einer stärker interdisziplinären Ausrichtung profitieren würde, aber dem Anspruch bislang nicht gerecht wird: „Citation patterns are highly disciplinary-specific, with articles often ignoring clearly relevant research published from other disciplines” (Balbo et al. 2013: 25). Für die Fragestellung der Arbeit drängt sich ein interdisziplinärer Ansatz geradezu auf. Eine wichtige Grundlage für das Verständnis des

Handelns derjenigen mit biologischen Fertilitätseinschränkungen bilden umfassende Kenntnisse der biologischen Ursachen von Fertilitätsstörungen, der Verfahren der Reproduktionsmedizin sowie der institutionellen Rahmenbedingungen für deren Anwendung und Nutzung. Für eine theoriegeleitete Analyse partnerschaftlichen generativen Handelns sind sozialpsychologische Erklärungsansätze hilfreich. Die demografische Entwicklung und die Entwicklung der Reproduktionsmedizin sind Teil eines gesamtgesellschaftlichen Prozesses und sollten nicht isoliert voneinander betrachtet werden.

Generatives Handeln hat auch dyadischen Charakter. In der Regel sind es nicht Individuen, die Fertilitätsentscheidungen treffen, sondern Paare. Dies gilt grundsätzlich auch für das Handeln bei Infertilität, welches genau dann ansetzt, wenn es auf natürlichem Wege mit der Umsetzung eines Kinderwunsches nicht klappt. Der Großteil der Forschung zu Infertilität und zur Nutzung medizinischer Hilfe berücksichtigt den Paarkontext bislang nur unzureichend. Der Fokus liegt in den Studien in der Regel auf der Frau. Entsprechend wenig ist darüber bekannt, welchen Einfluss Männer im Rahmen des Entscheidungsprozesses für die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung haben und wie die Partner miteinander interagieren. Dabei weisen einzelne quantitative und qualitative Studien auf die Relevanz des Partnerschaftskontextes für ein besseres Verständnis der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe durch von Infertilität betroffene Paare hin (Johnson/Johnson 2009; Sol Olafsdottir et al. 2013; Ullrich 2012). Die vorliegende Arbeit nimmt ganz bewusst Paare in den Blick und versucht, die individuelle und dyadische Dimension generativen Handelns theoretisch zu integrieren und gemeinsam empirisch zu analysieren. Von besonderem Interesse sind dabei Muster der Paarinteraktion im Rahmen des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin.

Eine Ursache für den begrenzten sozialwissenschaftlichen Forschungsstand kann in dem Fehlen geeigneter Datensätze gesehen werden, die von Infertilität betroffene Personen oder gar Paare enthalten, eine umfassende soziodemografische Beschreibung ermöglichen und neben medizinischen Aspekten auch verschiedene Einstellungen der Paare erheben. Für die empirischen Analysen dieser Arbeit werden aktuelle Daten der Basiserhebung der PinK-Studie aus dem Jahr 2012/13 verwendet (Passet-Wittig et al. 2014). Bei der PinK-Studie handelt es sich um eine interdisziplinär angelegte schriftliche Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung. Die Daten der Studie sind für die Zwecke dieser Arbeit in besonderer Weise geeignet, da der Datensatz 234 Paare enthält, bei denen beide Partner an der Befragung teilgenommen haben. Die Studienteilnehmer wurden in allen fünf rheinland-pfälzischen Kinderwunschzentren und dem Kinderwunschzentrum Wiesbaden rekrutiert.

Aufbau der Arbeit

In einem ersten Schritt werden die Rahmenbedingungen des Handelns bei Infertilität thematisiert (Kapitel 2). Damit wird die Grundlage gelegt für ein umfassendes Verständnis des Handelns der von Infertilität betroffenen Paare im Kontext der Reproduktionsmedizin. Grundsätzlich wird die Reproduktionsmedizin als Teil eines gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozesses verstanden. Der heutige Umgang mit Infertilität und die Bedeutung der Reproduktionsmedizin werden, ausgehend von den demografischen Entwicklungen in den Bereichen Partnerschaft und Fertilität, besser verständlich. Weiterhin wird die medizinische Definition von Infertilität kritisch reflektiert, um herauszuarbeiten, was Infertilität als medizinisches und soziales Phänomen auszeichnet. Auch die medizinischen Ursachen, die Verbreitung von Infertilität und die Behandlungsmöglichkeiten werden thematisiert. Nicht zu unterschätzen ist die Relevanz der institutionellen Rahmenbedingungen für die Anwendung und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland und damit auch für die

Analysen dieser Arbeit. Die Besonderheiten der deutschen Regelungen werden im Kontrast zu anderen Ländern besonders deutlich.

In Kapitel 3 wird der Stand der Forschung zur Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität dargestellt, um die Defizite der bisherigen Forschung herauszuarbeiten und die Anknüpfungspunkte dieser Arbeit zu verdeutlichen. Der Überblick ist grundsätzlich interdisziplinär angelegt. Neben den wenigen vorliegenden sozialwissenschaftlichen Studien zur Nutzung medizinischer Hilfe und zum partnerschaftlichen Entscheidungsprozess werden auch medizinisch-epidemiologische Untersuchungen berücksichtigt.

Im Anschluss daran wird der theoretische Rahmen der Arbeit beschrieben (Kapitel 4). Aufbauend auf Theorien zum generativen Handeln wird ein allgemeines Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Paarkontext vorgestellt. Die Paardimension des Handelns und dessen Einbettung in die Lebensverläufe und die Paarbiografie sind in dem Modell von zentraler Bedeutung. Zudem werden auch medizinische Aspekte berücksichtigt wie zum Beispiel die Schwierigkeit, in dem Ausbleiben eines Ereignisses – der Schwangerschaft – ein Fertilitätsproblem zu erkennen.

In Kapitel 5 werden die zwei empirischen Forschungsfragen nochmals aufgegriffen. Vor dem Hintergrund des Forschungsstands und der theoretischen Vorüberlegungen werden diese eingebettet und es wird ihre theoretische und praktische Relevanz herausgearbeitet. Unter Bezugnahme auf das Mehrebenenmodell werden forschungsleitende Annahmen beziehungsweise Hypothesen formuliert.

Das Kapitel 6 dient der Erläuterung der methodischen Vorgehensweise im empirischen Teil der Arbeit. Zunächst werden der PinK-Datensatz und die Definition der Analysetichprobe beschrieben. Die Operationalisierung der theoretischen Konstrukte wird vorgestellt. Wichtig ist, dass für alle Paare Informationen vorliegen zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft gemacht haben und zu dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum. Die Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft markieren den Zeitpunkt, ab dem infertilitätsbezogenes generatives Handeln der Paare möglich ist. Der Besuch im Kinderwunschzentrum kann als (vorläufiger) Endpunkt des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin betrachtet werden. Im Anschluss widmet sich das Kapitel der Vorgehensweise für die Analysen zur Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Die multivariate Hypothesenprüfung basiert auf generalisierten linearen Modellen (GLM) mit Gamma-Varianzfunktion und logarithmischer Link-Funktion.

Das Analysekapitel (Kapitel 7) gliedert sich in zwei Teile, die sich jeweils mit einer der beiden empirischen Forschungsfragen beschäftigen. Im ersten Teil der Analyse werden die Paare anhand soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale der Partner und des Paares sowie anhand von Merkmalen der Paarbiografie beschrieben. Es wird eine Paartypologie vorgestellt, welche die Lebenssituation und Lebensphase der Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft abbildet. Diese wird mittels clusteranalytischer Verfahren generiert. Für den zweiten Teil der Analyse stellt die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin die zentrale abhängige Variable dar. Im Rahmen der multivariaten Analysen werden die aus dem Analysemodell abgeleiteten Hypothesen zur Erklärung der Dauer überprüft.

Das achte Kapitel dient der abschließenden Diskussion der Befunde. Methodische Einschränkungen und der weitere Forschungsbedarf werden benannt und Implikationen für Gesellschaft und Politik abgeleitet.

2 Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin – eine Einführung

In diesem Kapitel stehen die Rahmenbedingungen des Handelns bei Infertilität im Mittelpunkt. Dabei wird neben dem gesellschaftlichen auch der medizinische und institutionelle Handlungskontext beschrieben. Gleichzeitig dient es einer fundierten Einführung in die Thematik der aufgrund von Infertilität unerfüllten Kinderwünsche und der Reproduktionsmedizin. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung unter Berücksichtigung der gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen für die Anwendung, Nutzung und Finanzierung der Behandlungen erörtert und die Bedeutung dieser relativ neuen Handlungsoption vor dem Hintergrund demografischer Trends beleuchtet. Die Informationen bilden die Grundlage für eine sozialwissenschaftliche Analyse von generativem Handeln im Kontext von Infertilität und der Reproduktionsmedizin. Sie werden in den nachfolgenden Kapiteln dieser Arbeit immer wieder aufgegriffen. Der hier beschriebene Handlungskontext informiert die theoretische Modellbildung sowie die Generierung von Hypothesen für die empirische Analyse.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden demografische Trends in den Bereichen Partnerschaft und Fertilität thematisiert (Kapitel 2.1). Der gesellschaftliche Wandel, der sich in diesen Trends spiegelt, hat die Entwicklung der Reproduktionsmedizin sowie deren Regulierung und Nutzung begleitet und tut dies bis heute. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den medizinischen Aspekten unerfüllter Kinderwünsche (Kapitel 2.2). Im letzten Abschnitt in diesem Kapitel steht die Regulierung und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland im Fokus (Kapitel 2.3). Während der Fokus des Kapitels auf der Situation und den Bedingungen in Deutschland liegt, wird am Ende dieses Abschnittes ein internationaler Vergleich vorgenommen, um durch diese Kontrastierung die Besonderheiten der Situation in Deutschland besser herausarbeiten zu können.

2.1 Demografische Entwicklung in Deutschland

Die Geburt des ersten mittels künstlicher Befruchtung gezeugten Babys im Jahr 1978 in England stellte einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin dar, der zugleich die öffentliche Aufmerksamkeit auf diese Medizintechnik lenkte. Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin soll hier nicht isoliert betrachtet werden, denn sie ist gleichzeitig Teil und Ausdruck eines umfassenderen gesellschaftlichen Wandels. Als besonders relevant wird der demografische Wandel in den Bereichen Partnerschaft und Familie sowie in der Geburtenentwicklung erachtet. Die Formen des Zusammenlebens haben sich seit den 1950er Jahren in Deutschland deutlich verändert. Mehr Menschen leben heute alleine oder in nichtehelichen Lebensformen, die Stabilität von Partnerschaften hat abgenommen, Scheidungen und Trennungen treten häufiger auf. Gleichzeitig bekommen die Deutschen heute weniger Kinder und diese immer später im Lebensverlauf. Infolgedessen sind die Geburtenzahlen stark zurückgegangen, sodass Deutschland heute im internationalen Vergleich eine der niedrigsten Fertilitätsraten aufweist. Diese Entwicklungen sind wiederum im Kontext der Bildungsexpansion, der wirtschaftlichen Entwicklung, von Veränderungen der Arbeitswelt und eines Wertewandels zu sehen. Im Fokus steht hier eine Beschreibung zentraler Trends in den genannten Bereichen.

Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Den Ausgangspunkt bildet das „golden age of marriage“ sowie der letzte „baby boom“ in den 1950er und -60er Jahren (Sobotka/Toulemon 2008: 85). In dieser Zeit wurde in Deutschland das Bild von der klassischen Kernfamilie geprägt. Andere gängige Bezeichnungen für die Kernfamilie sind bürgerliche Kleinfamilie oder Normalfamilie (siehe u. a. Peuckert 2008: 23). Die Kernfamilie besteht aus Mutter, Vater und Kindern, die Eltern sind verheiratet, ihre Beziehung ist exklusiv und auf Dauer angelegt und dem Mann kommt die Rolle des Alleinversorgers der Familie zu (ebd.: 23). Die Familie dieser Zeit lässt sich auch als soziale Institution verstehen, als

„[...] Gefüge von aufeinander bezogenen Positionen und Verhaltenserwartungen, in der die Rollenerwartungen an die einzelnen Familienmitglieder klar definiert waren und individuelle Abweichungen nur in sehr begrenztem Maß geduldet wurden.“ (Schneider 2015: 25f)

Seit den 1950er Jahren hat sich das was unter Familie verstanden wird und die auf sie bezogenen Erwartungen und Funktionen verändert, wie die nächsten beiden Abschnitte zeigen werden. Sie ist vielfältiger geworden und die Kernfamilie ist nicht mehr die dominierende Lebensform. Allerdings haben sich trotz des umfassenden Wandels beispielsweise der Wunsch nach stabilen Paarbeziehungen und die Geschlechterrollenverteilung kaum verändert: Dem Mann kommt zwar heute nicht mehr die Rolle des Alleinversorgers zu, aber die Frau hat im Verständnis vieler immer noch die Hauptverantwortung für die Versorgung der Kinder inne (ebd.: 24). Nicht nur in der Bevölkerung sind diese Vorstellungen erhalten geblieben, sie sind auch in die deutsche Gesetzgebung im Allgemeinen und in die Regulierung der Reproduktionsmedizin im Speziellen eingeflossen, wie in Kapitel 2.3.1 noch ausführlicher thematisiert wird. Insofern sind das in der Mitte des letzten Jahrhunderts geprägte Ideal der Familie mit Kindern und die Vorstellung von der Kleinfamilie als schützenswerte soziale Institutionen bis heute noch einflussreich und bilden häufig die Referenz für die Bewertung des Wandels, der sich seitdem vollzogen hat.

Die hier beschriebenen Entwicklungen konzentrieren sich auf Deutschland, die wesentlichen Merkmale der Veränderungen in Lebensformen und Fertilität finden sich aber auch in den meisten anderen europäischen Ländern sowie anderen entwickelten Ländern wie den USA (für Europa siehe u. a. die Beiträge in der Special Collection 7 der Zeitschrift „Demographic Research“; für die USA siehe u. a. Lesthaeghe/Neidert 2006).

2.1.1 Veränderung von Partnerschaft und Lebensformen

Im Verlauf der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts haben sich unser Verständnis und die gelebte Praxis von Partnerschaft und Familie deutlich verändert. In verschiedener Hinsicht lässt sich ein Wandel von Lebens- und Familienformen erkennen, dessen wesentliche Merkmale hier beschrieben werden sollen. Ein zentraler Aspekt dieses Wandels ist die abnehmende Bedeutung der klassischen Kernfamilie spätestens seit Mitte der 1960er Jahre und die verstärkte Verbreitung anderer Lebensformen (Kreyenfeld/Konietzka 2015: 346), wobei mit Lebensformen gesellschaftlich prävalente Muster des Zusammenlebens gemeint sind. Zu den Lebensformen lassen sich neben der Kernfamilie auch nichteheliche Partnerschaften mit Kindern und ohne Kinder, alleinerziehende Frauen und Männer, Stieffamilien, in separaten Haushalten lebende Familien („living-apart-together“) sowie gleichgeschlechtliche Partnerschaften zählen, welche jeweils durch Merkmale der Partnerschaft und der Eltern-Kind-Beziehung charakterisiert werden können.

Ob die Vielfalt der Lebensformen insgesamt zugenommen hat, ob also von einer Pluralisierung von Lebensformen gesprochen werden kann, ist in der Familiensoziologie strittig.

Schließlich gibt es die genannten Familienformen, vielleicht mit Ausnahme von „Reproduktionsfamilien“, nicht erst seit der Mitte des letzten Jahrhunderts (Hill/Kopp 2013: 256).⁴ Jedoch kann eine Zunahme der Heterogenität über die Lebensformen hinweg festgestellt werden, was bedeutet, dass sich mehr Menschen auf die Lebensformen verteilen (ebd.: 256). Beispielsweise vergleichen Huinink und Wagner (1998) anhand von Mikrozensusdaten das Auftreten von acht Haushaltstypen für die Jahre 1972 und 1995: drei Haushaltstypen ohne Kinder (Ehepaare, nichteheliche Lebensgemeinschaften, Einpersonenhaushalte) sowie fünf generationenübergreifende Haushaltstypen (Ehepaare mit Kindern, nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern, Alleinerziehende, Drei- und Mehrgenerationenhaushalte und Haushalte mit verheirateten Kindern). Sie stellen eine leichte Zunahme der Heterogenität zwischen den zwei Zeitpunkten fest (ebd.: 99). Ähnliche Entwicklungen diagnostizierten auch andere Studien wie die von Höhn und Dorbritz (1995), Diewald und Wehner (1996) oder Brüderl und Klein (2003). In einer aktuellen Studie untersuchen Wagner und Cifuentes (2014), ob sich dieser Trend bis heute fortsetzt. In ihren Analysen stellen sie fest, dass zwischen 1982 und 2007 im Bereich der Haushalte mit Kindern die Vielfalt sowohl in West- als auch in Ostdeutschland zugenommen hat, während sie im Bereich der Haushalte ohne Kinder in Ostdeutschland sogar tendenziell abgenommen hat (ebd.: 90f). Weitere Analysen auf Personenebene unter Berücksichtigung des Erwerbstätigkeitsstatus von Frau und Mann zeigen, dass auch hier die Vielfalt zugenommen hat. Dies drückt sich vor allem darin aus, dass Lebensformen mit Kindern insgesamt seltener vorkommen und dass das männliche Alleinverdienermodell, in dem der Mann für die materielle Versorgung der Familie zuständig ist, an Bedeutung verloren hat (ebd.: 91). Auch die Variation an Erwerbskonstellationen innerhalb von Haushalten ist heute größer. Allerdings konstatieren die Autoren, dass die Aufteilung der Erwerbsarbeit immer noch weitestgehend „konventionellen“ Mustern folgt, in denen der Mann zwar nicht mehr Alleinverdiener ist, aber trotzdem noch häufiger arbeitet als die Frau (ebd.: 93). Da Männer auch heute noch häufig mehr verdienen als ihre Partnerinnen, ist der Mann zwar häufig nicht mehr Alleinversorger, aber immer noch der Hauptversorger der Familie. Zudem ist es bis heute noch üblich, dass vor allem Frauen nach der Geburt eines Kindes zumindest zeitweise aus dem Beruf aussteigen, was wiederum Einkommensunterschiede verstärkt und damit traditionelle Muster der Arbeitsteilung wahrscheinlich macht. Im Vergleich von Haushalten oder Personen kann basierend auf den Befunden der bisherigen Forschung von einer leichten und bis heute anhaltenden Zunahme der Heterogenität von Lebensformen ausgegangen werden, wobei die klassische Kernfamilie mit Kindern insgesamt an Bedeutung verloren hat. Eine Ursache für den Bedeutungsverlust der Kernfamilie seit den 1950er und -60er Jahren ist vor allem darin zu sehen, dass heute insgesamt weniger Menschen mit Kindern zusammenleben und Partnerschaften ohne Kinder sowie der Anteil alleinlebender Personen zugenommen haben (ebd.: 92). Es kann also festgehalten werden, dass es heute nicht wesentlich mehr verschiedene Lebensformen gibt als früher, eine Pluralisierung zeigt sich jedoch in der veränderten quantitativen Bedeutung der einzelnen Lebensformen, womit sich auch der gelebte Alltag sowie das gesellschaftlich prävalente Verständnis von Familie verändert hat.

Nimmt man anstatt der Verbreitung von Lebensformen über die Zeit die individuellen Lebensverläufe in den Blick, stellt man auch hier wichtige Veränderungen fest. Zu nennen ist hier, dass Heirat und Familiengründung heute seltener und später im Lebensverlauf vollzogen werden, zudem treten „typische“ Abfolgen von Übergängen, wie die von Heirat

⁴ Mit Reproduktionsfamilien sind Familienformen gemeint, in denen ein Kind mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung gezeugt wurde. Das Differenzierungsmerkmal ist hier der Entstehungskontext des Kindes, der sich in natürlich und künstlich unterscheiden lässt.

und anschließender Familiengründung, nicht mehr so häufig auf, bestimmte Ereignisse wie Scheidungen beziehungsweise Trennungen dafür häufiger (Kreyenfeld/Konietzka 2015: 349). Auf die genannten Aspekte wird nachfolgend näher eingegangen.

Insgesamt hat die Heiratsneigung in Deutschland abgenommen: Während in Westdeutschland zu Beginn der 1970er Jahre 93 % der Frauen und 87 % der Männer eine Erstehe eingingen, waren es Mitte der 2010er Jahre nur 69 % respektive 63 % (BiB 2008: 40; BiB 2013: 55). Das Gros des Rückgangs fand zwischen 1965 und 1980 statt, seitdem ist die Zahl der Heiraten relativ stabil. An dem auch heute noch relativ hohen Anteil an Ersten wird deutlich, dass in vielen Teilen der Bevölkerung immer noch mindestens einmal im Leben geheiratet wird. Andererseits gehen immer mehr Menschen in ihrem Leben nie eine Ehe ein. Entsprechend haben nichteheliche Lebensformen, in denen Paare ohne Ehevertrag zusammenleben und wirtschaften, stark an Bedeutung gewonnen. So bezeichnen beispielsweise Hill und Kopp (2013: 142f) die Etablierung dieser Lebensform als „[...] eine der wichtigsten Veränderungen der privaten Lebensführung der letzten Jahrzehnte“, welche freiwillig, bewusst und ohne ökonomischen Zwang eingegangen wird. Es kann also festgehalten werden, dass die Ehe zwar im Vergleich zur Mitte des letzten Jahrhunderts deutlich an Bedeutung verloren hat, aber immer noch eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch das Phänomen des Aufschubs der Eheschließung im Lebensverlauf. Zwischen 1960 und 2014 ist das Erstheiratsalter in Westdeutschland bei den Frauen um 5,2 Jahre und bei den Männern um 6,3 Jahre angestiegen, in Ostdeutschland sogar um 8,5 beziehungsweise 9,7 Jahre (BiB 2016: 59). Im Jahr 2014 sind Frauen und Männer in Westdeutschland bei der ersten Eheschließung 29,9 und 32,2 Jahre, in Ostdeutschland mit 31,1 und 33,6 Jahren sogar noch etwas älter. Der Altersabstand zwischen den Geschlechtern ist dabei in etwa gleich geblieben. Er spiegelt, dass in Partnerschaften der Mann in der Regel drei bis vier Jahre älter ist als die Frau (Klein 2015: 333). Der Anstieg im Erstheiratsalter lässt sich als deutlicher Hinweis auf eine zunehmende Entkopplung von Sex, Ehe und Reproduktion deuten (Sobotka/Toulemon 2008: 95). Das bedeutet auch, dass Familiengründung heute nicht mehr so stark an die Eheschließung geknüpft ist und beide häufiger unabhängig voneinander stattfinden. Dafür spricht auch, dass heute immer mehr Kinder außerhalb von Ehen, also in nichtehelichen Partnerschaften, geboren werden (siehe Kapitel 2.1.2).

Die Veränderung in der Verbreitung der Lebensformen ist auch Ausdruck des veränderten Scheidungs- beziehungsweise Trennungsverhaltens. Bei den Scheidungen, für die längere Zeitreihen vorliegen, zeigt sich ein sehr klarer Trend. Betrachtet man die Scheidungsziffern pro 10.000 bestehende Ehen für Ost- und Westdeutschland über den Zeitraum von 1960 bis 2010, lässt sich, von vorübergehenden Schwankungen abgesehen, eine fast linear ansteigende Zunahme an Scheidungen feststellen (Arránz Becker 2015: 529f). Betrachtet man die Entwicklung von Trennungseignissen abhängig von der Ehedauer und im Kohortenvergleich, dann wird deutlich, dass Paare jüngerer Geburtsjahrgänge generell ein höheres Scheidungsrisiko aufweisen und dass Scheidungen im Eheverlauf auch verstärkt früher auftreten (ebd.: 531). Auch wenn zu Trennungen in nichtehelichen Lebensformen entsprechend lange Zeitreihen nicht vorliegen, ist davon auszugehen, dass auch hier die Trennungen zugenommen haben. Scheidungen und Trennungen leisten damit einen Beitrag zur Diversifizierung der Lebensformen, da durch sie die Zahl Alleinlebender oder Alleinerziehender ansteigt. Gehen Mütter oder Väter neue Beziehungen ein, kommen noch Stieffamilien hinzu, die sich dadurch auszeichnen, dass der andere Partner mit dem Kind nicht direkt verwandt ist. Die Beziehung zwischen dem anderen Partner und dem Kind lässt sich als soziale Elternschaft beschreiben (Peuckert 2008: 213). Der Anteil von Stieffamilien an allen Familien mit minderjährigen Kindern liegt bei etwa 10 %, in Anbetracht steigender

Trennungs- und Scheidungszahlen ist jedoch von einem Anstieg auszugehen (Steinbach 2015: 597). Insgesamt kommt es durch Trennungen und Scheidungen häufiger zu Wechslen zwischen Lebensformen im Lebensverlauf.

Es kann also festgehalten werden, dass sich nicht nur in der Verbreitung von familialen und nichtfamilialen Lebensformen, sondern auch im Timing und in der Abfolge von familienbezogenen Übergängen in den letzten sechzig Jahren ein umfassender Wandel vollzogen hat. Besser verstehen lässt sich dieser Wandel vor dem Hintergrund allgemeiner gesellschaftlicher Trends. Hill und Kopp betonen die Bedeutung der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen sowie die verbesserte ökonomische Situation der Haushalte (Hill/Kopp 2013: 47f). Die Auswirkungen weiblicher Erwerbstätigkeit im Kontext von Familie sind vielfältig: Einerseits verbessert sich dadurch das Einkommen von Familien, andererseits beschränkt sich dadurch das Zeitbudget, das Frauen für die Versorgung und Betreuung von Kindern zur Verfügung steht und das Selbstverständnis von Frauen verändert sich. Der zweite Trend ist die im Vergleich zur Nachkriegszeit verbesserte ökonomische Situation der Haushalte. Trotz aller berechtigter Kritik am Sozialstaat und der Tatsache, dass soziale Ungleichheit und Armut heute immer noch relevante Phänomene sind, haben Hill und Kopp zufolge fast alle Teile der Bevölkerung an finanziellen Möglichkeiten gewonnen, was damit einhergeht, dass ökonomischer Druck heute nicht mehr so ein wichtiges Kriterium für das Eingehen und den Erhalt von Beziehungen darstellt (ebd.: 48). Wie oben bereits angedeutet hat die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen hier sicherlich einen Beitrag geleistet, aber auch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung Deutschlands seit der Mitte des letzten Jahrhunderts ist relevant. Historisch betrachtet zeichnet sich die bürgerliche Kernfamilie auch dadurch aus, dass nicht mehr der praktische Nutzen und ökonomische Zwänge das Zusammenleben und Wirtschaften begründen, sondern stattdessen geteilte Emotionen und Liebe wichtige konstituierende Merkmale sind (Meyer 1992 zitiert nach Peuckert 2008: 18). Assoziiert wird diese Entwicklung mit dem Bedeutungsverlust der Institution Ehe, der sich in dem Rückgang der Heiratsneigung, dem Aufschub von Eheschließungen und dem gestiegenen Scheidungsrisiko spiegelt. Die Familie ist heute weniger eine soziale Institution als eine freiwillige Lebensform, in der den individuellen Bedürfnissen und Gefühlen der Beteiligten eine wichtige Bedeutung zukommt (Schneider 2015: 25).

2.1.2 Geburtenentwicklung

Der hier beschriebene soziale Wandel in Bezug auf die Lebensformen hängt eng zusammen mit den Veränderungen in der Geburtenentwicklung in Deutschland, der sich dieses Kapitel nun ausführlicher widmet. Thematisiert werden die wichtigsten Trends im Fertilitätsverhalten in Deutschland. Wie oben liegt der Fokus auf der Phase seit der Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute, in der sich auch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin vollzogen hat. Es geht hier um die Beschreibung wichtiger Trends der Fertilität auf aggregierter Ebene. Wobei unter Fertilität die „[...] Gesamtheit des Geburtenverhaltens – also die Zahl, das Timing und auch das sogenannte Spacing der Geburten [...]“ verstanden wird (Kopp/Richter 2015: 376). Die englischen Begriffe Timing und Spacing, die sich in der internationalen Forschungsliteratur durchgesetzt haben, beschreiben in der Fertilitätsforschung zwei zentrale Aspekte des Geburtenverhaltens: den Zeitpunkt von Geburten im Lebensverlauf von Frauen und Männern (Timing) sowie den Geburtenabstand (Spacing). Auf beide Aspekte wird hier eingegangen. Die Datenlage zum Geburtenverhalten von Männern ist in Deutschland sehr schlecht, deshalb konzentriert sich die nachfolgende Darstellung auf Frauen. In diesem Abschnitt wird auf verschiedene Aspekte des Geburtenverhaltens eingegangen. Zunächst werden die Gesamttrends anhand von zusammengefasster Geburtenziffer

und endgültiger Kinderzahl skizziert. Als nächstes wird auf Kinderlosigkeit eingegangen, einem wichtigen Einflussfaktor auf die Geburtenentwicklung in Deutschland, der auch im Zusammenhang mit Infertilität häufig thematisiert wird. Anschließend werden das Timing und Spacing von Geburten anhand des Alters der Frau bei Erst- und Folgegeburten beschrieben, um herauszuarbeiten, wie beide zusammen die tatsächliche reproduktive Phase der Frau bestimmen. Zum Schluss werden Fertilitätsmuster abhängig von der Lebensform behandelt.

Die allgemeinen Fertilitätstrends in Deutschland lassen sich anhand der Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer sowie der endgültigen Kinderzahl beschreiben. Die zusammengefasste Geburtenziffer, auch „total fertility rate“ (TFR) genannt, ist die am häufigsten verwendete Maßzahl. Es handelt sich um einen hypothetischen Indikator, der auf Basis von Informationen über die Geburten von Frauen in einem Kalenderjahr berechnet wird, die ihre reproduktive Phase größtenteils noch nicht abgeschlossen haben. Sie gibt die durchschnittliche Zahl der Kinder an, die eine Frau bekommen würde, wenn die altersspezifischen Geburtenziffern für die Altersjahrgänge von 15 bis 45 beziehungsweise 50 Jahren für deren ganzes Leben gelten würden. Die endgültige Kinderzahl oder auch Kohortenfertilität wird gemessen für Frauen, die ihre fertile Phase (weitestgehend) abgeschlossen haben, also in einem Alter von 45 bis 50 Jahren und bildet damit die tatsächliche Anzahl Kinder ab, die Frauen einer Geburtskohorte in ihrem Leben bekommen haben.⁵ Beide Kennziffern betonen unterschiedliche Aspekte der Geburtenentwicklung und haben jeweils verschiedene Vor- und Nachteile (siehe u. a. Sobotka/Lutz 2010). Ein zentraler Nachteil der zusammengefassten Geburtenziffer besteht darin, dass sie lebensverlaufsbezogene Trends, wie das Vorziehen oder Nachholen von Geburten, nicht adäquat abbilden kann und entsprechend die tatsächliche Fertilität über- oder unterschätzt. Andererseits lässt sich die zusammengefasste Geburtenziffer und ihre für die eben genannten Probleme adjustierten Varianten (Bongaarts 1978) für Frauen berechnen, die ihre reproduktive Phase noch nicht abgeschlossen haben, während die endgültige Kinderzahl heute maximal für den Geburtsjahrgang 1965 vorliegt, da die Berechnung für Jahrgänge, die ihre Reproduktion noch nicht abgeschlossen haben, nicht möglich ist. Die nachfolgende Beschreibung der allgemeinen Trends anhand der genannten Indikatoren bezieht sich maßgeblich auf Dorbritz (2008: 561-566).

Ausgangspunkt ist das Ende des Zweiten Weltkrieges im Jahre 1945, in dem die zusammengefasste Geburtenziffer kriegsbedingt ihren historischen Tiefstand von 1,36 Geburten pro Frau erreichte. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges stiegen die Geburtenzahlen deutlich an, sowohl in Westdeutschland als auch in der ehemaligen DDR. Der Anstieg erstreckte sich von Kriegsende bis etwa Mitte der 1960er Jahre. Diese Phase wird auch als Baby-Boom bezeichnet. Die zusammengefasste Geburtenziffer erreichte Werte von etwa 2,5 in beiden Teilen Deutschlands. Wie oben beschrieben wurde, war in dieser Zeit auch die Eheschließungsquote besonders hoch. Das heißt, dass diese Phase von einem starken Zusammenhang zwischen Ehe und Geburten geprägt war, der sich historisch gesehen davor und danach nicht wieder in diesem Ausmaß zeigte. Ab etwa 1965 bis in die 1970er Jahre ging die Geburtenzahl in beiden Teilen Deutschlands gleichermaßen zurück. Seit 1975 unterscheidet sich die Geburtenentwicklung in Ost- und Westdeutschland wieder stärker. In Ostdeutschland kam es, bedingt durch familienpolitische Maßnahmen wie beispielsweise die finanzielle Unterstützung nach der Geburt eines Kindes, kurzzeitig zu einem Anstieg

⁵ Hier wurde bewusst die Formulierung „weitestgehend abgeschlossen“ verwendet, da sich bedingt durch die Reproduktionsmedizin das Alter der Frau, ab dem von einem Abschluss der reproduktiven Phase gesprochen werden kann, nach hinten verschiebt. Ein Extrem bilden sicherlich die seltenen Fälle in denen Frauen nach ihrer Menopause unter Verwendung fremder Eizellen noch Kinder bekommen.

der zusammengefassten Geburtenziffer, während sie in Westdeutschland auf dem niedrigen Niveau verblieb. Seit den 1980er Jahren ging die Zahl in Ostdeutschland wieder zurück und erreichte kurz nach dem Ende der DDR im Jahr 1994 mit einem Wert von 0,77 ihren Tiefpunkt. Seitdem steigt die zusammengefasste Geburtenziffer in Ostdeutschland langsam wieder an. Im Jahr 2004 unterscheidet sich die zusammengefasste Geburtenziffer in Ost- und Westdeutschland kaum noch. Sie liegt in beiden Landesteilen bei etwa 1,3-1,4. Wie bereits erläutert unterliegt die zusammengefasste Geburtenziffer relativ starken Schwankungen. Diese lassen sich auf Periodeneffekte wie den Zweiten Weltkrieg oder den Mauerfall zurückführen, die kurzfristig eine Verhaltensänderung über alle Altersgruppen und damit auch über alle Geburtskohorten hinweg bewirkten. Beispielsweise lässt sich anhand des Mauerfalls zeigen, dass das Geburtentief nur ein temporäres Phänomen war und dass ein wesentlicher Teil der Geburten zunächst aufgeschoben und später nachgeholt wurde. Die endgültige Geburtenziffer im Vergleich der Geburtskohorten von 1865 bis 1967 zeigt, wie auch die zusammengefasste Geburtenziffer, einen deutlichen Abwärtstrend in der Geburtenentwicklung in Deutschland, allerdings deutlich weniger schwankend. Für die jüngste Geburtskohorte 1967 bestehen keine Unterschiede mehr zwischen West- und Ostdeutschland, die endgültige Kinderzahl ist mit durchschnittlich 1,44 beziehungsweise 1,47 quasi identisch. Zuletzt ist die endgültige Geburtenziffer wieder angestiegen, sodass neuerdings von einer Trendwende in der Geburtenentwicklung gesprochen wird. Die Werte bleiben jedoch deutlich unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau. Wird diese Kinderzahl unterschritten, schrumpft die Bevölkerung, wird sie überschritten, wächst sie. Ein Geburtenrückgang hat sich in dem hier betrachteten Zeitraum auch in allen anderen europäischen Ländern vollzogen, so dass heute in ganz Europa die Geburtenrate unter dem Bestandserhaltungsniveau liegt (Frejka/Sobotka 2008: 17). Trotz des allgemeinen Trends zeigen sich zwischen den Ländern deutliche Unterschiede in Zeitpunkt und Ausmaß der Veränderungen. Die Fertilität ist in den nordeuropäischen Ländern vergleichsweise hoch, während Deutschland, Österreich und die Schweiz zu den Ländern mit der niedrigsten Geburtenziffer zu zählen sind (ebd.:17ff).

Hinter dem Geburtenrückgang in Deutschland verbergen sich verschiedene Trends in der Kinderzahl, die in unterschiedlichen Phasen eine unterschiedliche Bedeutung hatten. Eingegangen werden soll hier vor allem auf die extremen Ausprägungen in Form von Kinderlosigkeit sowie Kinderreichtum. Als kinderreich können solche Familien bezeichnet werden, die mehr als zwei Kinder haben (Lück et al. 2015: 7). Für die Beschreibung von Kinderlosigkeit und Kinderreichtum bei Frauen stellt der Mikrozensus eine geeignete Datenquelle dar. Anhand von Mikrozensusdaten für die Geburtsjahrgänge 1937 bis 1972 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kinderlosigkeit in Deutschland von 10,4 % für den Jahrgang 1937 auf 21,9 % für den Jahrgang 1971 feststellen (Bujard/Lück 2015b: 262). Dieser Anstieg ist allerdings vor allem auf die Entwicklung in Westdeutschland zurückzuführen. Denn in Ostdeutschland war die Kinderlosigkeit lange Zeit sehr niedrig (unter 10 %) und steigt erst seit der 1957er Geburtskohorte an, wobei das Niveau insgesamt deutlich niedriger ist als im Westen (ebd.: 268-269). Im europäischen Vergleich ist das Ausmaß der Kinderlosigkeit in Deutschland als hoch anzusehen (BiB 2016: 27). Beim Kinderreichtum zeigt sich ein deutlicher Rückgang von den Geburtsjahrgängen 1937 bis 1972 anhand der gleichen Datenquelle wie für Kinderlosigkeit. Von den im Jahr 1937 geborenen Frauen hatten noch 31,4 % drei oder mehr Kinder, bei den 1972 Geborenen liegt der Anteil nur noch bei 16,6 % (Lück et al. 2015: 10). Der Rückgang hat vor allem bei den Geburtsjahrgängen bis 1950 stattgefunden, im Westen auf höherem Niveau als in Ostdeutschland. In den jüngeren Kohorten ist das Niveau relativ konstant. Es haben also sowohl die Kinderlosigkeit zu- und der Kinderreichtum abgenommen. Wie aktuelle Analysen zeigen, leisten beide einen wichtigen Beitrag zum

Geburtenrückgang, wobei die Bedeutung des Rückgangs an Mehrkindfamilien insgesamt größer ist (Bujard/Sulak 2016). Während die Geburtenentwicklung in den Geburtskohorten 1933 bis 1947 ausschließlich auf den Trend zu kleineren Familien zurückzuführen ist, ist bei den jüngeren Kohorten die Zunahme der Kinderlosigkeit maßgeblich.

Die Phänomene, dass die Menschen in Deutschland heute verstärkt kinderlos bleiben oder weniger Kinder bekommen als geplant, haben vielfältige Ursachen (zu Kinderlosigkeit siehe Dorbritz et al. 2015; Konietzka/Kreyenfeld 2013; Tanturri et al. 2015; zu Kinderreichtum siehe Eggen/Rupp 2006; Lück et al. 2015). Dazu zählt unter anderem, dass Paare aufgrund von Infertilitätserfahrungen ungewollt kinderlos bleiben oder eine bestimmte Kinderzahl nicht realisieren können. Es ist wahrscheinlich, dass diese Erklärung für beide Phänomene zukünftig noch an Bedeutung gewinnt. Das liegt zum einen an Veränderungen im Timing von Geburten im Lebensverlauf sowie im Spacing, also in den durchschnittlichen Abständen zwischen Geburten. Betrachtet man zunächst das Timing von Erstgeburten im Zeitverlauf, dann stellt man einen Anstieg fest, der sich in Westdeutschland seit den 1970er Jahren und in Ostdeutschland zeitlich etwas verschoben seit den 1980er Jahren vollzieht. Im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes in Westdeutschland bei 29,7 Jahren, in Ostdeutschland mit 28,4 um etwa ein Jahr niedriger (BiB 2016: 26). Hinter diesen Durchschnittswerten verbirgt sich eine Variation nach dem Bildungsstand der Frau, denn je höher die Bildung der Frauen desto später beginnen diese mit der Familiengründung (siehe u. a. Passet/Viry 2012: 4). In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass sich zwischen 1973 und 2004 das durchschnittliche Alter bei der ersten Geburt nach Berufsgruppen fast nicht verändert hat (Bertram et al. 2011: 94). Da jedoch heute mehr Frauen in den entsprechenden höherqualifizierten Berufen arbeiten kommt es insgesamt zu einer Verschiebung des Erstgeburtalters

Wie Bertram et al. (2011: 94) zeigen, hat sich zwischen 1970 und 2009 das Erstgeburtalter westdeutscher Frauen um durchschnittlich fünf Jahre nach hinten verschoben, während der Anstieg von 30,5 auf 32,9 Jahre bei den dritten Geburten im Vergleich dazu relativ klein ausfällt. Die Reproduktion findet demnach spät und in einem im Vergleich zur gesamten fertilen Phase der Frau sehr kurzen Zeitfenster statt. Auch früher fanden in höherem Alter der Frau noch Geburten statt, allerdings hat sich die Komposition der Frauen mit Geburten in höherem Alter verändert. Handelte es sich in den 1970er Jahren häufiger um Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder hatten, die also vergleichsweise fertil waren, ist der Anteil kinderloser Frauen mit Geburten in hohem Alter (ab 40 Jahren) gestiegen (Billari et al. 2007: 155). Für die Erklärung des Geburtenrückgangs ist das Aufschieben der Familiengründung ein wichtiger Einflussfaktor. Der Zusammenhang ist intuitiv verständlich, wenn man die zeitlich begrenzte fertile Phase der Frau berücksichtigt. Wer spät beginnt, hat weniger Zeit, um eine größere Kinderzahl zu realisieren. Allerdings kann der Aufschub von Geburten die niedrige Geburtenrate in Deutschland nicht alleine erklären, denn in anderen europäischen Ländern wie beispielsweise Schweden ist die Geburtenrate trotz eines relativ hohen Erstgeburtalters deutlich höher (Bertram et al. 2011: 94). Umgekehrt zeigt auch der innerdeutsche Vergleich, dass die Frauen in Ostdeutschland im Mittel zwar jünger sind bei der ersten Geburt, aber trotzdem nicht mehr Kinder bekommen als in Westdeutschland (ebd.: 94). Vor allem bekommen ostdeutsche Frauen seltener dritte Kinder. Beeinflusst sind diese Entwicklungen maßgeblich von der Einführung moderner Verhütungsmittel ab den 1960er Jahren (Frejka 2008: 74). Durch sie haben sich die Möglichkeiten der effektiven Geburtenkontrolle, ohne auf Geschlechtsverkehr verzichten zu müssen, deutlich verbessert. Mehr als früher ist davon auszugehen, dass Frauen beziehungsweise Paare Kontrolle über ihr Geburtenverhalten ausüben. Das bedeutet, sie bestimmen den Zeitpunkt der Geburt und bekommen nur selten mehr Kinder als ihrem Wunsch entspricht. Dies drückt sich auch im

Rückgang von Abtreibungen seit den 1960er/70er Jahren aus (ebd.: 80). Zu bedenken ist jedoch, dass die tatsächliche Kontrolle über die eigene Fertilität, wie sie durch Verhütungsmittel vermittelt wird, auch trügen kann.

Es soll nun noch der Zusammenhang zwischen Lebensform und Fertilität angesprochen werden, der sich im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet hat. Dem Ehestatus kommt hier aus mehreren Gründen eine besondere Bedeutung zu. Die Entwicklung ehelicher und nichtehelicher Geburten ist ein zentraler Aspekt des sozialen Wandels seit Mitte des letzten Jahrhunderts. Der Anteil nichtehelicher Geburten an allen Geburten hat sich seit den 1960er Jahren deutlich erhöht. Während 2014 in Westdeutschland 29 % aller Kinder außerhalb von Ehen geboren werden, sind es in Ostdeutschland 58 % (BiB 2016: 29). Der in Kapitel 2.1.1 konstatierte Bedeutungsverlust der Ehe hängt wesentlich mit den Veränderungen in den nichtehelichen Geburten zusammen. Sie zeigen, dass Ehe und Kinder heute nicht mehr wie im „golden age of marriage“ zwangsläufig zusammengedacht werden. Wobei auch festgehalten werden muss, dass selbst in Ostdeutschland Ehen mit Kindern noch eine wichtige Lebensform sind, zumal Eheschließungen häufiger nach Geburten stattfinden (Dorbritz 2008: 575). Die stark ausgeprägten und über die Zeit hinweg stabilen regionalen Unterschiede in Deutschland sind auch im internationalen Vergleich auffällig und die beiden Teile Deutschlands werden deshalb in der Regel separat betrachtet. Während im Jahr 2009 die Nichtehelichenquote von Ostdeutschland im europäischen Vergleich an zweiter Stelle rangierte, ist Westdeutschland im unteren Drittel der Verteilung angesiedelt (BiB 2012: 52).

Ein Aspekt, der bei der Betrachtung der Fertilitätsentwicklung häufig vernachlässigt wird, ist, dass die Existenz einer Partnerschaft an sich eine zentrale Voraussetzung für die Familiengründung darstellt. Veränderte Muster der Entstehung und die geringe Stabilität von Partnerschaften, die in den Scheidungs- und Trennungsraten zum Ausdruck kommen (siehe Kapitel 2.1.1), haben Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit von Geburten und spielen deshalb für die Erklärung des Geburtenrückgangs eine wichtige Rolle (Dorbritz 2008: 573). Dies zeigen auch die Analysen von Klein (2003) sehr deutlich. Klein stellt fest, dass sich im Kohortenvergleich die Partnerschaftsdauer bis zur Familiengründung zwar verlängert hat, aber innerhalb von Partnerschaften deshalb nicht seltener eine Familie gegründet wird (ebd.: 514).

Daraus schlussfolgert Klein:

„Ausschlaggebend für die Zunahme der Kinderlosigkeit sind offenbar weniger die unmittelbar auf die Reproduktion bezogenen Motive und Verhaltensweisen als vielmehr der Partnermarkt, die Partnersuche, Heiratsmarktengpässe und abnehmende Beziehungsstabilität!“ (ebd.: 515)

Wie ist nun ausgehend von den hier skizzierten Trends im Geburtenverhalten die zukünftige Entwicklung der Geburten einzuschätzen? Prognosen sind generell schwierig und sollen hier auch gar nicht vorgenommen werden. Eine Trendwende in der Geburtenzahl in den nächsten Jahren erscheint unrealistisch. Dies liegt auch daran, dass aufgrund der relativ niedrigen Geburtenrate in der Vergangenheit die Zahl der potenziellen Mütter kleiner wird. Immer weniger Frauen müssten also mehr Kinder bekommen, um das Geburtenniveau der 1950er Jahre zu erreichen. Noch aus einem anderen Grund ist dies unrealistisch. Die Deutschen bekommen heute nicht nur weniger Kinder als früher, sie wünschen sich im Mittel auch weniger Kinder. Dies hat Konsequenzen für das Entwicklungspotenzial der Geburtenrate: „It cannot be anticipated that the TFR could rise over and above the average number of desired children. With the fall in desired fertility, a barrier could have been formed in Germany which may even prevent fertility from increasing in the long term“ (Dorbritz 2008: 593). Demnach ist das Potenzial für einen im demografischen Sinne relevanten Anstieg der Geburtenzahlen sehr begrenzt.

2.2 Infertilität – Verbreitung, medizinische Ursachen und Behandlung

Im vorangegangenen Kapitel wurde der demografische Wandel in den Bereichen Fertilität und Partnerschaft beschrieben. Die Verbreitung von Infertilität und die Nutzung der Reproduktionsmedizin werden häufig vor diesem Hintergrund thematisiert, besonders dann, wenn es um die staatliche finanzielle Unterstützung von Paaren geht. Bevor in Kapitel 2.3. unter anderem darauf ausführlicher eingegangen wird, stehen hier die medizinischen Aspekte von Infertilität und die Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund.

2.2.1 Der Begriff „Infertilität“ im medizinisch-sozialwissenschaftlichen Diskurs

In der Einleitung wurde Infertilität als Zustand verminderter Fruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit beschrieben. Diese kurze Definition soll hier ausgeführt und elaboriert werden. Der stark medizinisch geprägte Begriff der Infertilität wird aus sozialwissenschaftlicher Perspektive reflektiert. Dies erfolgt mit dem Ziel, Klarheit darüber zu gewinnen, was Infertilität als Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Analyse dieser Arbeit auszeichnet.

Zunächst wird hier kurz auf den in der Fertilitätsforschung und auch im Zusammenhang mit Infertilität und der Nutzung der Reproduktionsmedizin häufig verwendeten Begriff der „ungewollten Kinderlosigkeit“ eingegangen. Er wird verwendet, wenn eine Person oder ein Paar am Ende der reproduktiven Phase kinderlos ist, obwohl es einen Kinderwunsch hatte, diesen aber nicht umsetzen konnte. Der Ausdruck wird vor allem dann verwendet, wenn Kinderwünsche aus medizinischen Gründen unerfüllt bleiben (Kreyenfeld/Konietzka 2013: 18). Allerdings ist die Charakterisierung von Kinderlosigkeit als ungewollt unpräzise, weil sie nur für eine sehr spezifische Gruppe zutrifft. Auf die Gruppe der Eltern, die aus medizinischen Gründen eine bestimmte Kinderzahl nicht realisieren können, ist der Begriff nicht übertragbar. Tatsächlich gibt es dafür nach Kenntnis der Autorin in der Fertilitätsforschung keine vergleichbare Bezeichnung. Infertilität betrifft jedoch nicht ausschließlich Kinderlose. Auch Personen, die bereits ein oder mehrere Kinder haben, können betroffen sein. Daran wird auch gleich ein weiteres häufig auftretendes Missverständnis deutlich: Infertilität ist in vielen Fällen nicht gleichzusetzen mit Unfruchtbarkeit. Wer unfruchtbar oder in der medizinischen Terminologie steril ist, kann keine Kinder bekommen. Zumindest ein Teil der zu einem Zeitpunkt von Infertilität Betroffenen bekommt jedoch später noch auf natürlichem Wege Kinder. Der in der Fertilitätsforschung verwendete Begriff der „ungewollten Kinderlosigkeit“ ist deshalb nicht geeignet, wenn, wie in dieser Arbeit, eine Analyse sowohl von kinderlosen Paaren als auch von Elternpaaren angestrebt wird, die sich im Verlauf ihrer reproduktiven Phase an die Reproduktionsmedizin wenden.

Ein geeigneter Ausgangspunkt für das Verständnis von Infertilität ist die medizinisch-klinische Definition des Begriffes. Grundsätzlich orientiert sich die Arbeit mit der Verwendung des Begriffes Infertilität (englisch: „infertility“) am Sprachgebrauch in der englischsprachigen Forschungsliteratur. Im Deutschen findet sich der Begriff Infertilität auch, er wird aber seltener verwendet. Eine einheitliche Terminologie gibt es in der deutschen Literatur nicht. Beispielsweise spricht Wischmann (2012: 26) allgemein von Fertilitätsstörungen, Beier et al. (2012: 296) verwenden den Begriff Subfekundität, wenn die Fruchtbarkeit eingeschränkt ist und Sterilität für die biologische Unfähigkeit ein Kind zu zeugen. Ludwig et al. (2013: 1f) wiederum sprechen von (eingeschränkter) Fertilität und Sterilität. Die World Health Organization (WHO) und das International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) definieren Infertilität wie folgt: „A disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months

or more of regular unprotected sexual intercourse.” (Zegers-Hochschild et al. 2009: 1522). Die Definitionen wichtiger europäischer und amerikanischer Fachgesellschaften wie der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE 2014) und der American Society for Reproductive Medicine (2013) sind mit dieser fast identisch. Letztere ergänzt ihre Definition noch um folgenden Zusatz: „Earlier evaluation and treatment may be justified based on medical history and physical findings and is warranted after 6 months for women over age 35 years” (ebd.: 63, siehe auch Gnoth et al. 2004).

Was zeichnet die hier vorgestellte medizinisch-klinische Definition von Infertilität aus? Zunächst einmal wird Infertilität als Krankheit verstanden, die durch das Ausbleiben einer Schwangerschaft in einem bestimmten Zeitraum mit regelmäßigem und ungeschütztem Geschlechtsverkehr gekennzeichnet ist. Die reproduktionsmedizinischen Fachgesellschaften sind sich auch weitestgehend einig hinsichtlich der Dauer dieses Zeitraumes von zwölf Monaten. Die Definition von Infertilität über diesen Zeitraum wird in den meisten Artikeln in Fachzeitschriften übernommen und ist auch in Deutschland verbreitet (Beier et al. 2012: 295).⁶ Neuerdings wird für bestimmte Personengruppen, abhängig von deren Alter und Krankengeschichte, bereits nach sechs Monaten empfohlen, Untersuchungen und gegebenenfalls Behandlungen einzuleiten. Die Festlegung auf zwölf beziehungsweise sechs Monate ist abgeleitet aus verschiedenen Studien (siehe u. a. Dunson et al. 2004; Gnoth et al. 2003; Menken 1985). Diese Studien zeigen, dass über 80 % aller Paare, die regelmäßig ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, innerhalb eines Jahres schwanger werden, wobei die Erfolgsaussichten mit dem Alter der Frau zurückgehen (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2.2.3). Regelmäßiger Geschlechtsverkehr wird dabei in der Regel definiert als mindestens 2-3 Mal pro Woche (NICE 2013: 76). Auch wenn der Zeitraum, ab dem von Infertilität gesprochen wird, aus empirischen Studien abgeleitet wurde, ist zu bedenken, dass es sich um Durchschnittswerte von Spezialpopulationen handelt, die beispielsweise wie in der Studie von Gnoth et al. an einem Programm zur natürlichen Familienplanung teilgenommen haben, in dem Frauen lernen, durch Temperaturmessung ihre besonders fruchtbaren Tage zu bestimmen. Die Übertragbarkeit auf andere Paare ist dadurch eingeschränkt.

Berücksichtigt man, dass nach älteren Definitionen erst ab zwei Jahren von Infertilität gesprochen wird (siehe u. a. WHO 1975: 20) und zudem unter bestimmten Bedingungen Behandlungen auch schon nach etwa sechs Monaten (s.o.) als angemessen betrachtet werden, wird deutlich, dass es sich bei dem Zwölfmonatskriterium um eine Konvention handelt. Michelmann und Himmel (2005: 608) stellen zu der Verkürzung von 24 auf 12 Monate fest: „Die Veränderung des Zeitfensters zur Definition ungewollter Kinderlosigkeit verschiebt die Definition von Gesundheit. Automatisch erhöht sich die Zahl von Paaren, die – zumindest zeitweilig – zur Gruppe der „Kranken“ gehören“. Das Zwölfmonatskriterium ist weniger streng und entsprechend ist die Gruppe der von Infertilität Betroffenen und der potenziellen Nutzer der Reproduktionsmedizin größer. Dies ist bedeutsam, wenn man bedenkt, dass Infertilität, wie weiter oben bereits angedeutet, kein dauerhafter oder definitiver Zustand sein muss. Von Infertilität betroffene Paare müssen nicht kinderlos sein und können durchaus noch Kinder bekommen. Nach der oben vorgestellten medizinischen Definition ist jedes Paar infertil, das innerhalb eines Jahres nicht schwanger wurde. Im Mittel haben Paare nach einem Jahr des Versuchens schwanger zu werden noch eine Wahrscheinlichkeit von circa 50 %, im nächsten Jahr ein Kind zu bekommen (te Velde et al. 2000: 1928). Wird also bereits nach zwölf Monaten mit der Kinderwunschbehandlung begonnen, kann dies dazu führen, dass Paare sich einer möglicherweise belastenden

⁶ Auch in der Informationsbroschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die sich an Paare mit unerfülltem Kinderwunsch richtet, wird die Definition verwendet (BZgA 2012: 6).

Behandlung aussetzen und auf „[...] ein natürlich gezeugtes Kind [...] verzichten.“ (Michelmann/ Himmel 2005: 608). Entsprechend schlagen verschiedene Wissenschaftler vor, den Zeitraum von zwölf Monaten Geschlechtsverkehr ohne Verhütung, der häufig mit Infertilität gleichgesetzt wird, noch nicht als Krankheit zu bezeichnen, sondern zunächst einmal als Symptom mit dem sich ein Paar an einen Arzt wendet (Habbema et al. 2004: 37; Homburg 2005: 318).

Es sollte deutlich geworden sein, dass Infertilität nach der medizinisch-klinischen Definition kein eindeutiger Zustand ist. Infertilität lässt sich besser als ein Kontinuum von (temporär) verminderter Fruchtbarkeit bis Sterilität verstehen. Zudem handelt es sich um einen Zustand, der dem Paar zugeschrieben wird, zunächst einmal unabhängig davon, ob sich eine biologische Ursache identifizieren lässt und bei wem diese liegt.⁷ Weiterhin fällt auf, dass in der vorgestellten medizinisch-klinischen Definition der Kinderwunsch selbst überhaupt nicht erwähnt wird, sondern implizit vorausgesetzt wird. Die Soziologen Greil und McQuillan (2010: 138) kritisieren, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr hier gleichgesetzt wird mit intentionalem Handeln des Paares. In ihren Analysen zeigen sie jedoch, dass dies nicht immer der Fall ist. Vielmehr stoßen sie bei der Betrachtung von amerikanischen Frauen, auf die das Kriterium von zwölf Monaten unverhütetem Geschlechtsverkehr zutrifft, auf ein „continuum of intentions“ (ebd.: 146). Manche haben einen expliziten Kinderwunsch, andere lassen eine Schwangerschaft zu und wieder andere geben keinen Kinderwunsch an. Dies verdeutlicht, dass selbst in Zeiten einer breiten Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln nicht unbedingt davon auszugehen ist, dass die eigene Fertilität immer bewusst kontrolliert wird. Doch warum ist diese implizite Gleichsetzung von unverhütetem Geschlechtsverkehr und intentionalem Handeln in der medizinischen Definition nun so problematisch? Sie kategorisiert all diejenigen, auf die das Zwölfmonatskriterium zutrifft, als infertil und damit potenziell behandlungswürdig. Besonders deutlich wird die Problematik dieser Definition in epidemiologischen Studien, in denen die Verbreitung von Infertilität erhoben wird. In manchen dieser Studien werden Frauen nach Phasen unverhüteten Geschlechtsverkehrs gefragt und nur abhängig vom genannten Zeitraum als infertil klassifiziert. Ob ein Kinderwunsch vorlag, wird gar nicht erfasst (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2.2.2). Diese Zuschreibung ist irreführend, denn nur ein Paar mit einer Intention, das heißt einem Kinderwunsch, wird bei regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr das Ausbleiben einer Schwangerschaft überhaupt als Problem ansehen und für sich selbst möglicherweise Handlungsbedarf ableiten.

Daran wird deutlich, wie stark Infertilität tatsächlich sozial konstruiert ist und den Wunsch des Paares voraussetzt, eine bestimmte soziale Rolle, nämlich die der Eltern, einzunehmen (Greil et al. 2011b: 737). Das Vorliegen von Infertilität im Sinne der medizinischen Definition ist alleine nicht bedeutungsvoll. Erst in Verbindung mit der Intention für ein Kind und entsprechenden Rollenvorstellungen wird Infertilität subjektiv relevant.

„[...] infertility is not necessarily a handicap as it may convey no disadvantage or perceived adverse consequences [...]. Hence, the infertility may have been arrived at by quite different paths, or conversely, the meaning of a status of infertility is contingent on a range of contextual features that reflect our role expectations and intentions.“ (Davies et al. 2005: 2670)

⁷ Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die klinisch-medizinische Definition von Infertilität auf heterosexuelle Paare zugeschnitten ist und alleinstehende Personen sowie gleichgeschlechtliche Paare mit Kinderwunsch nicht im medizinischen Sinne infertil sein können, selbst wenn sie eine biologische Fruchtbarkeitsstörung aufweisen (Mladovsky/Sorenson 2010: 118). Da sich diese Arbeit auf die Nutzung der Reproduktionsmedizin durch heterosexuelle Paare konzentriert, ist dies unproblematisch. In anderen Zusammenhängen müsste diese Implikation der Definition ausführlicher thematisiert werden.

In dem Zitat deutet sich an, dass auch kulturelle Faktoren in das Verständnis und die Interpretation von Infertilität mit hineinspielen können, beispielsweise in Form von Altersnormen und damit verknüpften Rollenerwartungen. Dies kann dazu führen, dass in einem relativ jungen Alter Infertilität nach dem Zwölfmonatskriterium noch nicht als Problem wahrgenommen wird. Die Verknüpfung mit einem Kinderwunsch ist alleine schon für die Deutung der Symptome der „Krankheit“ Infertilität im engeren klinischen Sinne und das sich darauf beziehende Handeln bedeutungsvoll.

Als Fazit der Diskussion in diesem Abschnitt kann festgehalten werden, dass es nicht zielführend ist, Personen beziehungsweise Paare, die keinen Kinderwunsch haben, als infertil zu klassifizieren. Dies gilt umso mehr in Zeiten, in denen Kinderlosigkeit eine verbreitete und akzeptierte Lebensform darstellt und Menschen sich immer weniger Kinder wünschen (siehe Kapitel 2.1). Vielmehr wird Infertilität in dieser Arbeit als soziale Konstruktion verstanden in dem Sinne, dass ein individueller oder gemeinschaftlicher Kinderwunsch vorliegen muss, damit Infertilität als Problem erkannt und gegebenenfalls eine Handlungsrelevanz abgeleitet wird. Trotz der angedeuteten Kritik an dem Zwölfmonatskriterium für die Dauer des unverhüteten Geschlechtsverkehrs wird es hier übernommen, da es in der medizinischen Praxis und damit auch für die Paare von hoher Relevanz ist. Dabei ist zu beachten, dass Infertilität als ein Kontinuum von eingeschränkter Fruchtbarkeit bis vollständiger Unfruchtbarkeit verstanden wird und sich entsprechend durch seine Relativität auszeichnet. Das bedeutet, dass nicht nur Kinderlose betroffen sein können, sondern auch Paare, die bereits ein Kind bekommen haben und dass zumindest ein Teil der Paare bei längerem Warten noch auf natürlichem Wege ein Kind bekommen kann.

2.2.2 *Verbreitung von Infertilität*

Nachfolgend wird ein Überblick über die Verbreitung von Infertilität in Deutschland gegeben, um einen Eindruck davon zu erhalten, wie viele Paare davon betroffen sind. Zur Beschreibung der Verbreitung wird die Prävalenz von Infertilität verwendet. Die Prävalenz ist ein epidemiologischer Indikator für die relative Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Reiche 2003: 1506). Die Prävalenz lässt sich als Bruch ausdrücken, wobei der Nenner gebildet wird durch die betrachtete Grundgesamtheit (zum Beispiel alle Frauen zwischen 20 und 45 Jahren) und der Zähler steht für die Zahl der von Infertilität Betroffenen. Die Begriffe Verbreitung und Prävalenz werden nachfolgend synonym verwendet. Der Fokus liegt nachfolgend auf Deutschland, es werden aber auch Studien aus anderen Ländern herangezogen, um einen besseren Eindruck von den Größenrelationen zu bekommen.

In den vorliegenden Studien wird sowohl die Punktprävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt als auch die Lebenszeitprävalenz (Periodenmaß) verwendet. Letztere beschreibt das Auftreten von Infertilität in der gesamten bisherigen fruchtbaren Phase. Sie ist normalerweise höher als die Punktprävalenz, da ein längerer Zeitraum betrachtet wird, variiert aber auch je nach befragter Altersgruppe (Schmidt/Muenster 1995: 1412). Wird die Grundgesamtheit gebildet aus unter 30-jährigen Frauen, sollte die Lebenszeitprävalenz niedriger sein, als wenn diese von Frauen ab 40 Jahren gebildet wird. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass die älteren Frauen einmal von Infertilität betroffen waren, ist höher als bei den jüngeren. Für die Prävalenzmaße werden zudem unterschiedliche Definitionen von Infertilität verwendet, was den Vergleich von Prävalenzen aus unterschiedlichen Studien erschwert. Für den Zähler der Prävalenzmaße wird häufig die Erfahrung von 12 Monaten ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit oder ohne Intention, ein Kind zu bekommen, verwendet (ebd.: 1407). Auch im Nenner unterscheiden sich die Maße teilweise deutlich: Grundgesamtheit

können sowohl alle Frauen in einem Land oder einer Region in der relevanten Altersgruppe sein oder beispielsweise alle verheirateten Frauen. Sofern möglich, wird deshalb nachfolgend darauf Bezug genommen, ob eine Lebenszeit- oder Punktprävalenz berichtet wird, welche Gruppe von Personen betrachtet wird (der Nenner) und welche Personen als infertil definiert werden (der Zähler).

Für Deutschland liegen insgesamt nur wenige und vorwiegend ältere Studien vor. Über diese wird hier berichtet. Die älteste der Autorin bekannte Studie ist die von Bruckert (1991), die für Westdeutschland und Berlin im Jahr 1988 eine Punktprävalenz von 8,6 % ungewollt kinderlosen Paaren an allen verheirateten Paaren berechnet, bei denen die Frau maximal 45 Jahre alt ist. Die verwendete Definition von ungewollter Kinderlosigkeit konnte aus dem Text nicht eindeutig nachvollzogen werden. Im Rahmen der internationalen Untersuchung „European Studies of Infertility and Subfecundity“ (ESIS) wurde in sieben europäischen Ländern zwischen 1991 und 1993 anhand eines standardisierten Fragebogens die Verbreitung von Infertilität erhoben (Karmaus/Juul 1999; Olsen et al. 1998).⁸ Dafür wurden bei 25- bis 45-jährigen Frauen Phasen ungeschützten Geschlechtsverkehrs erfasst. Ob diese Phasen mit der Intention erfolgten, ein Kind zu bekommen, ist in der Definition von Infertilität nicht berücksichtigt. Für Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz, also der Anteil der Frauen, die mindestens einmal länger als 12 Monate ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, an allen Frauen, die jemals ungeschützten Verkehr hatten, bei 31,8 % (Küppers-Chinnow/Karmaus 1997: 93). Die Lebenszeitprävalenz für Deutschland ist nach Aussage der Autoren „[...] größer als in den meisten anderen Untersuchungen.“ (ebd.: 93). Im Mittel über alle Länder, die an der ESIS-Studie teilgenommen haben, lag der Wert bei 24,8 %, wobei er in Süd-Italien und Spanien mit 12,2 % und 17,7 % am niedrigsten und in Polen mit 42,7 % am höchsten war (ebd.: 93). Etwas neuere Zahlen für Deutschland wurden im Rahmen einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Auftrag gegebenen Studie im Jahr 1998 erhoben (Helfferich 2001).⁹ Der ersten Studie zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz in der Population aller 20- bis 44-jährigen Frauen, die jemals „at risk“ waren, schwanger zu werden, bei 21 % (12 Monate ungeschützter Geschlechtsverkehr) (ebd.: 306). Die Punktprävalenz zum Zeitpunkt der Befragung liegt für kinderlose Frauen bei 2,2 %, bei Frauen mit einem oder mehreren Kindern bei 2,5 % (ebd.: 306). Die Lebenszeitprävalenz für Frauen ist in der Studie von Helfferich mit 21 % um 10 Prozentpunkte niedriger als bei Küppers-Chinnow und Karmaus (32 %). In beiden Studien wurden Phasen unverhüteten Geschlechtsverkehrs betrachtet, unabhängig davon, ob diese mit einem Kinderwunsch verknüpft waren, entsprechend lassen sich die Unterschiede in den Prävalenzen damit nicht erklären.

In einer wesentlich aktuelleren Untersuchung wurden Punktprävalenzen von Infertilität basierend auf den Daten von pairfam für Frauen und Männer in zwei Altersgruppen berechnet. In der jüngeren Altersgruppe, die zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 29 und 31 Jahre alt ist, liegt die Prävalenz der Frauen bei 6,3 %, bei den Männern bei 4,8 % (Passet-Wittig et al. 2016: 83). Für die 39- bis 41-jährigen Frauen wurde eine Prävalenz von 7,9 % und für die Männer eine Prävalenz von 7,5 % berechnet (ebd.: 83).

Diese kurze Übersicht verdeutlicht die große Variation der Prävalenzen sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen Ländern, wobei aufgrund der oben geschilderten

⁸ Die Ergebnisse sind jedoch nicht repräsentativ auf nationaler Ebene, da in allen Ländern einfach ungeschichtete Stichproben in mehreren Regionen (städtisch und ländlich) gezogen wurden.

⁹ Auch die Ergebnisse dieser Studie sind nicht repräsentativ auf nationaler Ebene. In lediglich drei ausgewählten Erhebungsregionen (zwei in West- und eine in Ostdeutschland) wurden Zufallsstichproben aus Melderegistern gezogen.

methodischen Unterschiede zwischen Studien unklar bleibt, ob diese Variation zufällig oder substanzial ist (Gurunath et al. 2011: 585).¹⁰ Schließlich machen die Zahlen deutlich, wie wenig sicheres Wissen über die Verbreitung von Infertilität vorliegt. Sie erlauben lediglich eine Annäherung an die tatsächliche Verbreitung von Infertilität. Die Lebenszeitprävalenz liegt in Deutschland vermutlich zwischen 21 % und 31,8 %.

2.2.3 Ursachen von Infertilität und Diagnostik

Nachfolgend geht es um Faktoren, welche die Fruchtbarkeit von Frauen und Männern beeinflussen und deshalb als Ursachen von Infertilität gelten. Die Ursachen von Infertilität sind sehr vielfältig. Die wichtigsten werden hier erläutert. Dazu zählen das Alter, Lebensstilfaktoren, Umweltbedingungen sowie sexuell übertragbare Krankheiten. Zum Abschluss wird kurz auf die Diagnosestellung eingegangen.

Alter

Von zentraler Bedeutung für die Fruchtbarkeit eines Paares ist das Alter der Frau. Das hängt damit zusammen, dass der Vorrat an Eizellen mit jedem Monatszyklus ab dem Einsetzen der Menstruation abnimmt und die Eizellen altern (Beier et al. 2012: 324). Hinsichtlich der Fruchtbarkeit ist allerdings weniger die Quantität, sondern die abnehmende Qualität der Eizellen mit dem Alter der Frau relevant (ESHRE Capri Workshop Group 2005: 265). Beides zusammen führt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit des Verlusts einer befruchteten Eizelle und häufigeren Schwangerschaftsabbrüchen (ebd.: 265). Zudem sind mit dem Alter der Frau verschiedene Probleme in der Schwangerschaft auf Seiten der Mutter und des Fötus sowie ein erhöhtes Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und Erkrankungen des Kindes assoziiert (Ritzinger et al. 2011: 112).¹¹ Lange Zeit ging man davon aus, dass die Fruchtbarkeit bis zum Alter von 35 Jahren nur langsam abnimmt, neuere klinische Studien zeigen jedoch, dass die Fruchtbarkeit bereits ab 30 Jahren deutlich zurückgeht (ESHRE Capri Workshop Group 2005: 265). Es lässt sich also festhalten, dass die fertile Phase der Frau mit der ersten Menstruation im Jugendalter beginnt und spätestens mit der Menopause endet, allerdings muss bereits lange vor Beginn der Menopause, spätestens ab Mitte Dreißig, verstärkt mit Einschränkungen in der weiblichen Fruchtbarkeit gerechnet werden.

Beim Mann sind Alterseffekte insgesamt weniger ausgeprägt. Grundsätzlich können Männer auch in höherem Alter noch Nachwuchs zeugen, ihr Vorrat an Spermienzellen ist nicht wie bei den Eizellen der Frau begrenzt. Wenig bekannt ist, dass auch das Alter des Mannes für die Fruchtbarkeit des Paares relevant ist. Sartorius und Nieschlag (2010: 74) zufolge kann die Kombination von älteren Frauen und einem Alter des Mannes von mindestens 40 Jahren problematisch sein. Nicht nur die Fruchtbarkeit des Paares nimmt dann ab, sondern es kommt auch häufiger zu Schwangerschaftskomplikationen (beispielsweise Aborte) und Erkrankungen des Kindes nehmen zu.

¹⁰ Gurunath et al. (2011) verweisen auf Studien von Marchbanks et al. (1989) und Larsen (2005), die sich systematisch mit den Effekten unterschiedlicher Definitionen von Infertilität auf deren Prävalenz in einer Population beschäftigen.

¹¹ Als eine der häufigsten Erkrankungen des Kindes, die bei Schwangerschaften über 35-jähriger Frauen auftreten, nennen Ritzinger et al. (2011: 114) die Trisomie 21 (Down-Syndrom).

Es kann festgehalten werden, dass das Alter beider Partner relevant für die Fruchtbarkeit ist, wobei der Zusammenhang bei Frauen wesentlich stärker ausfällt. Die Befunde für Frau und Mann wurden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit separat aufgeführt, letztendlich ist aber das Paar die relevante Einheit hinsichtlich der Analyse und Diagnose von Fruchtbarkeit. Die besondere Bedeutung des Zusammenhangs zwischen Alter und dem Infertilitätsrisiko ergibt sich vor dem Hintergrund der demografischen Trends (siehe Kapitel 2.1). Von besonderer Bedeutung ist der generelle Aufschub von Geburten in ein höheres Alter der Frau, der dazu führt, dass tendenziell immer mehr Paare Phasen verminderter Fruchtbarkeit erleben und sich mit den Behandlungsverfahren der Reproduktionsmedizin zumindest auseinandersetzen werden. Aufgrund des Trends hin zu zweiten und dritten Partnerschaften, in denen noch Kinderwünsche bestehen und beide Partner bereits relativ alt sind, wird perspektivisch die Bedeutung der Fruchtbarkeit des Mannes noch zunehmen (Beier et al. 2012: 304).

Lebensstilfaktoren

Neben dem Alter kommt den so genannten Lebensstilfaktoren, die nachweislich die Fruchtbarkeit von Frau und Mann beeinflussen, eine wichtige Bedeutung zu. Homan et al. (2007: 209) definieren Lebensstilfaktoren als Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen, die prinzipiell veränderbar sind beziehungsweise einen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben können. Auch andere Autoren betonen, dass es sich bei Lebensstilfaktoren, anders als beim Alter, prinzipiell um durch das Individuum beeinflussbare Verhaltensweisen handelt, sodass damit verbundene Fertilitätsrisiken vermieden oder zumindest verringert werden können (siehe u. a. Dondorp et al. 2010: 4).¹² Die Liste potenziell nachteiliger Verhaltensweisen ist lang, sie umfasst unter anderem das Rauchen, Über- und Untergewicht, Ernährung, Sport, Alkoholkonsum, Koffeinkonsum und Stress. Umfassende Übersichten zum Forschungsstand liegen von Beier et al. (2012), Dondorp et al. (2010) und Homan et al. (2007) vor. Die wichtigsten Befunde werden hier zusammengefasst.

Relativ eindeutig ist der medizinische Forschungsstand zum Tabakkonsum und zum Gewicht (Homans et al. 2007: 214). Generell verlängert sich bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung die Zeit bis zum Eintreten einer Schwangerschaft sowohl durch aktives als auch durch passives Rauchen deutlich (ebd.: 211; Dondorp et al. 2010: 2). Darüber hinaus erhöht sich auch das Risiko von Fehlgeburten in den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft und die Menopause tritt früher ein (Dondorp et al. 2010: 2). Beim Gewicht ist prinzipiell zwischen Über- und Untergewicht zu unterscheiden. Als Indikator wird meist der Body Mass Index (BMI) verwendet, der das Verhältnis des Gewichts zur Körpergröße darstellt, wobei von Untergewicht circa ab einem BMI < 20 und von Übergewicht ab einem BMI > 25 ausgegangen werden kann. Sowohl Übergewicht als auch Untergewicht wirken sich bei Frauen in verschiedener Hinsicht negativ aus: zum einen auf die Wahrscheinlichkeit eines Eisprungs und der durchschnittlichen Dauer bis zu einer Schwangerschaft, zum anderen auf Schwangerschaftsrisiken und Krankheiten des Kindes (Dondorp et al. 2010: 2; Homans et al. 2007: 211f). Bei Männern wird von einem Zusammenhang zwischen Unter- und Übergewicht und reduzierter Samenqualität ausgegangen, was sich wiederum nachteilig auf die Fruchtbarkeit auswirkt (Jensen et al. 2004). In engem Zusammenhang mit dem

¹² Letztendlich basiert auch das Alter, in dem man sich mit der Familiengründung oder Erweiterung beschäftigt, auf persönlichen Entscheidungen von Individuen oder Paaren und damit auf deren Verhalten und ist damit prinzipiell veränderbar. Im medizinischen Sinne ist dies aber zum Zeitpunkt der Diagnose Infertilität nicht mehr möglich, anders als bei den hier fokussierten Lebensstilfaktoren.

Gewicht sind auch eine gesunde Ernährung und sportliche Aktivität zu sehen. Bei beidem gehen Homan et al. (2007: 213f) grundsätzlich davon aus, dass sie sich positiv auf das Gewicht und damit auch auf die Fruchtbarkeit auswirken.

Hinsichtlich des Koffeinkonsums über Kaffee, Tee oder Schokolade sind die Befunde weniger eindeutig als zu Tabakkonsum und Gewicht. Homan et al. (2007: 215) verweisen auf verschiedene Studien, die den Einfluss der Aufnahme von Koffein nachweisen, wobei die Menge, ab der sich ein Effekt zeigt, deutlich variiert. Beier et al. (2012: 318) kommen zu dem Schluss, dass es nur bei exzessiver Koffeinaufnahme (mehr als 500 mg pro Tag) zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Zeit bis zu einer Schwangerschaft kommt. Geringer bis moderater Alkoholkonsum hat keinen eindeutigen Effekt auf die Fruchtbarkeit von Mann und Frau. Exzessiver Alkoholkonsum ist dagegen als schädlich anzusehen, denn dadurch reduziert sich die Fruchtbarkeit und das Risiko von spontanen Fehlgeburten, vorzeitiger Plazentaablösung und Früh- oder Totgeburten erhöht sich (ebd.: 319).

Auch psychologischer Stress wird von Homan et al. (2007) zu den Lebensstilfaktoren gezählt. Welchen Einfluss psychologische Aspekte auf die Fruchtbarkeit haben ist nicht ganz klar. Die Befundlage ist widersprüchlich, die Indikatoren nicht einheitlich und es gibt kaum prospektive Studien, die eindeutige Schlussfolgerungen über Ursache und Wirkung erlauben (Wischmann 2003). Einerseits kann Stress Fertilitätsprobleme verursachen, andererseits aber auch eine Folge von Fertilitätsproblemen und deren Behandlung sein. Letzterer Zusammenhang ist wesentlich besser belegt als ersterer (ebd.: 193; siehe auch Greil 1997). Insgesamt ist es wahrscheinlich, dass psychologische und physiologische Faktoren zusammenwirken, also beispielsweise Stress mitverursachend wirkt, aber selten die alleinige Erklärung für eine Fertilitätsstörung darstellt (Wischmann 2003: 193).

Bislang wurde lediglich auf die isolierte Wirkung von einzelnen Lebensstilfaktoren auf die Infertilität eingegangen. Dabei ist es nicht unwahrscheinlich, dass Verhaltensweisen, die für die Fruchtbarkeit kritisch sind, in Kombination auftreten. Hassan und Killick (2004) haben in einer Studie das Zusammenwirken von mehreren der oben erläuterten Lebensstilfaktoren bei Frauen auf die Dauer bis zum Eintreten einer Schwangerschaft untersucht. Diese verlängert sich mit steigender Anzahl negativer Verhaltensweisen progressiv (ebd.: 391). Das bedeutet, dass die betroffenen Frauen ein entsprechend erhöhtes Risiko von reduzierter Fruchtbarkeit aufweisen. Insgesamt spielen Lebensstilfaktoren als Ursachen von Infertilität eine wichtige Rolle. Weiter oben wurde bereits darauf verwiesen, dass diese grundsätzlich als veränderbar betrachtet werden. Das ist für den Umgang mit Infertilität relevant, wenn diese mit Lebensstilfaktoren zusammenhängt, denn häufig wirken sich Verhaltensänderungen bereits kurzfristig positiv aus. Zu beachten ist bei den Lebensstilfaktoren allerdings auch, dass die genannten für die Fertilität nachteiligen Verhaltensweisen in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auftreten (Dondorp et al. 2010: 5). In diesem Zusammenhang weisen Ritzinger et al. (2011: 120) auf Studien hin, die zeigen, dass ein gesundheitsbewusster Lebensstil bei älteren Frauen die negativen Effekte des Alters auf die Fruchtbarkeit teilweise ausgleichen kann. Das bedeutet, dass gut situierte Paare, die ihren Kinderwunsch aufgeschoben haben, mit ihrem Lebensstil bestimmte Infertilitätsrisiken ausgleichen können.

Umweltbedingungen

Auch Umweltbedingungen können die Fruchtbarkeit beeinflussen. Negative Umweltbedingungen liegen vor, wenn Personen bestimmten Chemikalien und anderen Schadstoffen ausgesetzt sind. Das kann beruflich bedingt sein, aber auch mit verunreinigtem Wasser oder Luftverschmutzung zusammenhängen. Für radioaktive Stoffe sowie bestimmte Pestizide

und Lösungsmittel gibt es Nachweise, dass sich diese negativ auf die Fruchtbarkeit bei Frauen und Männern auswirken (Homans et al. 2007: 218). Die (wissenschaftliche) Diskussion über den Einfluss von Umweltgiften auf die Fruchtbarkeit des Mannes wurde wesentlich beeinflusst durch eine Studie von Carlsen et al. (1992). In dieser wurde ein Rückgang in der Spermienqualität in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts konstatiert und ein Zusammenhang mit der Verbreitung von Umweltgiften hergestellt. Diese Studie hatte einen großen Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung von Infertilität und damit assoziierten Risiken. In der Zeit der Veröffentlichung der Studie von Carlsen wurde der Begriff der „Spermienkrise“ geprägt, der sich relativ hartnäckig hält. Im Anschluss an die Studie wurden diverse weitere Untersuchungen durchgeführt, aus denen bis heute nicht eindeutig gefolgert werden kann, dass sich die Spermienqualität allgemein verschlechtert hat (te Velde et al. 2010: 1351).

Sexuell übertragbare Krankheiten

Zu den Hauptursachen von Infertilität bei beiden Geschlechtern sind auch sexuell übertragbare Krankheiten („sexually transmitted infections“, STI) zu zählen. Beier et al. (2012: 311) zufolge hat nach deren Rückgang in den 1980er Jahren die Verbreitung von STIs bei Frauen und Männern seit Mitte der 1990er Jahre wieder zugenommen. Sie erwähnen die in den letzten 15 bis 20 Jahren wieder gestiegene Anzahl an Chlamydieninfektionen, die relativ symptomfrei verlaufen, deshalb unerkannt bleiben und sich dadurch unbemerkt verbreiten (ebd.: 312). Bleiben sie unbehandelt, kann es zu Entzündungen und dadurch zu Verwachsungen der Eileiter kommen, welche wiederum die Fruchtbarkeit vermindern oder eine Schwangerschaft gar unmöglich machen.

Diagnostik

Eine ärztliche Diagnose fasst die Symptome eines Patienten zusammen und benennt die Krankheit. Im Falle von Infertilität wird es möglicherweise mehrere Diagnosen geben, zunächst vom Frauenarzt oder Urologen und dann von einem Reproduktionsmediziner. Teil einer Diagnose für Infertilität sind immer auch die Ursachen. Wobei differenziert werden sollte zwischen diagnostizierten Fruchtbarkeitsstörungen im engeren Sinne und weiteren Ursachen. Was ist damit gemeint? Ursachen im weiteren Sinne sind die oben aufgeführten, beispielsweise können Lebensstilfaktoren wie starkes Übergewicht der Frau zu einer Fruchtbarkeitsstörung führen. Fruchtbarkeitsstörungen im engeren Sinne sind bei der Frau Eireifungsstörungen, Störungen des Eitransportes im Eileiter oder an der Gebärmutter; beim Mann werden Störungen der Samenzellbildung und des Samentransportes unterschieden; bei beiden Partnern können Entzündungen der Fortpflanzungsorgane, immunologische oder psychische Probleme relevant sein (Wischmann 2012: 57).

Immer wieder wird betont, dass bei der Analyse und Beurteilung der Fruchtbarkeit immer beide Partner einbezogen werden sollten. Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, können die Ursachen bei beiden Partnern liegen und zudem miteinander interagieren. Eine eindeutige Zuordnung des Fertilitätsproblems und dessen Ursachen zur Frau oder zum Mann ist deshalb in vielen Fällen schwierig. Diese Interaktion von Partnern hinsichtlich ihrer gemeinsamen Fruchtbarkeit stellen Beier et al. (2012: 297) anschaulich dar: Versuchen zwei Partner mit jeweils deutlich verminderter Fruchtbarkeit ein Kind zu zeugen, dann sind die Erfolgsaussichten relativ gering. Kommt jedoch einer dieser Partner mit einer dritten, normal fruchtbaren Person zusammen, können sich die Chancen stark verbessern. Infertilität kann also auch Implikationen für das Weiterbestehen der Partnerschaft haben.

Die Diagnostik ist für die Einschätzung der Fruchtbarkeit und Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise zentral (ebd.: 298). In der „(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer (BÄK) ist festgehalten, dass vor jeder Behandlung eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern stattfinden muss (BÄK 2006). Zentrale Aspekte, die bei der Diagnostik des Paares zu berücksichtigten sind, sind das Alter beider Partner, die Dauer der unfruchtbaren Phase (= Dauer des unerfüllten Kinderwunsches) und die bisherige Fertilitätsbiografie (Schwangerschaften, Geburten, Abbrüche und andere Komplikationen), insbesondere in der aktuellen Partnerschaft (Beier et al. 2012: 298). Zudem können bei der Frau aufwändige Untersuchungen wie Bauch- oder Gebärmutter Spiegelung notwendig werden; beim Mann gehört zur Diagnostik vor allem die Untersuchung des Spermas hinsichtlich Anzahl, Gestalt und Beweglichkeit (ebd.: 298). Mit der Dauer der unfruchtbaren Phase ist die Zeitspanne gemeint, in der nicht verhütet wurde und trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eintrat. Dabei ist zu beachten, dass die Erhebung dieser Zeitspanne in der Praxis schwierig sein kann, weil die Ärzte hier auf die notwendigerweise subjektiven Angaben der Paare angewiesen sind. Hintergrund ist, dass der Verzicht auf Verhütung nicht zwangsläufig mit Beginn des aktiven Versuchens, ein Kind zu zeugen, übereinstimmen muss. Ein weiteres Problem kann sich daraus ergeben, dass regelmäßiger unverhüteter Geschlechtsverkehr für die Paare sehr unterschiedlich definiert sein kann. Medizinische Untersuchungen definieren regelmäßig als 2-3 Mal pro Woche (siehe auch Kapitel 2.2.1). Wenn das Paar unter regelmäßigem Verkehr einmal in der Woche versteht, dann ließen sich die Chancen dieses Paares, auf ganz natürlichem Wege ein Kind zu bekommen, bereits durch häufigeren Geschlechtsverkehr deutlich erhöhen.

Bei der Diagnostik durch Fachärzte wird meistens zwischen Ursachen unterschieden, die bei der Frau, beim Mann oder bei beiden liegen. Dies ist von Bedeutung für die Prognose der natürlichen Fruchtbarkeit ebenso wie für geeignete Behandlungsverfahren und deren Erfolgsaussichten. Auch für die Krankenkassen ist die Zuordnung relevant, da davon abhängt, welche Versicherung welche Kosten übernimmt (siehe dazu auch Kapitel 2.3.1). In wenigen Fällen (< 10 %) ist es nicht möglich, bei einem der Partner eine eindeutige Ursache festzustellen (Wischmann 2012: 55). Man spricht in diesen Fällen mit ungeklärter Ursache auch von idiopathischer Infertilität. Revermann und Hüsing (2011: 30) bemerken, dass bei bestimmten Diagnosen sowie bei idiopathischer Infertilität des Paares die Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Schwangerschaft häufig von den Paaren selbst und auch vom Arzt unterschätzt wird. Dies kann zur Konsequenz haben, dass zu früh oder gar unnötigerweise mit der Behandlung begonnen wird und gegebenenfalls auf eine natürliche Schwangerschaft verzichtet wird.

2.2.4 Behandlungsmöglichkeiten

Wirft man einen Blick auf die Internetseiten einiger deutscher Kinderwunschzentren und deren Leistungsspektrum, wird dort eine Vielzahl von Behandlungsverfahren aufgelistet und erläutert. Die dort dargestellten Informationen decken allerdings nicht das vollständige Spektrum reproduktionsmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten ab, da bestimmte Verfahren in Deutschland nicht angewendet werden dürfen (siehe dazu Kapitel 2.3.1). Dazu zählen unter anderem die Leihmutterchaft und die Eizellenspende. Nachfolgend werden die wichtigsten Verfahren der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung beschrieben. Um einen Überblick zu bieten, wird dabei zunächst keine Einschränkung auf in Deutschland erlaubte Verfahren vorgenommen.

Die In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und die Kryokonservierung können als die Kernverfahren der humanen Reproduktionsmedizin bezeichnet werden. Sie werden nachfolgend noch ausführlicher beschrieben. Abhängig von der Diagnose werden aber zunächst weniger invasive Behandlungsmöglichkeiten wie die hormonelle Stimulationsbehandlung oder die Insemination angewendet. Bei der hormonellen *Behandlung* oder Stimulationstherapie werden bestimmte Hormonpräparate eingenommen. Bei der Frau können damit Hormonungleichgewichte, Eireifungsstörungen oder eine Gelbkörperschwäche behandelt werden (BZgA 2012: 11). Beim Mann wird sie eingesetzt, um leichte Störungen in der Samenproduktion zu behandeln. Die Hormonbehandlung kann auch zusammen mit terminiertem Geschlechtsverkehr, das heißt an den besonders fruchtbaren Tagen, empfohlen werden. Die *intrauterine Insemination (IUI)* ist ein Verfahren zur Einbringung von Sperma in die Gebärmutterhöhle, wofür ein Katheter verwendet wird. Dabei wird den Spermien der „Weg“ in die Gebärmutter erspart. Die Zahl der Spermien, die dort ankommen, ist deutlich höher als auf natürlichem Wege. Das Verfahren ist deshalb geeignet für Frauen mit Problemen im Bereich des Gebärmutterhalses oder bei eingeschränkter Zeugungsfähigkeit des Mannes (ebd.: 14). Wird das Sperma des Partners einer Frau verwendet, handelt es sich um eine homologe Insemination, kommt stattdessen Fremdsperma zum Einsatz, spricht man von einer heterologen oder donogenen Insemination. Letztere kann angebracht sein, wenn der Mann steril ist. Wenn beim Mann Sperma vorhanden ist, kann dieses durch Masturbation gewonnen werden. Sperma kann dem Mann jedoch auch aus den Nebenhoden (mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration, MESA) oder dem Hodengewebe (testikuläre Spermienextraktion, TESE) entnommen werden (Revermann/Hüsing 2011: 43).

Wenn gemeinhin von künstlicher Befruchtung gesprochen wird, sind meist die *In-Vitro-Fertilisation (IVF)* und verschiedene Varianten des Verfahrens gemeint. Vor einer IVF-Behandlung wird durch hormonelle Stimulation die Produktion mehrerer Eizellen angeregt. Die Eizellen werden dann in einem chirurgischen Eingriff entweder mittels Bauchspiegelung unter Vollnarkose oder durch die Scheide entnommen (ebd.: 42). Bei der IVF werden Ei- und Samenzellen *in vitro*, also im Reagenzglas zusammengebracht. In den Prozess der Befruchtung selbst wird dabei nicht eingegriffen. Wenige Tage nach erfolgreicher Befruchtung werden die Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt. Vorher wird die Qualität der Embryonen beurteilt (ebd.: 42). In der Regel erfolgt der Embryotransfer 2-3 Tage nach der Befruchtung, seltener am 5.-6. Tag. Im letzteren Fall spricht man vom Blastocystentransfer (ebd.: 46). Der wesentliche Unterschied zum Transfer nach 2-3 Tagen besteht darin, dass in dieser Zeit eine natürliche Selektion stattfindet, weil nicht alle Embryonen das Blastocystenstadium erreichen. Den verbliebenen Embryonen wird eine bessere Entwicklungsfähigkeit unterstellt, allerdings sind die Forschungsbefunde dazu nicht eindeutig (Griesinger et al. 2008: 33). Die Zahl der Embryonen, die einer Frau eingesetzt werden dürfen, ist in den meisten Ländern gesetzlich reguliert. Ein wesentliches Ziel dieser Regulierung ist es, Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden, die mit hohen Risiken für Mutter und Kinder verbunden sind. In Deutschland ist die Zahl der Embryonen auf maximal drei beschränkt (siehe auch Kapitel 2.3.1). Das Verfahren wird beispielsweise bei verschlossenen oder fehlenden Eileitern angewendet, oder wenn bisher genutzte weniger invasive Verfahren, in der Regel die Hormonbehandlung oder Insemination, nicht erfolgreich waren (BZgA 2012: 15).

Die *Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)* ist der IVF sehr ähnlich. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei dem Prozess der Befruchtung „nachgeholfen“ wird. Während bei der IVF Samen und Eizellen lediglich in einer Glasschale zusammengebracht werden, wird bei der ICSI ein Spermium direkt in eine Eizelle eingespritzt. Die

oben bereits beschriebenen Verfahren der Spermengewinnung kommen auch hier zum Einsatz. Ein weiterer wichtiger Unterschied zur IVF besteht darin, dass ein einzelnes Spermium für die Injektion ausgewählt wird und damit die natürlichen Selektionsmechanismen beim Eindringen in die Eizelle umgangen werden. Revermann und Hüsing (2011: 43) bezeichnen dies als Nachteil des Verfahrens im Vergleich zur IVF, weil die Gefahr besteht, dass chromosomal geschädigte Spermien verwendet werden. Die ICSI-Behandlung wurde ursprünglich bei ausgeprägter Infertilität des Mannes angewendet und in jüngerer Zeit vermehrt auch dann, wenn kryokonservierte, das heißt eingefrorene Eizellen zum Einsatz kommen, bei Infertilität des Paares mit ungeklärter Ursache (idiopathische Infertilität) und nach nicht erfolgreicher IVF-Behandlung (ebd.: 43).

Die *Kryokonservierung* wurde eben bereits kurz angesprochen. Dabei werden befruchtete Eizellen, Embryonen oder Sperma für eine spätere Verwendung eingefroren. Dies hat den Vorteil, dass den Frauen nicht vor jeder IVF oder ICSI operativ Eizellen entnommen werden müssen und auf die dafür notwendige hormonelle Stimulation verzichtet werden kann. Ein wesentlicher Nachteil der Kryokonservierung besteht dagegen darin, dass die Erfolgsaussichten bei Behandlungen mit vorher kryokonservierten Eizellen niedriger sind als bei der Verwendung frischer Eizellen (BZgA 2012: 16; siehe auch Abbildung 2-3). Auch für die Konservierung von Fremdsperma in so genannten Samenbanken wird das Kryoverfahren angewendet. Im Zusammenhang mit der Kryokonservierung sollte ein weiteres Verfahren angesprochen werden, das in jüngerer Zeit durch die mediale Berichterstattung verstärkt Aufmerksamkeit erfahren hat: das „*Social Freezing*“.¹³ Die Besonderheit besteht darin, dass es für das Einfrieren der Eizellen keine medizinischen Gründe gibt. Dies ist bei Krebspatienten anders. Hier werden auf Wunsch Eizellen oder Sperma eingefroren, da beispielsweise durch eine Strahlentherapie die Fruchtbarkeit reduziert werden kann (Beyer et al. 2013). Letztlich geht es beim „*Social Freezing*“ darum, jüngere Eizellen für eine spätere Verwendung zu konservieren und dadurch für den Fall gewappnet zu sein, dass eine Schwangerschaft in höherem Alter auf natürlichem Weg nicht mehr erreicht werden kann.

Um Mehrlingsschwangerschaften und damit verbundene Risiken für Mutter und Kinder zu verringern, wird heute empfohlen, den *elektiven „Single-Embryo-Transfer“ (eSET)* anzuwenden. Es handelt sich dabei nicht um ein eigenes Verfahren im engeren Sinne, sondern um eine Regel, nach der beim Vorliegen von zwei entwicklungsfähigen Embryonen einer zum Transfer ausgewählt wird (Revermann/Hüsing 2011: 136). Eine Variante ist der „*Double-Embryo-Transfer (DET)*“, bei dem zwei Embryonen zum Transfer ausgewählt werden. Der Hauptgrund, aus dem Frauen mehr als ein Embryo übertragen wird, liegt darin, dass sich mit jedem zusätzlichen Embryo die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Embryo sich erfolgreich einnistet und entwickelt. Es besteht allerdings auch das Risiko, dass sich mehr als ein Embryo entwickelt und es folglich zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt. Mit den elektiven Verfahren sollen einerseits die mit Mehrlingsschwangerschaften assoziierten Risiken reduziert werden und andererseits die Erfolgsaussichten so hoch wie möglich gehalten werden (ebd.: 138). Sowohl Griesinger et al. (2008: 36f) als auch Revermann und Hüsing (2011: 137) geben einen Überblick über den Stand der Forschung zum Erfolg von eSET und DET. Generell zeigen die Studien, dass hinsichtlich Schwangerschafts- und Geburtenraten DET gegenüber eSET weiterhin vorne liegt, allerdings durch eSET das Risiko von Zwillingsschwangerschaften deutlich reduziert wird.

¹³ In der Berichterstattung ging es um Konzerne wie Apple und Facebook, die ihren Mitarbeiterinnen anbieten, auf Unternehmenskosten Eizellen einzufrieren und dadurch die Chancen zu verbessern, ihre Kinderwünsche mit Hilfe dieser Eizellen zu einem späteren Zeitpunkt zu realisieren (Rudzio 2014).

Erwähnt sei hier noch die *Leihmutterschaft*. Auch hierbei handelt es sich nicht um ein Verfahren der Reproduktionsmedizin, allerdings kommen heute solche zum Einsatz, um eine Leihmutterschaft umzusetzen. Es ist eine der ältesten Möglichkeiten für Paare, trotz Infertilität ein zumindest mit einem der beiden Partner genetisch verbundenes Kind zu zeugen. Kennzeichnend für die Leihmutterschaft ist, dass die Frau, die das Kind austrägt, dieses nach der Geburt an die Wunscheltern abgibt. In der Regel wird das vorher mündlich oder schriftlich verabredet. Während früher das Verfahren der Insemination verwendet wurde, um eine Schwangerschaft der Leihmutter herbeizuführen, bietet die IVF heute neue Möglichkeiten. Dabei sind ganz unterschiedliche Konstellationen leiblicher und sozialer Elternschaft möglich, abhängig von der Infertilitätsdiagnostik und den Interessen des Paares, denn es können dabei auch Samen- und/oder Eizellspende zum Einsatz kommen (ebd.:170). Im Extremfall der Kombination von Samen- und Eizellspende ist nur die Leihmutter mit dem Kind verwandt.

Eine Besonderheit der hier vorgestellten Verfahren der Reproduktionsmedizin ist, dass, anders als bei vielen Krankheiten, bei der Kinderwunschbehandlung streng genommen keine Krankheit behandelt wird und auch nicht zwangsläufig die Folgen einer Krankheit (Zeiler 2007: 280). Die Kinderwunschbehandlung unterscheidet sich von anderen medizinischen Verfahren darin, dass in der Regel nicht die Heilung einer Krankheit, sondern die Realisierung eines Kinderwunsches im Fokus steht. Dies wird auch daran deutlich, dass eine Behandlung nicht einmal eine eindeutige Diagnose voraussetzt, zumal sich eine solche nicht immer stellen lässt. Auffällig ist, dass der Großteil der Behandlungen bei der Frau durchgeführt wird, auch wenn die Ursache der Infertilität beim Mann liegt. Die Frau ist damit auch am stärksten von den gesundheitlichen Risiken betroffen, die mit der Kinderwunschbehandlung einhergehen. Revermann und Hüsing (2011: Kapitel IV) listen eine Reihe von Risiken in Zusammenhang mit der Kinderwunschbehandlung auf. So kann es zum Beispiel zu einer hormonellen Überstimulation kommen. Generell können bei der Einnahme von Hormonen Stimmungsschwankungen und andere Nebenwirkungen eintreten. Für die Entnahme von Eizellen ist, sofern sie über eine Bauchspiegelung erfolgt, eine Narkose notwendig, die immer mit Risiken verknüpft ist. Bei der Eizellentnahme ist das Risiko von Krebs- und Bluthochdruckerkrankungen, Spontanaborten und Totgeburten sowie von Verletzungen der Gebärmutter bei der Eizellentnahme erhöht (ebd.: 113ff). Zudem kann die Behandlung mit Belastungen in ganz verschiedenen Bereichen verbunden sein. In der Informationsbroschüre der BZgA sind folgende aufgeführt: Belastung des Sexuallebens, emotionale Belastung (Enttäuschung) durch erfolglose Behandlungen und nervenzehrende Wartezeiten (zum Beispiel vom Embryotransfer bis zum ersten Schwangerschaftstest), Probleme mit dem Arbeitgeber aufgrund häufiger Arzttermine während der Arbeitszeit, Stress in der Partnerschaft (BZgA 2012: 30f). Diese Liste verdeutlicht, dass die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken, vor allem für die Frau, und Belastungen für beide Partner und das Paar einhergehen kann. Die psychologische Stressforschung beschäftigt sich ausführlich mit den Belastungen durch die Infertilität und durch die Behandlung. Für eine Übersicht dazu siehe beispielsweise auch Greil (1997).

2.3 Regulierung und Nutzung der Reproduktionsmedizin

Seit der Geburt von Luise Brown im Jahr 1978 hat sich die Reproduktionsmedizin rasant entwickelt. In Deutschland wurde das erste Kind im Jahre 1982 in Erlangen geboren. Mittler-

weile werden reproduktionsmedizinische Verfahren in Deutschland seit über dreißig Jahren angewendet. Dieses Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die institutionellen Rahmenbedingungen für die Anwendung und Nutzung der Reproduktionsmedizin (Kapitel 2.3.1). Wichtige Zahlen und Fakten zum Angebot und zur Nutzung stehen in Kapitel 2.3.2 im Fokus. Zum Schluss des Kapitels werden die rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland denen in ausgewählten, vorrangig europäischen Ländern gegenübergestellt und in Zusammenhang mit dem Nutzungsverhalten in den jeweiligen Ländern betrachtet (Kapitel 2.3.3).

2.3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen in Deutschland

Die institutionellen Rahmenbedingungen haben eine wichtige handlungsleitende Funktion für die Kinderwunschaare. Es ist davon auszugehen, dass nationale Regelungen beeinflussen, ob, wie und wann Paare sich an die Reproduktionsmedizin wenden. Das liegt vor allem daran, dass durch die Regelungen der Möglichkeitsraum definiert wird, der Paaren, die von Infertilität betroffen sind, zur Verfügung steht, um ihren Kinderwunsch zu realisieren. Auf etwas abstrakterer, gesellschaftlicher Ebene haben die gesetzlichen Rahmenbedingungen zudem auch eine normative Komponente. Im Rahmen eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses werden bestimmte Vorstellungen von Familie in Gesetzesform gegossen. Das bedeutet, dass bestimmte Formen von Familie bevorzugt und andere nur mit hohen Hürden oder gar nicht ermöglicht werden. Der Schwerpunkt der folgenden Darstellung liegt auf dem aktuellen Stand der Regelungen, wobei für ein besseres Verständnis teilweise auf Entwicklungen in der Vergangenheit eingegangen wird.

Drei Kernbereiche der Regulierung der Reproduktionsmedizin lassen sich unterscheiden:

- 1) Regelungen zu erlaubten Verfahren;
- 2) Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen;
- 3) Regelungen zur Kostenübernahme.

Der erste Bereich umfasst Gesetze und Richtlinien, die regeln, welche Behandlungen in welcher Form in Deutschland erlaubt sind. Der zweite Bereich definiert, wer sich in Deutschland überhaupt behandeln lassen darf und der dritte Bereich befasst sich mit der Frage der Finanzierung der Behandlung. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Regelungen in den drei Bereichen vorgestellt und ihre Implikationen diskutiert.

Grundsätze der Gesetzgebung und Auslegung

Bevor die einzelnen Gesetze und Regelungen in den drei Kernbereichen vorgestellt werden, wird hier kurz auf zentrale Grundsätze eingegangen, die bei der Gesetzgebung und Rechtsauslegung zur Reproduktionsmedizin zu berücksichtigen sind. Dies ist bei der Reproduktionsmedizin von besonderer Bedeutung, da es hier um menschliche Fortpflanzung und damit um die Entstehung und den Schutz von menschlichem Leben geht. Zu diesen im Grundgesetz (GG) festgelegten und für die Regulierung der Reproduktionsmedizin relevanten Grundsätzen zählen neben den Persönlichkeitsrechten der Patienten auch der Lebensschutz des Embryos, das Kindeswohl und das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft (Frommel et al. 2010: 96). Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind weiterhin Personenstandsregelungen sowie Rechtsbeziehungen zwischen Privatpersonen und Rechte von Mutter, Vater und Kind geregelt (ebd.: 97). Die verschiedenen Akteure, die sich mit der Regulierung der Reproduktionsmedizin beschäftigen, nehmen immer wieder Bezug auf diese Grundsätze und legen sie teilweise auch unterschiedlich aus. In der Beschreibung

der rechtlichen Regelungen sowie in der Diskussion und Bewertung wird deshalb auch auf diese Grundsätze Bezug genommen.

Eine wichtige Regelung im BGB beschäftigt sich damit, wer unter welchen Bedingungen als Mutter oder Vater eines Kindes gilt (§1591 und §1592 BGB). Auffällig ist dabei, dass die zugrunde liegenden Prinzipien für Frauen und Männer unterschiedlich sind. Die Frau, die das Kind geboren hat, ist immer die Mutter des Kindes im rechtlichen Sinne, unabhängig davon, ob Mutter und Kind genetisch verbunden sind. Eine Anfechtung der Mutterschaft durch die Frau ist grundsätzlich nicht möglich. Ist die Frau, die das Kind bekommt, verheiratet, ist immer der Ehemann der Vater des Kindes, unabhängig davon, ob er tatsächlich dessen leiblicher Vater ist. Bei unverheirateten Paaren muss der Partner die Vaterschaft offiziell anerkennen. Tut er dies nicht, kann die Vaterschaft auch gerichtlich festgestellt werden. Wie nachfolgend noch gezeigt wird, hat der unterschiedliche Umgang mit der Mutter- und Vaterschaft Implikationen für die erlaubten Verfahren und auch für den Zugang bestimmter Personengruppen zur Behandlung.

Von Bedeutung ist weiterhin das im Grundgesetz verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Absatz 1 GG), welches jedem die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zugesteht, solange er nicht die Rechte Dritter einschränkt und gegen Gesetze verstößt. Aus ihm lässt sich das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Notwendigkeit der Beachtung des Kindeswohles ableiten. Mit dem Recht auf Selbstbestimmung ist gemeint, dass jeder grundsätzlich das Recht hat, für sich selbst ohne Einnischung anderer, insbesondere des Staates, Entscheidungen zu treffen. Es umfasst auch die reproduktive Selbstbestimmung und betrifft damit alle Entscheidungen über die eigene Fortpflanzung und auch die Verwendung von Hilfsmitteln (Jofer 2014: 162). Die Reproduktionsmedizin stellt ein solches Hilfsmittel dar. Es kann also von einem Grundrecht auf Fortpflanzung gesprochen werden, welches grundsätzlich für jeden gilt „[...] unabhängig von seiner sexuellen Orientierung und unabhängig von seinem Status [...]“ und das auch die Reproduktionsmedizin mit einbezieht (ebd.: 162f). Auch das Kindeswohl ist als Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes für die Reproduktionsmedizin relevant, wie Jofer betont (ebd.: 187). Dem steht auch nicht entgegen, dass es zum Zeitpunkt der Zeugung noch kein Kind und damit kein Grundrechtssubjekt gibt, denn das Kindeswohl wirkt vor. Weiterhin verweist Kreß (2013: 659) auf ein Grundrecht auf den Schutz der Gesundheit. Es gibt zwar kein im Grundgesetz verankertes Grundrecht auf Gesundheit, faktisch ergibt sich Kreß zufolge ein solches Grundrecht allerdings aus der Bindung Deutschlands an verschiedene internationale Konventionen¹⁴ sowie aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 GG). Als nächstes werden nun die wichtigsten Regelungen in den drei Bereichen vorgestellt und anschließend unter Bezugnahme auf die hier vorgestellten Grundsätze diskutiert. Im nächsten Abschnitt wird auf die Regelungen zu den erlaubten Verfahren eingegangen.

Regelungen zu erlaubten Verfahren

Grundlegend ist die Reproduktionsmedizin im Embryonenschutzgesetz geregelt (ESchG), das seit Mitte der 1980er Jahre vorbereitet wurde und 1991 in Kraft trat. Es stellt den Beginn der Regulierung der Reproduktionsmedizin in Deutschland dar (Rothmayr 2006: 599). Es regelt bis heute, was in Deutschland unter welchen Bedingungen medizinisch erlaubt ist.

¹⁴ Es wird auf den Sozialpakt der Vereinten Nationen von 1966, die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 und die Grundrechtscharta des Vertrags von Lissabon aus dem Jahr 2007 verwiesen (Kreß 2013: 659).

Ziele des Gesetzes sind nach Riedel (2008b: 11) der Schutz des Embryos, die Verbesserung der Erfolgsaussichten einer Schwangerschaft, die Wahrung der Gesundheitsinteressen der Frau und der Kinder und der Schutz vor Missbrauch der Reproduktionstechnologie. Ein zentraler Aspekt des Gesetzes ist die sogenannte „Dreierregel“ (Beier et al. 2012: 362). Sie besagt, dass maximal drei Eizellen während eines Zyklus befruchtet werden dürfen und dass alle befruchteten Eizellen auch eingesetzt werden müssen. Als missbräuchliche Anwendungen von Fortpflanzungstechniken werden in dem Gesetz auch die Leihmutterschaft und die Verwendung fremder unbefruchteter Eizellen bezeichnet. Die Samenspende wird dagegen nicht erwähnt, sodass diese nach dem Gesetz genauso erlaubt ist wie IVF- und ICSI-Behandlungen, die (Kryo-)Konservierung von Ei- oder Spermazellen und die Embryonenspende, wenn auch mit Einschränkungen, die später noch thematisiert werden (Revermann/Hüsing 2011: 204).¹⁵ Geregelt wird in dem Gesetz darüber hinaus, was unter missbräuchlicher Verwendung menschlicher Embryonen zu verstehen ist und die Geschlechtswahl wird verboten, außer zum Ausschluss geschlechtsgebundener Erbkrankheiten. Das diagnostische Verfahren der Präimplantationsdiagnostik (PID), bei der in-vitro gezeugte Embryonen auf Gendefekte untersucht werden, ist nur unter eingeschränkten Bedingungen erlaubt. Verboten sind zudem die künstliche Veränderung von Erbinformationen in Keimzellen und deren Verwendung, das Klonen von Menschen und die Verbindung menschlicher und tierischer DNA. Das Embryonenschutzgesetz ist dem deutschen Strafrecht zuzuordnen, da der Bund Ende der 1980er Jahre noch keine Gesetzgebungskompetenz für die Fortpflanzungsmedizin hatte (Riedel 2008b: 13). Diese wurde erst 1994 ins Grundgesetz aufgenommen. Die Zuordnung zum Strafrecht hat Implikationen für den Inhalt und die Interpretation des Gesetzes. Es wird in dem Gesetz definiert, was unter welchen Bedingungen strafbar ist und von wem die Verfahren der Reproduktionsmedizin angewendet werden dürfen (Arztvorbehalt). Daraus folgt, dass alle Behandlungsverfahren erlaubt sind, die nicht explizit verboten wurden (Revermann/Hüsing 2011: 204).

Ein weiterer Baustein in der gesetzlichen Regulierung der Fortpflanzungstechnologie ist das im August 2007 in Kraft getretene Gewebegesetz. Mit diesem wurde die „Richtlinie 2004/23/EG des europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen“ (Europäisches Parlament 2004) umgesetzt. Es handelt sich dabei um ein so genanntes Mantelgesetz, das in einem konkreten inhaltlichen Kontext andere Gesetze ändert, schafft oder aufhebt (Bundesministerium der Justiz 2008). Diese Änderungen betreffen das Transplantationsgesetz sowie das Arzneimittelgesetz. Inhaltlich regelt das Gesetz die Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Umgang mit Ei- und Spermazellen, Vorkernen und Embryonen und ist damit auch für die humane Reproduktionsmedizin relevant (Riedel 2008b: 16).¹⁶ Weitere Gesetze sind das 2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz sowie das Stammzellgesetz aus dem Jahr 2002. Ersteres ist bei genetischen Untersuchungen relevant. Letzteres regelt die Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen.

Nach diesem Überblick über die gesetzlichen Grundlagen soll nun auf den Status Quo der Regelungen eingegangen werden, die für die oben aufgeführten Behandlungsverfahren von Bedeutung sind. Die *Samenspende* ist in Deutschland grundsätzlich erlaubt, sowohl im homologen als auch im heterologen System. Die Verwendung anonymen Samens oder

¹⁵ Für die Details zu den Behandlungsverfahren siehe Kapitel 2.2.4.

¹⁶ „Vorkerne sind Eizellen, in die bereits eine Spermazelle eingedrungen ist, bei denen der Befruchtungsvorgang aber noch nicht abgeschlossen ist und die deshalb noch keine Embryonen im Sinne des § 8 ESchG sind.“ (Riedel 2008b: 16).

eines „Samencocktails“ ist nicht strafbar, aber nach allgemeiner Auffassung sittenwidrig (ebd.: 101; Revermann/Hüsing 2011: 205). Hintergrund ist das im Grundgesetz definierte Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft, das bei der anonymen Samenspende nicht gewährleistet ist.

Prinzipiell können in Deutschland auch weiblich-homosexuelle Paare mit der Samenspende behandelt werden (Frommel et al. 2010: 104). Allerdings wird die Behandlung von alleinstehenden Frauen oder Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften durch die „(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer (BÄK 2006: Abschnitt 3.1.1) ausgeschlossen. Die Bundesrichtlinie ist für den behandelnden Arzt allerdings nur bindend, wenn sie durch die zuständige Landesärztekammer übernommen wurde (siehe dazu auch den Abschnitt „Regelungen zu Zugangsvoraussetzungen“ in diesem Kapitel). Eine Behandlung von männlich-homosexuellen Paaren ist dagegen schon rechtlich verboten, da dafür eine Ersatzmutterschaft notwendig wäre, die jedoch vom Embryonenschutzgesetz verboten wird.

Im Gegensatz zur Samenspende ist die *Eizellspende* in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz nicht erlaubt. Dies hängt mit der oben aufgeführten Definition von Mutterschaft zusammen, die anstrebt, eine gespaltene Mutterschaft grundsätzlich zu vermeiden. Gespalten ist eine Mutterschaft, wenn die genetische Mutter eine andere ist als die rechtliche Mutter (die das Kind geboren hat). Begründet wird das Verbot damit, dass „[...] bei der Samenspende „lediglich“ der genetische Vater ein anderer ist als der soziale, während bei der Eizellspende die genetische und die austragende Mutter unterschiedlich [...]“ sind (Frommel et al. 2010: 104; siehe auch Revermann/Hüsing 2011: 206).

Von der Eizellspende ist wiederum die *Embryonenspende* zu unterscheiden. Zu einer Embryonenspende kommt es, wenn einer Frau ein Embryo übertragen wird, mit dem sie genetisch nicht verbunden ist. Die Embryonenspende wird vom Embryonenschutzgesetz grundsätzlich verboten, aber unter gewissen Einschränkungen erlaubt. Die Begründung für das Verbot ist dieselbe wie bei der Eizellspende: Es geht darum, eine gespaltene Mutterschaft zu vermeiden (Kersten 2015: 114). Das Verbot ist jedoch nicht umfassend, denn wenn es sich um „übrig gebliebene“ Embryonen von einer IVF-Behandlung handelt, dann ist die Embryonenspende erlaubt (ebd.: 114). Bei IVF-Behandlungen kommt es relativ häufig vor, dass Embryonen nicht verwendet und für den späteren Gebrauch kryokonserviert werden. Später kommen sie dann nicht mehr zum Einsatz, weil eine vorherige Behandlung erfolgreich war oder weil das Paar die Behandlung aus anderen Gründen abgebrochen hat. Begründet wird die eingeschränkte Erlaubnis mit der Schutzpflicht gegenüber dem ungeborenen Kind, denn der Embryo wird so vor dem Absterben bewahrt (ebd.: 114).

Für die Praxis der reproduktionsmedizinischen Behandlung ist die *Dreierregel* im Embryonenschutzgesetz besonders relevant. Revermann und Hüsing (2011: 208) zufolge ist die Regelung zur Zahl der Embryonen die übertragen werden dürfen, juristisch eindeutig, während das Verbot zur Befruchtung von mehr als drei Eizellen nach heutigen Maßstäben strittig ist. Weitestgehende Einigkeit besteht dahingehend, dass zum Zwecke der Erreichung einer Schwangerschaft mehr als drei Eizellen befruchtet werden dürfen. Dies wird als konform mit dem Embryonenschutzgesetz erachtet. Von der Dreierregel betroffen sind auch die Verfahren zur Auswahl von Embryonen wie eSET und DET, die eingesetzt werden, um Mehrlingsschwangerschaften und damit verbundene gesundheitliche Risiken für die Mutter und die Kinder zu reduzieren. Bezüglich der Frage, ob die Anwendung in Deutschland nach der aktuellen Rechtslage zulässig ist, gibt es verschiedene Auffassungen. Geht man von der gängigen Interpretation des Embryonenschutzgesetzes aus, dass um eine Schwangerschaft zu erreichen auch mehr als drei Eizellen befruchtet werden dürfen, dann wären beide Verfahren erlaubt. Andererseits, so argumentiert Riedel (2008a: 103), wider-

spricht dies dem grundrechtlichen Lebensschutz des Embryos und dem Ziel des Embryonenschutzgesetzes, die Entstehung überzähliger Embryonen zu vermeiden.

Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen

Wer hat in Deutschland Zugang zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung? Mit dieser Frage beschäftigt sich dieser Abschnitt. Thematisiert werden hier Altersbegrenzungen bei beiden Geschlechtern sowie statusbezogene Beschränkungen. In den im vorherigen Abschnitt erwähnten Bundesgesetzen werden keine Vorgaben dazu gemacht, wer sich in Deutschland reproduktionsmedizinisch behandeln lassen darf. Über die erlaubten Verfahren ist jedoch die Gruppe derjenigen, die sich behandeln lassen können, beschränkt. Dies betrifft besonders homosexuelle Paare. Da die Ersatzmutterchaft verboten ist, können männlich-homosexuelle Paare in Deutschland, basierend auf den Bundesgesetzen, nicht auf die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin zurückgreifen, während sie weiblich-homosexuellen Paaren grundsätzlich offenstehen.

Explizit geregelt ist die Zugangsberechtigung in Deutschland in der „(Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer (BÄK) in ihrer aktuellsten Version vom Februar 2006 (BÄK 2006). Die Bundesärztekammer ist das Zentralorgan der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland und stellt eine Arbeitsgemeinschaft der siebzehn deutschen Landesärztekammern dar.¹⁷ Die Musterrichtlinie hat für die behandelnden Ärzte keinen verbindlichen Charakter. Diesen erhält sie erst, wenn sie durch die Landesärztekammern übernommen wurde, bei denen es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt. Die Einhaltung der Richtlinie ist dann für die Ärzte bindend und wird im Rahmen der Selbstverwaltung überwacht und die Nichteinhaltung geahndet. Schmidt (2010: 66) merkt jedoch hierzu an, dass die Richtlinien den Ärzten mehr Spielraum lassen als gesetzliche Regelungen und zudem auch einfacher und häufiger geändert werden können. Interessant ist nun, dass Bayern und Berlin die Musterrichtlinie bis heute nicht übernommen haben (Bayerische Landesärztekammer 2014; Landesärztekammer Hamburg 2015). Zudem muss die Übernahme nicht wortgenau erfolgen, Abänderungen sind möglich. Dadurch kann es zu bundeslandspezifisch unterschiedlichen Regelungen kommen, die für die potenziellen Nutzer einen ungleichen Zugang zur Kinderwunschbehandlung bedeuten.

Altersbeschränkungen werden in der Musterrichtlinie nicht erwähnt. Grundsätzlich dürfen die Methoden der assistierten Reproduktion nur bei Ehepaaren angewendet werden. Dem formal nicht zur Richtlinie gehörenden Kommentar zufolge ist bei diesen das rechtliche Eltern-Kind-Verhältnis nicht von der Art der Zeugung abhängig.¹⁸ Die Anwendung bei unverheirateten Frauen obliegt der Entscheidung des behandelnden Arztes. Zwei Entscheidungskriterien werden in der Richtlinie formuliert: 1. Die Frau muss mit einem ebenfalls nicht verheirateten Mann in einer „festgefügt“ Partnerschaft zusammenleben. 2. Dieser Mann sollte die Vaterschaft an dem geplanten Kind anerkennen. Faktisch kann die Anerkennung der Vaterschaft erst bei Vorliegen einer Schwangerschaft erfolgen. Insofern muss sich der Arzt auf seine Einschätzung der Glaubwürdigkeit einer solchen Absichtsbekundung verlassen. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass in der vorherigen Version der

¹⁷ Die Zahl von siebzehn Landesärztekammern ergibt sich daraus, dass Nordrhein-Westfalen in zwei Landesärztekammern aufgeteilt ist.

¹⁸ Das hängt damit zusammen, dass in Deutschland die gebärende Frau immer die Mutter und der mit ihr verheiratete Ehemann immer der rechtliche Vater des Kindes ist (siehe auch vorheriger Abschnitt zu den „Grundsätzen der Gesetzgebung und Auslegung“).

Richtlinie aus dem Jahr 1998 noch geregelt war, dass Ethikkommissionen der Landesärztekammern der Behandlung unverheirateter Paare zustimmen mussten. Mit der aktuellen Richtlinie von 2006 ist die Entscheidungsbefugnis auf den behandelnden Arzt übertragen worden. Jofer (2014: 545) verweist darauf, dass in Hamburg noch im Jahr 2012 eine Ethikkommission befragt werden musste. In der aktuellen Berufsordnung vom März 2013 wird dies nicht mehr erwähnt (Landesärztekammer Hamburg 2015).

Regelungen zur Kostenübernahme

Für die Kinderwunschbehandlung fallen in Deutschland Kosten in nicht unwesentlicher Höhe an. Die Kosten für einen IVF-Behandlungszyklus liegen etwa zwischen 2.000 und 4.000 Euro, bei ICSI sind es 2.500 bis 5.000 Euro pro Behandlung (Wischmann 2012: 77). Ein großer Posten sind dabei die Hormonpräparate, die aufgrund des individuell sehr unterschiedlichen Bedarfs die großen Preisspannen erklären. Die Regelungen zur Finanzierung befassen sich damit, wer diese Kosten zu tragen hat. Grundsätzlich kommen mehrere Akteure infrage: das betroffene Paar, die Krankenversicherungen der Partner und der Staat, wobei Letzterer sowohl Bund als auch Länder umfasst. In manchen Fällen sind mehrere Akteure beteiligt, in anderen muss das Paar alle Kosten selbst tragen.

Die Regelungen zur Kostenerstattung sind aufgrund des deutschen zweigliedrigen Versicherungssystems gesetzlicher und privater Krankenversicherung vom Versicherungsstatus des betroffenen Paares abhängig. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) haben für die Kinderwunschbehandlung jeweils unterschiedliche Regelungen zur Kostenübernahme. Der überwiegende Teil der Deutschen ist in der GKV versichert: Im Jahr 2012 waren es 69,7 von 80,4 Millionen Einwohnern in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Statistisches Bundesamt 2014). Maßgeblich für die GKV ist das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), in dem definiert ist, welche Leistungen von den GKV unter welchen Bedingungen übernommen werden. Relevant ist hier der Paragraph 27, in dem definiert ist, was zu einer Krankenbehandlung zählt und wann Versicherte Anspruch auf Behandlung haben. Diesem Paragraphen wurde 1990 ein Unterparagraph hinzugefügt, Paragraph 27a (§27a SGB V), der gesondert regelt, wie mit „Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ umzugehen ist (Rauprich 2008: 34). Danach ist die Kostenübernahme zunächst daran geknüpft, dass die Maßnahmen „nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind“ und die Erfolgsaussichten ausreichend hoch. Zudem ist die Kostenübernahme an umfassende statusbezogene Bedingungen geknüpft: Die Paare müssen verheiratet sein, die Frau darf nicht jünger als 25 und nicht älter als 40 Jahre und der Mann muss mindestens 25 Jahre und darf höchstens 50 Jahre alt sein. Erstattungsfähig sind zudem nur Leistungen im homologen System, das heißt, nur wenn Samen- und Eizellen der Ehepartner verwendet werden und es müssen ausreichend Erfolgsaussichten bestehen. Bis Ende 2003 wurden maximal vier Behandlungsversuche vollständig erstattet. Mit der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen Anfang 2004 wurden diese Erstattungsleistungen maßgeblich reduziert. Es wird seitdem nur noch die Hälfte der Kosten für maximal drei Behandlungsversuche übernommen. Für die betroffenen Paare bleibt damit ein Eigenanteil von 50 % je Behandlungsversuch. Eine für viele Betroffene relevante Summe.

Wie bereits angesprochen wurden Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in einen separaten Paragraphen (§ 27a SGB V) ausgelagert. Dadurch haben diese Behandlungen eine Sonderstellung inne. Rauprich (2008: 36) zufolge wird den reproduktionsmedizinischen

Behandlungen zur Herbeiführung von Schwangerschaften, die in diesem Paragraphen geregelt sind, kein Krankheitsstatus eingeräumt.¹⁹ Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung, denn wenn diese Behandlungen als Krankenbehandlungen eingestuft wären, müssten die Kosten vollständig getragen werden (ebd.: 36). Auch statusbezogene Beschränkungen, wie die auf verheiratete Paare, wären dann nicht zulässig (Gust/Kücking 2015: 94). Die Rechtfertigung für eine reduzierte Kostenübernahme ist damit juristisch einfacher (Rauprich 2008: 36). Relativ neu ist, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kostenerstattung für reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlungen freiwillig ausweiten können. Dies ist im GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelt, das Anfang 2012 in Kraft getreten ist. Zusatzleistungen können beispielsweise folgende sein: Streichen oder Verändern der Altersgrenzen, Erstattung von mehr als drei Versuchen, Erstattung bei weiblich-homosexuellen Paaren oder eine höhere Beteiligung an den Gesamtkosten (ebd.: 103). Die Regelungen können sich seit der Einführung des Versorgungsstrukturgesetzes von Kasse zu Kasse und innerhalb der Regionalverbände stark unterscheiden. Dies sei hier nur am Beispiel der AOK verdeutlicht, deren Landeskassen die Möglichkeit von Zusatzleistungen nutzen: Während die AOK Hessen beispielsweise die ersten drei Versuche vollständig erstattet, wenn beide Partner bei ihr versichert sind, übernimmt die AOK Baden-Württemberg 75 % der Kosten und die AOK Nordwest zahlt einen Zuschuss von 300 Euro für die ersten drei Behandlungen (AOK Baden-Württemberg 2015; AOK Hessen 2015; AOK Nordwest 2015). Die AOK Baden-Württemberg übernimmt auch die Kosten für weiblich-homosexuelle Paare und die Aufhebung der oberen Altersgrenze für Frauen ist bei ausreichend hohen Erfolgsaussichten möglich.²⁰

Im April 2012 ist eine Bundesförderrichtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit dem Titel „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ in Kraft getreten (BMFSFJ 2012). Über die Richtlinie soll eine ergänzende Finanzierung der Kinderwunschbehandlung von Patienten der GKV erreicht werden. Zusätzlich zu der Hälfte der Behandlungskosten, die durch die GKV getragen werden, sollen weitere 25 % gemeinsam von Bund und Land übernommen werden, so dass die Paare nur noch einen Anteil von 25 % je Behandlungsversuch selbst finanzieren müssen. Die Richtlinie beinhaltet, dass der Bund nur die Hälfte der zusätzlichen Kosten übernimmt, die andere Hälfte ist von den Landesregierungen zu tragen. In Bundesländern, die keine Regelungen dazu treffen, hat die Förderrichtlinie keine Wirkung. Nur fünf Bundesländer haben bisher entsprechende Programme entworfen und verabschiedet: Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (BMFSFJ 2015).

In der PKV ist die Kinderwunschbehandlung wieder anders geregelt. Hat eine Versicherung eigene Vereinbarungen zu dem Thema getroffen, gelten diese, ansonsten sind die allgemeinen „Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherungen“ des Verbandes der privaten Krankenversicherungen maßgeblich (Rauprich 2008: 33). Diese enthalten keine expliziten Regelungen für die Kinderwunschbehandlung, woraus folgt, dass die Kinderwunschbehandlung hier unter Paragraph 1, also unter den allgemeinen Versicherungsschutz bei Krankheiten fällt und somit sämtliche Kosten übernommen werden (ebd.: 34). Anders als bei der GKV wird Infertilität in der PKV damit als Krankheit behandelt und es gibt auch

¹⁹ Ist die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit jedoch krankheitsbedingt reduziert oder unmöglich und kann durch einen chirurgischen Eingriff, Gabe von Medikamenten oder Psychotherapie behandelt werden, fällt dies unter Paragraph 27 und die Kosten werden vollständig übernommen (Revermann/Hüsing 2011: 215).

²⁰ Stand der Recherchen ist November 2015.

keine statusbezogenen Voraussetzungen für die Kostenübernahme. Die Krankheit als Leistungsvoraussetzung in der PKV impliziert jedoch, dass die Kosten für die Kinderwunschbehandlung nur übernommen werden, wenn beim Paar körperliche Ursachen identifiziert werden können (Verursacherprinzip). Bei Infertilität mit ungeklärter Ursache besteht demnach keine Verpflichtung seitens der PKV für eine Kostenübernahme. Dies ist bei der GKV anders. Da Fertilitätsstörungen nicht als Krankheit behandelt werden, werden die Kosten auch bei ungeklärten Ursachen grundsätzlich übernommen.

Kompliziert wird es, wenn Paare gemischt versichert sind, wenn also ein Partner gesetzlich und der andere privat versichert ist. In diesem Fall stoßen verschiedene Prinzipien der GKV und PKV aufeinander.

„Für die GKV gilt hingegen nicht das Verursacher- sondern ein Körperprinzip; sie übernimmt – unabhängig davon, bei welchem Partner die Fertilitätsstörung ursächlich vorliegt – die (Hälfte der) Kosten für die Behandlung am Körper ihres Versicherten sowie die (Hälfte der) Kosten für extrakorporale Maßnahmen, nicht jedoch die (Hälfte der) Kosten für die Maßnahmen am Körper des Partners.“ (ebd.: 37).

Extrakorporale Maßnahmen sind solche, die nicht am Körper selbst vorgenommen werden, also beispielsweise die Untersuchung von Spermien oder Eizellen. Bei der PKV gilt dagegen das bereits erwähnte Verursacherprinzip. Ist der männliche Partner Verursacher und privat versichert, dann muss die PKV die Behandlungskosten und Kosten für extrakorporale Maßnahmen bei beiden Partnern übernehmen. Ist der Verursacher GKV-versichert, dann hat der privat versicherte Partner keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Abhängig davon, ob der Verursacher in diesem Fall weiblich oder männlich ist und welche Behandlungen durchgeführt werden, können sich Kostenerstattungen von unter 50 % ergeben.

Diskussion zu institutionellen Regelungen

In diesem Kapitel wurden institutionelle Regelungen in den folgenden Bereichen vorgestellt: erlaubte Verfahren, Zugang und Kostenübernahme. Sie bestimmen für die von Infertilität Betroffenen die Rahmenbedingungen, unter denen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung genutzt wird und stellen deshalb für das Verständnis der Situation von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland eine wichtige Grundlage dar. Sie regeln, wer welche Verfahren unter welchen Bedingungen nutzen darf. Deshalb wird in der Diskussion des Stands der institutionellen Regelungen vor allem auf die Konsequenzen für die Paare mit unerfülltem Kinderwunsch eingegangen. Dabei werden Probleme und Kontroversen diskutiert, die sich aus der aktuellen Gesetzgebung im Zusammenhang mit den oben erwähnten Grundsätzen ergeben. Diese sind aus familiensoziologischer Perspektive relevant, weil sie das Verständnis von Familie und Elternschaft berühren. Dabei geht es zum einen um die ganz praktischen Konsequenzen, die sich aus einzelnen Regelungen oder eben dem Fehlen solcher ergeben können. Zum anderen geht es auf einer etwas abstrakteren Ebene um Fragen der Gerechtigkeit bezüglich des Zugangs zur Reproduktionsmedizin und deren Nutzung und darum, inwiefern die Regelungen bestimmte normative Vorstellungen von Familie spiegeln. Der Aufbau des Abschnittes orientiert sich an der Zuordnung der Regelungen in den drei Bereichen erlaubte Verfahren, Zugangsvoraussetzungen und Finanzierung.

Für die erlaubten Verfahren ist in Deutschland bis heute das vor über zwanzig Jahren in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz maßgeblich, ergänzt durch diverse weitere Gesetze. Das Embryonenschutzgesetz ist ein Verbotsgesetz, das dem deutschen Strafrecht zugeordnet ist. Dies wird als problematisch eingeschätzt. Riedel zufolge ist das Strafrecht „[...] fragmentarisch, unflexibel und bereits deswegen notgedrungen lückenhaft, zumal wenn es sich wie hier um die Regelung einer sich ständig weiterentwickelnden medizinischen Tech-

nologie handelt.“ (Riedel 2008a: 12). Das Gesetz kann die Dynamik der Entwicklung der Reproduktionsmedizin nicht gut abbilden, was an einigen neueren Verfahren wie dem elektiven Embryotransfer (eSET, DET) besonders deutlich wird. Denn bis heute ist nicht eindeutig geregelt, in welchem Rahmen diese erlaubt sind. Mit dem elektiven Embryonentransfer ist es möglich, das Eintreten von Mehrlingsschwangerschaften unwahrscheinlicher zu machen und gleichzeitig die Erfolgsaussichten einer Behandlung relativ konstant zu halten beziehungsweise nur geringfügig zu reduzieren. Bei den Fachexperten findet sich entsprechend auch ein relativ breiter Konsens bezüglich der Notwendigkeit, dass die Anwendung der genannten Verfahren klar und einheitlich geregelt werden muss. Der Status Quo ist als unbefriedigend anzusehen, weil aufgrund der Unklarheit im Zweifelsfall der einzelne Arzt entscheidet, ob er ein Verfahren anwendet. Dies führt zu einer ungleichen Behandlung von Kinderwunschpatienten abhängig von deren Wohnort und der Rechtsüberzeugung der dort praktizierenden Reproduktionsmediziner (ebd.: 108). Weiterhin wird von verschiedenen Seiten Regelungsbedarf hinsichtlich der Samenspende konstatiert (Frommel et al. 2010: 101ff; Revermann/Hüsing 2011: 226; Riedel 2008a: 97ff). Diese ist grundsätzlich erlaubt, nicht ausreichend geregelt ist allerdings, wie das Grundrecht auf Kenntnis der eigenen biologischen Herkunft umfänglich gewährleistet und gleichzeitig der Samenspender vor Unterhaltsansprüchen durch das mit seiner Hilfe gezeugte Kind geschützt werden kann.

Insgesamt sind die Regelungen zu den erlaubten Verfahren für den Laien oder den Betroffenen schwierig nachvollziehbar. Dies gilt besonders für den uneinheitlichen und inkonsistenten Umgang mit Samenzellen, Eizellen und Embryonen. Während die Samenspende grundsätzlich und die Embryonenspende mit Einschränkungen erlaubt sind, sind Eizellspende und Leihmutterschaft verboten. Gespaltene Mutterschaft soll unbedingt vermieden werden, gespaltene Vaterschaft wird dagegen nicht kritisch gesehen. Bei der Embryonenspende stehen wiederum zwei Ziele im Widerspruch: die Vermeidung der gespaltenen Mutterschaft und der Schutz des Embryos. Die gespaltene Mutterschaft, also dass die biologische Mutter und die austragende Mutter nicht identisch sind, wird hier in Kauf genommen, wenn dadurch der Embryo geschützt werden kann. Warum bei Eizellspende und Embryonenspende unterschiedliche Ziele dominieren ist schwer zu verstehen. Gleiches gilt für die unterschiedliche Behandlung weiblicher und männlicher Keimzellen, womit Eizellen respektive Samenzellen gemeint sind. Hinsichtlich des Mutter- und Vaterschaftsrechts stellt die Embryonenspende kein grundsätzliches Problem dar, denn Mutter eines Kindes ist immer die Frau, die das Kind zur Welt bringt. Diese Regel müsste prinzipiell auch auf die Eizellspende anwendbar sein. Trotzdem wird sie anders behandelt. Dies spricht dafür, dass die gespaltene Mutterschaft eher ein ideelles Problem darstellt als ein rein rechtliches. Damit ist gemeint, dass die logisch nicht ganz nachvollziehbare Ungleichbehandlung weiblicher und männlicher Keimzellen auch normativ geprägt ist, indem der Mutterschaft eine besondere Bedeutung für Familie und für das Kindeswohl beigemessen wird. Auch die Tatsache, dass die gespaltene Vaterschaft nicht gleichermaßen problematisiert wird, spricht dafür. Der unterschiedliche Umgang mit den Keimzellen von Frau und Mann widerspricht Heun (2008: 61f) zufolge den im Grundgesetz verankerten Regelungen zur Gleichberechtigung von Mann und Frau, da diese Regelungen ein Differenzierungsverbot nach Geschlecht begründen (siehe auch Kersten 2015: 113).

Eine wichtige Funktion hat im Rahmen der Regulierung der Reproduktionsmedizin in Deutschland die Musterrichtlinie der BÄK zur Durchführung der assistierten Reproduktion (BÄK 2006). Darin ist zum einen geregelt, welche Verfahren angewendet werden, zum anderen, wer Zugang zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung hat. Damit wird die Reproduktionsmedizin wesentlich über das ärztliche Standesrecht mitgeregelt.

Wichtig ist jedoch, dass die Richtlinie nur verbindlichen Charakter hat, wenn sie von den Landesärztekammern übernommen wird. Die Landesärztekammern können die Richtlinie inhaltlich abändern und sind auch nicht verpflichtet sie zu übernehmen. Bis heute haben nicht alle Bundesländer die Richtlinie übernommen (zum Beispiel Bayern und Berlin). Dies führt dazu, dass Ärzte in Deutschland nicht nach einheitlichen Regeln praktizieren und bestimmte Personengruppen in einem Bundesland zur Behandlung zugelassen sind, in einem benachbarten jedoch nicht. Faktisch kann dadurch eine Art Flickenteppich an Regelungen entstehen. Für diejenigen mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden, kann dies zu einer Ungleichbehandlung abhängig vom Wohnort führen (Jofer 2014: 538; Riedel 2008a: 108).

Eine Besonderheit in Deutschland ist, dass der Zugang zur Nutzung der Reproduktionsmedizin nicht bundesgesetzlich geregelt ist. Allerdings sind in der Musterrichtlinie der BÄK statusbezogene Voraussetzungen für den Zugang formuliert. Erlaubt ist die Behandlung grundsätzlich bei Ehepaaren, bei unverheirateten Paaren nur unter bestimmten Bedingungen. Darüber entscheiden die behandelnden Ärzte. Den Ärzten kommt damit, wie Möller (2013: 594) es sehr anschaulich formuliert, die Rolle eines „Beziehungs-TÜV“ zu, was die Reproduktionsmediziner ihm zufolge als Zumutung empfinden. In diesem Zusammenhang formuliert Helms (2010: 53) die durchaus berechtigt erscheinende grundsätzliche Frage: „[...] wie es sein kann, dass in Richtlinien der Landesärztekammern entschieden wird, welche Bevölkerungsgruppen ihren Kinderwunsch mit Hilfe der Methoden der künstlichen Befruchtung verwirklichen dürfen“. Er bezieht diese Frage auf den Ehestatus und die diesbezüglich in der Richtlinie formulierten Entscheidungskriterien, allerdings lässt sich die Frage auch auf die anderen statusbezogenen Regelungen in der Richtlinie, wie den Ausschluss alleinstehender Frauen und von Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, übertragen. Letztlich stellt Helms infrage, ob die Landesärztekammern berechtigt sind, zu regeln, wer in Deutschland Zugang zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung haben sollte. Verbreitet ist die Auffassung, dass die Ärztekammern damit ihre Kompetenzen überschreiten, da im Landesrecht nur geregelt werden darf, was die Ärzte selbst betrifft (ebd.: 52f; Jofer 2014: 546; Möller 2013: 595). Daraus folgt, dass der deutsche Gesetzgeber die Definition statusrechtlicher Zugangskriterien eigentlich nicht – wie dies aktuell der Fall ist – den Ärztekammern überlassen dürfte, sondern es selbst gesetzlich regeln müsste. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass entsprechende Regelungen durch ein Gesetz eine andere Legitimation erhalten würden, da in dem Entstehungsprozess eines Gesetzes verschiedene demokratische Akteure beteiligt sind.

Verschiedentlich wird als Begründung für die hier diskutierten relativ restriktiven Regelungen bezüglich der erlaubten Verfahren, des Zugangs zur Reproduktionsmedizin und der Kostenübernahme das Kindeswohl herangezogen. Dies ist beim Embryonenschutzgesetz der Fall, wie aus dem Gesetzentwurf hervorgeht (Deutscher Bundestag 1989: 6). Mit Verweis auf das Kindeswohl werden diverse Verbote im Gesetz begründet, unter anderem auch das Ziel, die gespaltene Mutterschaft zu verhindern. Auch in der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer spielt das Kindeswohl eine wichtige Rolle. Alleine in der Präambel wird der Begriff viermal verwendet und auch im Abschnitt zu den statusbezogenen Voraussetzungen wird auf das Kindeswohl verwiesen. Weder aus dem Gesetzentwurf noch aus der Musterrichtlinie wird wirklich klar, was genau mit Kindeswohl gemeint ist. In der Musterrichtlinie der BÄK wird auf das Übereinkommen der Vereinten Nationen zu den Rechten des Kindes von 1989 und auf eine vom Weltärztebund 1998 verabschiedete Deklaration zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung verwiesen, in denen auf die Gesundheit des Kindes eingegangen wird (BÄK 2015; BMFSFJ 2014). Zudem wird in der Präambel der Musterrichtlinie auf das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft verwie-

sen. Aus diesen Referenzen lässt sich jedoch nicht ableiten, dass das Kindeswohl an die Sicherheit seines rechtlichen Status zu knüpfen sei und dieses durch die gespaltene Mutterschaft stärker gefährdet ist als durch eine gespaltene Vaterschaft.

Doch was ist nun unter dem Kindeswohl im Sinne des Persönlichkeitsrechts zu verstehen? Jofer (2014: 191) zufolge stellt der Verweis auf das Kindeswohl eine Zulässigkeitschwelle dar. Das bedeutet, dass die Nutzung reproduktionsmedizinischer Verfahren nur verboten oder eingeschränkt werden darf, wenn mittels wissenschaftlicher Studien nachgewiesen ist, dass durch deren Anwendung das Wohl des Kindes gefährdet ist. Damit wird die Argumentation über das Kindeswohl beschränkt auf die Gefährdung der physischen und psychischen Gesundheit des Kindes. Wer sich auf eine Gefährdung beruft, muss dies nachweisen können. Um die Nutzung der Fortpflanzungsmedizin unter Verweis auf das Kindeswohl berechtigterweise einschränken zu können, müsste nachgewiesen sein, dass beispielsweise das Aufwachsen bei gleichgeschlechtlichen Paaren oder bei einer alleinerziehenden Mutter dem Kind physisch oder psychisch schadet. Das bedeutet, dass abstrakte Verweise auf das Kindeswohl nicht ausreichen, um Zugangsrechte einzuschränken. Und es schließt auch aus, dass das klassische Familienbild von Mutter, Vater und Kind implizit herangezogen wird, um die Nutzung der Reproduktionsmedizin zu regulieren. Jofer (2014: 194) wird diesbezüglich sehr deutlich: „Der Staat kann nicht aufgrund traditionell verstandener Rollenbilder die Fortpflanzungsmedizin einschränken. Die Gefahr ist groß, [...] eigene moralische Vorstellungen unter dem Deckmantel des Kindeswohls zu verschleiern.“ Dass diese traditionellen Vorstellungen auch heute noch die Nutzung der Reproduktionsmedizin beschränken, ist auch angesichts des gesellschaftlichen Wandels hin zu vielfältigeren Lebens- und Familienformen, der in Kapitel 2.1.1 beschrieben wurde, als kritisch zu sehen. Die aktuellen Regelungen entsprechen nicht wirklich der heute gelebten Realität, die viele verschiedene Lebensformen kennt und akzeptiert, die nicht immer eine leibliche Eltern-Kind-Beziehung voraussetzen.

Von der hier vorgenommenen Diskussion zu statusbezogenen Einschränkungen im Zugang zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung lässt sich anknüpfen an die Regelungen zur Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenkasse. Im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch wird die anteilige Kostenerstattung unter anderem an das Alter der Partner und den Ehestatus geknüpft. Kritisch diskutiert werden soll hier vor allem die Regelung, dass die Behandlungskosten nur für verheiratete Paare erstattet werden dürfen. Praktische Implikationen dieser Regelung für Paare, die sich mit der Handlungsoption Reproduktionsmedizin auseinandersetzen, lassen sich an einem Beispiel verdeutlichen. Nimmt man exemplarisch zwei Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, die bei der gleichen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wobei ein Paar verheiratet und das andere nicht verheiratet ist. Dann erhält eines der Paare aufgrund der persönlichen Entscheidung, in einer nichtehelichen Partnerschaft zu leben, keine finanzielle Unterstützung von der Krankenkasse, das andere Paar dagegen schon. Eine solch unterschiedliche Behandlung ist für die akut betroffenen Paare irritierend und wird als unfair empfunden, wie sich Diskussionen in Kinderwunschforen entnehmen lässt. Bei der Begründung für den Ausschluss unverheirateter Paare beruft sich der Gesetzgeber auf Artikel 6 Absatz 1 im Grundgesetz, demzufolge Ehe und Familie besonders geschützt sind (Deutscher Bundestag 1990: 15). Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber hier einen Interpretationsspielraum bewusst genutzt hat, um eine bestimmte Vorstellung von Familie durchzusetzen.

Zuletzt wurde die Regelung im Jahr 2014 in einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichtes bestätigt. Eine gesetzliche Krankenkasse hatte dagegen geklagt, dass ihr die Kostenübernahme für unverheiratete Paare nicht gestattet wurde. Die Versicherer müssen sich dem Urteil zufolge an höherrangiges Recht, in diesem Fall Paragraph 27a des fünften Sozialge-

setzbuches, halten, der den Umgang mit der Reproduktionsmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung regelt. Die statusbezogene Einschränkung hinsichtlich des Ehestatus gilt demnach auch für die freiwilligen Zusatzleistungen. In der Pressemitteilung des Bundessozialgerichtes heißt es, dass der Begrenzung auf Eheleute

„[...] verfassungskonform die Ehe als rechtlich verfasste Paarbeziehung von Mann und Frau zugrunde [liegt, J. P.-W.], in der gegenseitige Solidarität nicht nur faktisch gelebt wird, solange es gefällt, sondern rechtlich eingefordert werden kann. Das Gesetz durfte die Ehe als eine Lebensbasis für ein Kind ansehen, die den Kindeswohlbelangen mehr Rechnung trägt als eine nichteheliche Partnerschaft.“ (Bundessozialgericht 2014)

Dieses Urteil macht zwei Dinge deutlich, zum einen, dass die Bevorzugung der klassischen Ehe zwischen Mann und Frau als rechtmäßig anzusehen ist, zum anderen, wie stark sich bis heute das Verständnis der Ehe und nichtehelicher Lebensformen unterscheidet. Mit Blick auf die Verbreitung der nichtehelichen Lebensform mit und ohne Kinder erscheint die Regelung und die ihr zugrunde liegende Sichtweise auf Familie jedoch nicht mehr zeitgemäß. Für die Bezugnahme auf das Kindeswohl müsste eigentlich, wie oben bereits ausgeführt wurde, gelten, dass eine Gefährdung des Wohles des Kindes durch das Leben mit unverheirateten Eltern gegeben ist.

Finanzielle Ungleichbehandlung existiert aktuell nicht nur in Bezug auf den Ehestatus, sondern auch geographisch, das heißt auf den Wohnort bezogen. Dies ist bedingt durch den erhöhten Gestaltungsspielraum der Krankenkassen in Bezug auf die Kostenübernahmeregelungen sowie durch die Bundesförderrichtlinie des Familienministeriums aus dem Jahr 2012. Für fünf Bundesländer wurden Regelungen getroffen, die für die Paare eine Reduzierung des Eigenanteils auf 25 % bewirken. Abhängig davon wo ein Paar wohnt und wie es versichert ist, können sich die selbst zu tragenden Kosten deutlich unterscheiden. Für die Paare lohnt es sich also, sich vor Behandlungsbeginn mit den Regelungen ihrer Krankenkasse auseinanderzusetzen und gegebenenfalls einen Wechsel anzustreben.

Insgesamt lässt sich hinsichtlich der Regulierung der erlaubten Verfahren, des Zugangs zur Reproduktionsmedizin und der Kostenübernahme konstatieren, dass Bedarf an einer kritischen Diskussion in Bezug auf die mit der Regulierung verknüpften Vorstellungen von Familie besteht. Diese implizieren, dass die Ehe die am besten geeignetste und dem Kindeswohl zuträglichste Lebensform darstellt. Dabei wird ignoriert, wie verbreitet nichteheliche Lebensformen in Deutschland heute sind (siehe Kapitel 2.1.1). Zudem erscheinen die Regelungen auf den verschiedenen Ebenen sehr kompliziert und nicht immer konsistent. Wie ist es beispielsweise zu erklären, dass unverheiratete Paare aus der Kostenerstattung ausgeschlossen sind, einige Krankenkassen aber nach der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Jahr 2012 Behandlungskosten auch von weiblich-heterosexuellen Paaren übernehmen dürfen? Dies soll hier nicht kritisiert werden, jedoch müssten unter Bezugnahme auf das Kindeswohl vergleichbare unbegründete Bedenken gegenüber dieser Lebensform gelten wie gegenüber unverheirateten Paaren. In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass der Gesetzgeber mit den aktuellen Regelungen in gewisser Weise natürliches und mit medizinisch-technischer Hilfe entstehendes Leben unterschiedlich behandelt. Auf die natürliche Entstehung lässt sich zu Recht kein Einfluss nehmen. Es gilt das Grundrecht auf Fortpflanzung. Die Frage, ob die Personen oder Paare als Mutter, Vater oder Eltern geeignet sind, stellt sich überhaupt nicht. Bei der Reproduktionsmedizin wird durch die existierenden Regelungen bereits vorwirkend unter Bezugnahme auf das Kindeswohl mitentschieden, wem die Möglichkeit auf ein Kind gewährt wird. Bestimmten „klassischen“ Lebensformen wird dabei der Vorzug gegeben. Damit wird durch den Staat, zumindest an einigen Stellen, Einfluss genommen und Familie „gestaltet“, wo dies möglich ist.

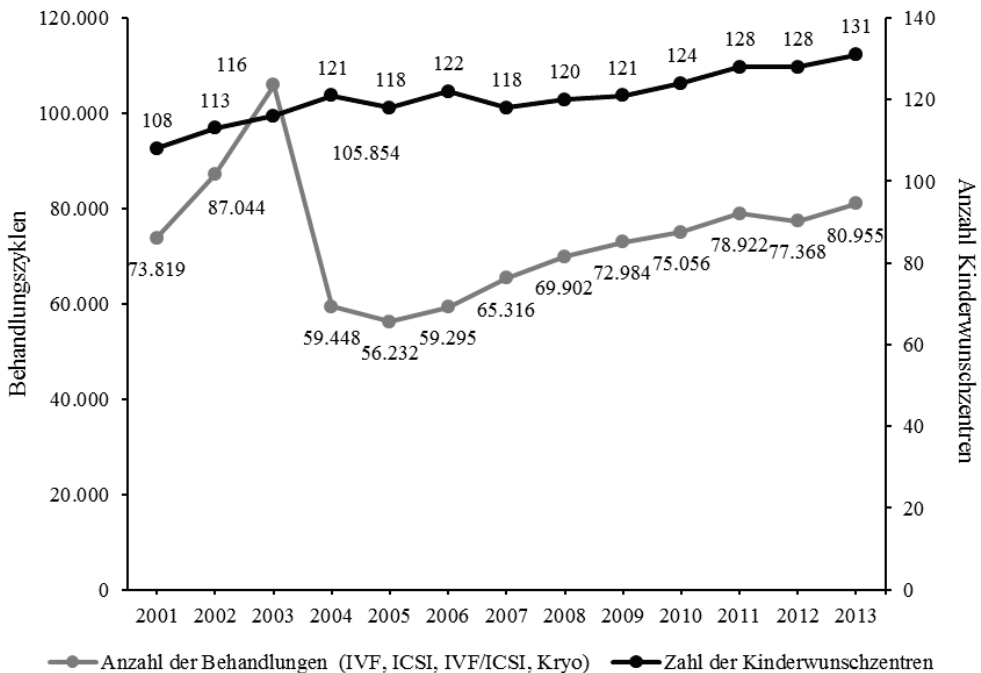
2.3.2 Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland

In den vorangegangenen Kapiteln wurde ein Überblick darüber gegeben, was unter Infertilität zu verstehen ist und wie verbreitet sie ist, welche Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen und unter welchen institutionellen Rahmenbedingungen die Reproduktionsmedizin in Deutschland angewendet und genutzt werden kann. In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Behandlungsinfrastruktur, der Nutzungszahlen und der Erfolgsaussichten der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung nachvollzogen und diskutiert. Für Deutschland basieren die hier dargestellten Informationen vorrangig auf den Daten des Deutschen IVF-Registers (DIR). Dabei handelt es sich um eine 1982 gegründete Einrichtung mehrerer medizinischer Fachgesellschaften, die sich der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin verschrieben hat (Revermann/Hüsing 2011: 214f). Das Deutsche IVF-Register erhebt jährlich von den Mitgliedszentren Kennziffern zur Anwendung der drei reproduktionsmedizinischen Kernverfahren IVF, ICSI und Kryo-Behandlungen, die dann in Form eines Jahrbuches publiziert werden. Zu beachten ist, dass andere Behandlungsverfahren, wie die Insemination, vom DIR nicht erfasst werden und entsprechend auch diesbezüglich keine Aussagen getroffen werden können.

Die Behandlungsinfrastruktur ist in Deutschland gut ausgebaut, wie an Abbildung 2-1 deutlich wird. Im Jahr 1996 existierten in Deutschland 72 Kinderwunschzentren, seitdem ist deren Zahl deutlich gestiegen auf heute 131 Zentren. Heute gibt es in fast jeder mittelgroßen Stadt ein oder sogar mehrere Kinderwunschzentren, sodass von einer relativ guten Versorgung auszugehen ist. Auffällig ist, dass sich diese Versorgung vom universitären in den privaten Sektor verlagert hat. Im Jahr 1981 waren alle fünf Behandlungszentren universitär, mittlerweile werden etwa 80 % der Behandlungen in privatwirtschaftlichen Kinderwunschzentren durchgeführt (Beier et al. 2012: 351). Die privaten Kinderwunschzentren sind letztlich Unternehmen, die sich wirtschaftlich tragen müssen. Als ursächlich dafür kann die niedrige Honorierung der Behandlungen an den Universitäten betrachtet werden, die zur Folge hatte, dass diese nicht mehr kostendeckend arbeiten konnten. Betrachtet man nun die Entwicklung der begonnenen Behandlungszyklen mit IVF, ICSI, der Kombination von beiden und Kryotransfer-Behandlungen zwischen 2001 und 2013 fällt auf, dass deren Zahl im Jahr 2003 sehr stark angestiegen ist, gefolgt von einem starken Rückgang. Seit 2005 gibt es wiederum einen moderaten kontinuierlichen Anstieg. Der Grund für den deutlichen Anstieg bis 2003 und den anschließenden starken Rückgang ist das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Januar 2004, mit dem die Kostenübernahmeregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung reformiert wurden (siehe Kapitel 2.3.1). Mit der Reform stieg die finanzielle Belastung der Kinderwunschartienten deutlich. Bis Ende 2003 wurden noch bis zu vier Behandlungen vollständig erstattet, ab 2004 nur noch maximal drei Behandlungen zur Hälfte. Es ist hier von einem starken Policy-Effekt auszugehen, der klar macht, wie sehr die Nutzung der Reproduktionsmedizin durch von Infertilität betroffene Paare mit den Regelungen zur Kostenübernahme zusammenhängt (Thaele/Uszkoreit 2007). Die hohen Behandlungszahlen in 2003 lassen sich darauf zurückführen, dass viele Paare Behandlungen vorgezogen haben (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007: 39). Praktisch kann das bedeuten, dass Pausen zwischen Behandlungszyklen verkürzt wurden oder dass insgesamt früher mit der Behandlung begonnen wurde. Dabei fehlt ein Hinweis darauf, dass möglicherweise in diesem Ausnahmejahr auch Behandlungen durchgeführt wurden, die ansonsten gar nicht stattgefunden hätten, beispielsweise weil die Paare bei einer längeren Behandlungspause oder einem späteren Behandlungsbeginn auf natürlichem Wege schwanger geworden wären. Es ist davon auszugehen, dass seit 2004 ein stärkerer Zusammenhang besteht zwischen dem finanziellen Spielraum der

von Infertilität Betroffenen und der Möglichkeit, die Reproduktionsmedizin zu nutzen, um sich einen Kinderwunsch zu erfüllen. Hinweise darauf ergeben sich aus einer deskriptiven Untersuchung von Griesinger et al. (2007). Sie vergleichen auf Bundesländerebene den Rückgang der Behandlungszahlen mit dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) und stellen fest, dass der Rückgang in den ostdeutschen Bundesländern, wo auch das BIP besonders niedrig ist, am stärksten ausfällt (ebd.: 3028; siehe auch Dietrich/Wevers 2010). Ähnliche Zusammenhänge zwischen Veränderungen in den Regelungen zur Kostenerstattung und den Nutzungszahlen zeigen sich auch für andere Länder. Beispielsweise ging nach einer Reform der Kostenübernahme in Australien die Zahl der Behandlungszyklen aufgrund des gestiegenen Eigenanteils an den Behandlungskosten um 16 % zurück und auch die Anzahl der Behandlungen pro Frau hat sich reduziert (Chambers et al. 2012: 12). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang noch, dass sich der drastische Rückgang in der Nachfrage nicht auf die Zahl der Kinderwunschzentren ausgewirkt hat, wie Abbildung 2-1 zeigt. Tatsächlich ist deren Zahl von 116 im Jahr 2003 auf 131 angestiegen. Dies lässt annehmen, dass der Wettbewerbsdruck zwischen den überwiegend privatwirtschaftlichen Kinderwunschzentren zwischenzeitlich gestiegen war und möglicherweise immer noch hoch ist.

Abbildung 2-1: Entwicklung der Zahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen und die Zahl der Kinderwunschzentren in Deutschland (2001-2013)

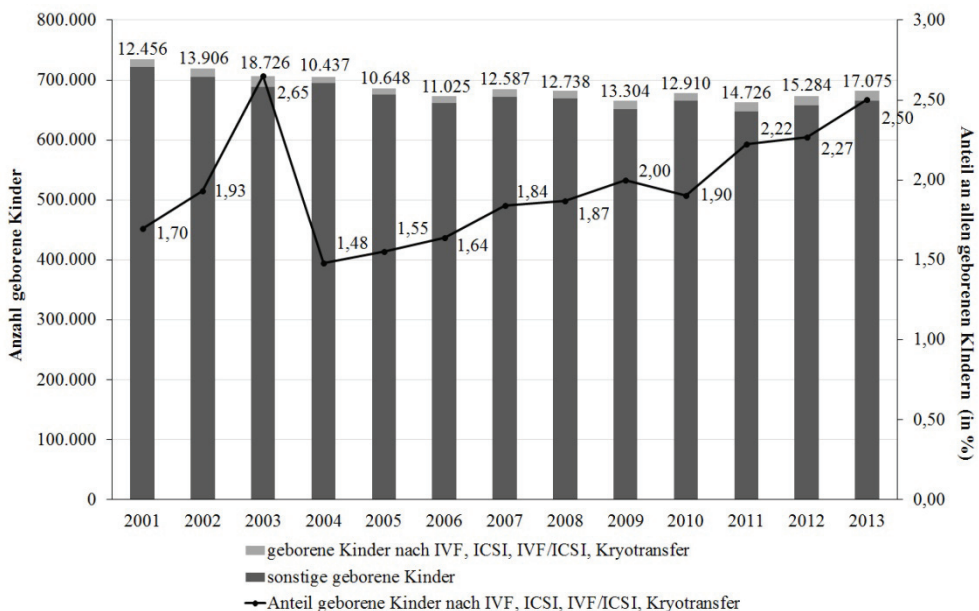


Quelle: DIR-Jahrbücher der Jahre 2002-2014, eigene Darstellung.

Der Anstieg in den Behandlungszyklen im Jahr vor der Gesetzesreform bewirkte auch einen Anstieg der Geburten durch reproduktionsmedizinische Behandlungen in 2003 wie in Abbildung 2-2 deutlich wird. Entsprechend erreicht in diesem Jahr auch der Anteil der mit Hilfe der Reproduktionsmedizin geborenen Kinder an allen Geburten mit 2,7 % seinen

Höchststand. Im Folgejahr war der Anteil besonders niedrig und steigt seitdem wieder langsam an. Er würde wahrscheinlich noch höher ausfallen, wenn nach Inseminationen geborene Kinder berücksichtigt wären. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Nachverfolgung von Geburten für die Kinderwunschzentren nicht ganz einfach ist, wenn die Paare nicht mehr dort in Behandlung sind. Dadurch ist die Zahl der Geburten tendenziell etwas zu niedrig. Dass der Anteil von durch die Reproduktionsmedizin geborenen Kindern trotz der vielen Behandlungszyklen relativ niedrig ausfällt, hängt auch damit zusammen, dass die Erfolgsaussichten der Behandlungen insgesamt gesehen relativ niedrig sind. Dabei kommt es natürlich wesentlich darauf an, was man als Behandlungserfolg bewertet. Ist bereits eine Schwangerschaft ein Erfolg oder erst eine Geburt? Erfolgsraten werden im Deutschen IVF-Register für beide Ereignisse ausgewiesen. Beide haben ihre Berechtigung, auch wenn für die behandelten Personen natürlich die Geburt ihres Wunschkindes maßgeblich ist.

Abbildung 2-2: Beitrag der Reproduktionsmedizin zur Geburtenzahl in Deutschland (2001-2013)

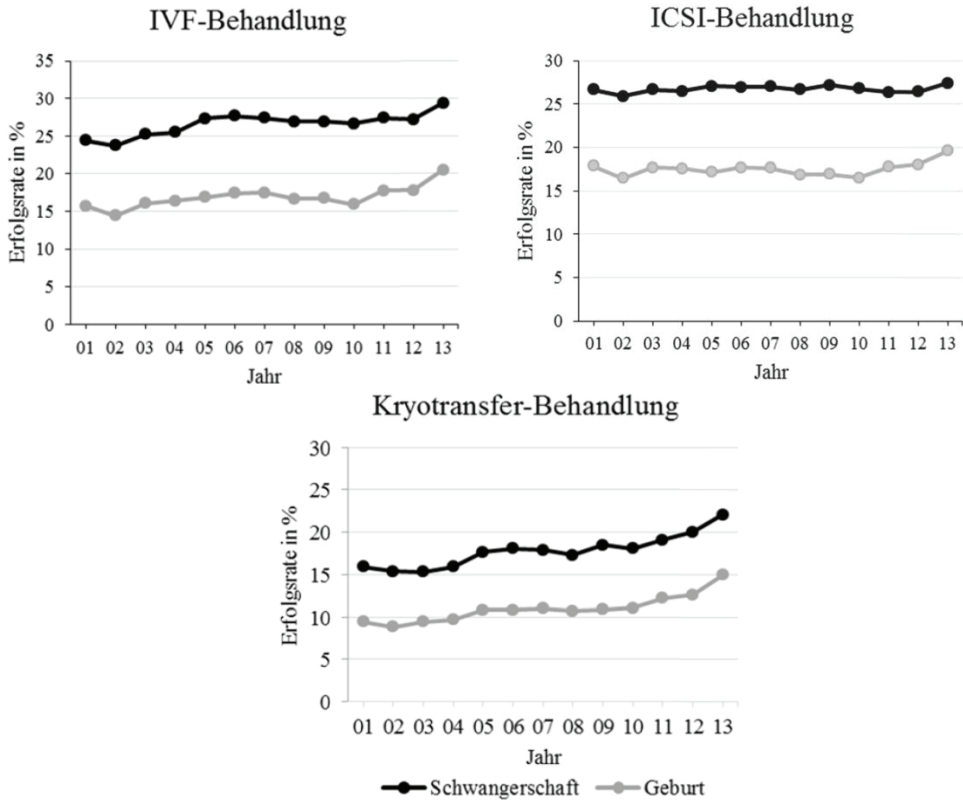


Quelle: DIR Jahrbuch 2014, eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 2-3 zeigt für die Jahre 2001 bis 2013 die Erfolgsraten für die IVF-, ICSI- und Kryotransfer-Behandlung. Die Erfolgsraten unterscheiden sich maßgeblich abhängig davon, ob Schwangerschaften oder Geburten als Erfolg betrachtet werden. Tatsächlich verbessert die Reproduktionsmedizin aber zunächst einmal die Chancen auf eine Schwangerschaft und nicht auf eine Geburt. Wie bei den Ursachen zur Infertilität bereits besprochen wurde, nimmt die Wahrscheinlichkeit von ungewollten Schwangerschaftsabbrüchen mit dem Alter der Frau stark zu. Dies gilt grundsätzlich sowohl für natürliche Schwangerschaften als auch für Schwangerschaften nach einer Kinderwunschbehandlung. Die Schwangerschaftsraten nach IVF und ICSI-Behandlungen liegen über die angezeigten Jahre gemittelt für IVF bei 26,1 % und für ICSI bei 26,6 % (siehe Abbildung 2-3). Kryotransfer-Behandlungen

schneiden vergleichsweise schlecht ab, die gemittelte Erfolgsrate gemessen über die Schwangerschaften liegt hier nur bei 17,4 %. Deutlich niedriger ist die Erfolgsrate bei allen drei Verfahren gemessen an den tatsächlichen Geburten. IVF und ICSI kommen hier wiederum gemittelt auf 16,6 % und 17,4 %, Kryotransfer-Behandlungen nur auf 10,7 %.

Abbildung 2-3: Erfolgsraten (Schwangerschaften/Geburten) nach Art der reproduktionsmedizinischen Behandlung in Deutschland (2001-2013)



Quelle: DIR-Jahrbücher 2000-2014, eigene Berechnung und Darstellung.

Anm.: Es werden nur per Ultraschall in der 5.-6. Schwangerschaftswoche bestätigte Schwangerschaften berichtet.

Während durch die Reproduktionsmedizin zwar die Chancen auf eine Schwangerschaft relativ deutlich erhöht werden können, bleibt die Wahrscheinlichkeit, dass aus einem unerfüllten ein erfüllter Kinderwunsch wird, relativ gering. Dies verdeutlicht, dass die Reproduktionsmedizin an den Chancen, eine Schwangerschaft auszutragen, nichts ändert. Gerade für Frauen, die sich dem Ende ihrer reproduktiven Phase nähern, kann die Kinderwunschbehandlung die Chancen zwar etwas verbessern, die besten Erfolge in Hinblick auf die tatsächliche Erfüllung eines Kinderwunsches erzielt sie jedoch bei deutlich jüngeren Frauen.

Gemessen an den finanziellen Kosten und den potenziellen physischen und psychischen Belastungen, die mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung einhergehen können, sind die niedrigen Erfolgsraten kritisch zu sehen. Die aktuell noch relativ niedrigen

Erfolgsaussichten von Kryotransfer-Behandlungen verweisen darauf, dass auch das in Kapitel 2.2.4 oben angesprochene Social Freezing womöglich mehr verspricht, als es (bislang) halten kann. Es ist ausgehend von den hier vorgestellten Zahlen generell nicht zu empfehlen, fest darauf zu setzen, dass mit der Reproduktionsmedizin Kinderwünsche auch noch später realisiert werden können.

2.3.3 *Institutionelle Rahmenbedingungen und Nutzung im internationalen Vergleich*

Die relativ ausführliche Vorstellung und Diskussion der Regulierung war mit dem Ziel verknüpft, die Rahmenbedingungen herauszuarbeiten, unter denen Paare in Deutschland die Reproduktionsmedizin nutzen. Die Regelungen sind teilweise widersprüchlich und für die Betroffenen nicht leicht zu verstehen. Das Feld der Reproduktionsmedizin hat zwei wesentliche Charakteristika: Es ist relativ jung und es ist sehr dynamisch. Die Technik selbst und auch der Kenntnisstand zu ihrer Bewertung und Verbesserung entwickeln sich ständig weiter. Das bewirkt, dass institutionelle Rahmenbedingungen immer wieder neu geprüft und neu bewertet werden müssen. Dies gilt nicht nur für die Reproduktionsmedizin in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern. Die Länder unterscheiden sich jedoch teilweise deutlich in den Wegen damit umzugehen. Das gilt nicht nur im Vergleich zu anderen Weltregionen sondern auch innerhalb von Europa. Die Vielfalt an rechtlichen Regelungen in Europa ist beträchtlich und kann in ihrer Gesamtheit als „legal mosaicism“ beschrieben werden (Pennings 2009: 15). Die Gründe für die sehr unterschiedlichen Regelungen in den Ländern sind vermutlich ebenso vielfältig wie die Zahl der Länder, die man betrachtet. Jones et al. (Jones et al. 2011: 11) stellen fest, dass die Regulierung der Reproduktionsmedizin nicht nur dem Ziel folgt, gute medizinische Praxis zu sichern, sondern auch andere Interessen verfolgt werden. Pennings (Pennings 2009: 16) zufolge sind sie das Ergebnis der unterschiedlichen Gewichtung verschiedener moralischer Prinzipien, wie dem Wert menschlichen Lebens, dem Kindeswohl, guter medizinischer Praxis und Sicherheit. Die Liste ließe sich ergänzen um ökonomische und ethische Überlegungen sowie um kulturell geprägte Vorstellungen von Familie. Die Motive und Interessen der Akteure der Regulierung in anderen Ländern stehen hier nicht im Vordergrund. Es soll an dieser Stelle aber ein Überblick über die Regulierung in ausgewählten Ländern im Vergleich zu Deutschland gegeben werden.

Die Einbettung in den internationalen Kontext ist aus mehreren Gründen relevant. Im Vergleich ist es häufig einfacher, die Spezifika des deutschen Handlungskontextes zu verstehen und einzuordnen. Darüber hinaus können die Regelungen, insbesondere in anderen europäischen Ländern, für von Infertilität betroffene Personen und Paare von ganz praktischer Relevanz sein. Dies wird am Phänomen des „reproduktiven Reisens“ sehr deutlich. Denn es zeigt, wie stark Paare mit einem unerfüllten Kinderwunsch durch das Reproduktionsregime ihres Landes beeinflusst sind, wie sehr also ihr Nutzungsverhalten davon abhängt. Reproduktives Reisen bedeutet, dass Personen oder Paare sich außerhalb des Landes in dem sie hauptsächlich wohnen, reproduktionsmedizinisch behandeln lassen. In englischsprachigen Publikationen hat sich dafür der Begriff „cross-border reproductive care“ durchgesetzt. Dem Phänomen wird in der wissenschaftlichen Literatur eine hohe Bedeutung beigemessen, auch wenn bislang kaum detaillierte Zahlen dazu vorliegen. Eine Befragung von Patienten in Kinderwunschzentren in sechs Hauptzielländern von reproduktivem Reisen zeigt, dass Deutschland für tschechische Kinderwunschzentren eines der Hauptherkunftsländer ist (Shenfield et al. 2010: 2). Zudem ist der Anteil über 40-jähriger Frauen bei den Befragten deutscher Herkunft mit mehr als 50 % besonders hoch (ebd.: 2). Gefragt nach den Gründen für die Behandlung im Ausland gaben die deutschen Paare an erster

Stelle rechtliche Gründe an (ebd.: 3). Bedenkt man, dass in der Studie unter den deutschen Patienten besonders viele ältere Frauen waren, wird klar, dass für diese Paare wahrscheinlich die Altersbegrenzung in den rechtlichen Regelungen zur Kostenübernahme in der GKV eine Rolle spielten. Wie in Kapitel 2.3.1 dargestellt ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch eine obere Altersgrenze von 40 Jahren für die Kostenübernahme festgelegt. Es kann also festgehalten werden, dass gerade in Europa die Wege ins Ausland kurz sind. Ist die Behandlung in Deutschland zu teuer oder ist man auf Verfahren angewiesen, die hier nicht erlaubt sind oder zu denen man keinen Zugang hat (zum Beispiel, weil man in einer männlich-homosexuellen Partnerschaft lebt), besteht heute die ganz konkrete Möglichkeit, sich im (europäischen) Ausland in Behandlung zu begeben.

Aus diesen Gründen wird nun ein Überblick über die rechtliche Situation in einigen anderen Ländern gegeben und die Situation mit Deutschland kontrastiert. Zum Vergleich wurden folgende Länder ausgewählt: Österreich, Italien, Frankreich, Belgien, Dänemark, Tschechien, Großbritannien und die USA. Österreich wurde als weiteres deutschsprachiges Land gewählt, Italien und Frankreich als südeuropäische Länder, Belgien und Dänemark als Vertreter Nordeuropas und direkte Nachbarländer, als osteuropäisches Land wurde Tschechien gewählt, wie erwähnt ein wichtiges Zielland für Deutsche, die sich im Ausland behandeln lassen und Großbritannien und die USA als englischsprachige Länder. Die USA als einziges außereuropäisches Land steht mit ihren Regelungen in einer anderen Tradition. Als Datengrundlage werden die von der International Federation of Fertility Societies (IFFS) berichteten Länderdaten aus dem Jahr 2012 verwendet (Ory et al. 2014).²¹ Die IFFS führt im Dreijahresrhythmus eine standardisierte Befragung von nationalen Fachexperten zur rechtlichen Regulierung in ihrem Land durch. Alle aufgeführten Länder, mit Ausnahme von Deutschland, haben an der aktuellsten Befragung teilgenommen. Die in den Tabellen 2-1 bis 2-4 enthaltenen Informationen zu Deutschland basieren auf den in den vorangegangenen Kapiteln zusammengetragenen Informationen. Die Daten können nur einen groben Überblick liefern, die Qualität hängt stark vom Kenntnisstand der Experten und deren Gewissenhaftigkeit bei der Beantwortung und sicherlich auch vom Erhebungsinstrument ab. Andererseits hat die Vorgehensweise den Vorteil, dass so in diesem dynamischen Feld sehr aktuelle Informationen zur Verfügung gestellt werden können.

Tabelle 2-1 zeigt, welche formale Form die Regulierung der Reproduktionsmedizin in den ausgewählten Ländern hat. Es können drei Muster auftreten: nur Gesetze, nur Richtlinien und eine Kombination aus Gesetzen und Richtlinien. Die Differenzierung ist relevant, weil Gesetze einen höheren Verbindlichkeitscharakter haben als Richtlinien. Zudem werden Richtlinien von anderen Akteuren wie Verbänden (mit-)gestaltet, so wie dies auch in Deutschland der Fall ist. Alle dargestellten Länder haben Gesetze implementiert, einige, aber nicht alle ergänzt durch Richtlinien. Die letzte Spalte zeigt an, ob es in dem Land in der Zeit zwischen der aktuellen und der vorhergehenden Befragung Änderungen in den Regelungen gab. Fast alle Länder haben ihre Regulierung in den drei Jahren zwischen den Befragungen angepasst oder neue Regelungen implementiert.

²¹ Einen ähnlichen Vergleich basierend auf den IFFS-Daten haben Präg und Mills (2015) vorgenommen, allerdings mit anderer Länderauswahl und mit teilweise anderen inhaltlichen Schwerpunkten.

Tabelle 2-1: Art der Regulierung der Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich

Länder	Gesetze	Richtlinien	Veränderung seit der letzten Befragung
			im Jahr 2009
Deutschland	+	+	?
Österreich	+	+	-
Italien	+	+	+
Frankreich	+	+	+
Belgien	+	-	+
Dänemark	+	-	+
Tschechien	+	-	+
Großbritannien	+	+	+
USA	+	+	-

Quelle: Ory et al. (2013: 18-20) ohne Deutschland, Regelungen Stand 2012, eigene Darstellung. Legende: + trifft zu, - trifft nicht zu, ? unbekannt.

Die statusbezogenen Bedingungen, an die der Zugang zur Reproduktionsmedizin geknüpft ist, sind ein wichtiger Aspekt der Regulierung. In Deutschland sind diese Bedingungen gesetzlich nicht explizit geregelt, sondern dem ärztlichen Standesrecht überlassen. Die dortigen Regelungen sind recht konservativ und begrenzen den Zugang vor allem für nicht-heterosexuelle Lebensformen und dies, obwohl die Behandlung von weiblich-homosexuellen Paaren vom Embryonenschutzgesetz nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist (Tabelle 2-2). In dem IFFS-Report wird grundsätzlich unterschieden, ob nur verheiratete oder auch unverheiratete heterosexuelle Paare zugelassen sind. Die Zugangsvoraussetzung für Letztere ist in der Regel, dass sie sich in einer stabilen Partnerschaft befinden. Das Konzept der stabilen Partnerschaft taucht auch in der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer auf (siehe Kapitel 2.3.1). Es ist relativ schwammig, wie die Autoren des IFFS-Reports zu Recht feststellen (Ory et al. 2013: 31). Vieles wird davon abhängen, ob unverheiratete heterosexuelle Paare in der Praxis tatsächlich von den Ärzten auf ihre „Eignung“ geprüft werden. Es ist anzunehmen, dass in den meisten Ländern de facto ein freier Zugang zur Behandlung für unverheiratete Paare besteht.

Tabelle 2-2: Zugangsvoraussetzungen zur Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich

Länder	Stabile Partnerschaften	Singles	Weiblich-homosexuelle Paare
Deutschland	+	-	+
Österreich	+	-	-
Italien	+	-	-
Frankreich	+	-	-
Belgien	+	+	+
Dänemark	+	+	+
Tschechien	+	-	-
Großbritannien	+	+	+
USA	*	*	*

Quelle: Ory et al. (2013: 32-33) ohne Deutschland, Regelungen Stand 2012, eigene Darstellung. Legende: + trifft zu, - trifft nicht zu, * keine Regulierung über Gesetze oder Richtlinien.

Keines der hier betrachteten Länder hat den Zugang ausschließlich auf verheiratete Paare begrenzt. Hinsichtlich des Zugangs für Singles und weiblich-homosexuelle Paare lassen sich die Länder in zwei Gruppen unterteilen: solche, die beide Gruppen entweder ausschließen oder zulassen. Deutschland ist der Gruppe mit der restriktiven Regulierung zuzuordnen. Anders als in den europäischen Ländern gibt es in den USA keinerlei statusbezogene Zugangsvoraussetzungen.

Hinsichtlich der Kostenübernahmeregelungen zeigt sich im Ländervergleich, dass alle Länder bis auf die USA staatliche Regelungen haben, das heißt, dass sich der Staat direkt oder wie in Deutschland über die gesetzliche Krankenkasse an den Kosten beteiligt (Tabelle 2-3). In Deutschland, sowie Belgien und Dänemark, gibt es zusätzlich private Krankenversicherungen, welche die Kosten teilweise oder vollständig übernehmen. In der Mehrzahl der Länder werden die Kosten nur teilweise übernommen (in sieben von neun Ländern), nur in Belgien und Frankreich vollständig. Die Angaben zur Kostenübernahme sind natürlich nur sehr grob. Zwischen den Ländern wird es teilweise erhebliche Unterschiede im Umfang sowie in den Bedingungen der Kostenübernahme geben. Darauf verweist auch eine Studie von Berg Brigham et al. (2013), die Kostenübernahmeregelungen zum Stand 2009 in den europäischen Ländern etwas detaillierter betrachtet. Während in Dänemark sechs IVF-Behandlungszyklen vollständig übernommen werden, sind es in Frankreich vier Zyklen; in Dänemark, Großbritannien und Österreich galt 2009 für Frauen eine strikte obere Altersgrenze von < 40 Jahren, in Frankreich dagegen von < 43 Jahren (ebd.: 670). Ein Grund für die Begrenzung der Übernahme von Behandlungskosten wird in vielen Ländern darin bestehen, dass so die Ausgaben für die Reproduktionsmedizin begrenzt werden. Ein häufiges Argument für die Begrenzung bezieht sich auf die unterstellte geringe Kosteneffektivität reproduktionsmedizinischer Behandlungen wie IVF (Mladovsky/Sorenson 2010: 114). Das bedeutet, dass die Kosten in Bezug gesetzt werden zur Erfolgswahrscheinlichkeit der Verfahren, die absolut betrachtet nicht sehr hoch ist (siehe Abbildung 2-3).

Tabelle 2-3: Regelungen zur Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen im internationalen Vergleich

Länder	Staatliche Regelung	Privatversicherung	Umfang Kostenübernahme
Deutschland	+	+	teilweise
Österreich	+	-	teilweise
Italien	+	-	teilweise
Frankreich	+	-	vollständig
Belgien	+	+	teilweise
Dänemark	+	+	vollständig
Tschechien	+	-	teilweise
Großbritannien	+	-	teilweise
USA	-	+	teilweise

Quelle: Ory et al. (2013: 25-29) ohne Deutschland, eigene Darstellung. Legende: + trifft zu, - trifft nicht zu.

Zuletzt soll noch ein Blick auf die erlaubten Verfahren im internationalen Vergleich geworfen werden (Tabelle 2-4). Von besonderem Interesse ist der unterschiedliche Umgang der Länder in der Verwendung von fremden Keimzellen wie Spermien- und Eizellen sowie Embryonen. Hinsichtlich der Spermien-, Eizell- und Embryonenspende ist Italien im Ländervergleich am restriktivsten, denn keines davon ist erlaubt. Behandlungen wie die Insemination, IVF und ICSI können in Italien nur im homologen System durchgeführt werden, das

heißt unter Verwendung von Ei- und Samenzellen des behandelten Paares. Am wenigsten unterscheiden sich die Länder in Bezug auf die Samenspende, sie darf in allen Ländern bis auf Italien angewendet werden. Weiterhin fällt auf, dass in fast allen Ländern die Eizell- und Embryonenspende einheitlich geregelt sind, das heißt sie sind entweder beide erlaubt oder nicht erlaubt. Wie oben bereits ausgeführt wurde, ist die Embryonenspende in Deutschland eingeschränkt erlaubt, wenn es sich um übrig gebliebene Embryonen aus anderen Behandlungen handelt.

Tabelle 2-4: Erlaubte reproduktionsmedizinische Verfahren im internationalen Vergleich

Länder	Samen- spende	Eizell- spende	Embryonen -spende	Leihmutterchaft (erlaubt und/oder angewendet)
Deutschland	+	-	(+)	-
Österreich	+	-	-	-
Italien	-	-	-	-
Frankreich	+	+	+	-
Belgien	+	+	+	+
Dänemark	+	+	-	-
Tschechien	+	+	+	+
Großbritannien	+	+	+	+
USA	+	+	+	+

Quelle: Ory et al. (2013: 63-66;114-117) ohne Deutschland, eigene Darstellung. Legende: + trifft zu, - trifft nicht zu, () mit Einschränkung, Erläuterung im Text.

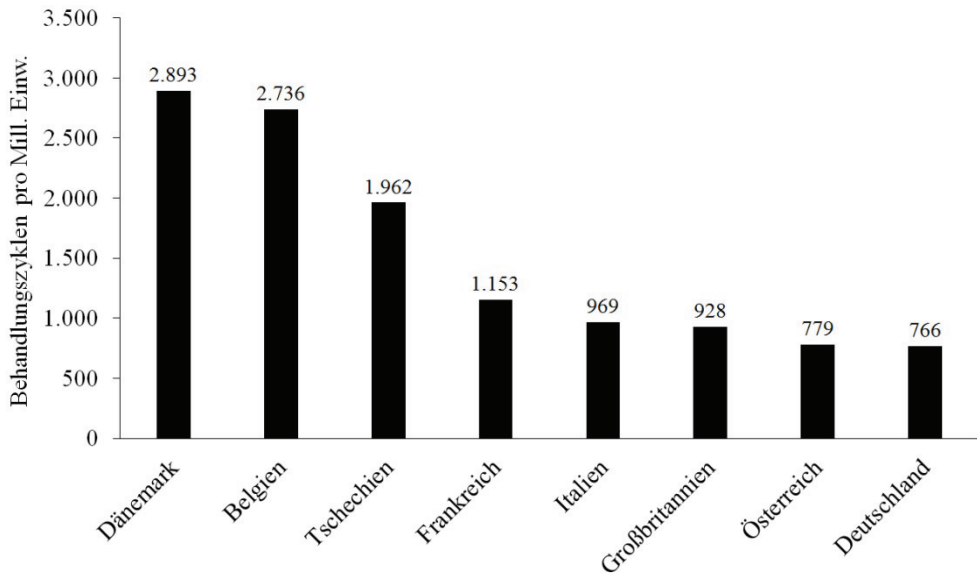
In der letzten Spalte von Tabelle 2-4 geht es um die Leihmutterchaft. Die im IFFS-Report enthaltenen Informationen zur rechtlichen Regulierung und zur Anwendung wurden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit zusammengefasst. In Deutschland ist die Leihmutterchaft verboten und wird auch nicht angewendet – wie auch in Österreich, Italien, Frankreich und Belgien. In den restlichen vier Ländern ist das Verfahren erlaubt beziehungsweise wird angewendet.

Wie wirken sich nun die institutionellen Regelungen auf die Nutzung der Reproduktionsmedizin im Ländervergleich aus? Dafür ist es hilfreich, einen Blick auf die durchgeführten Behandlungszyklen in den jeweiligen Ländern zu werfen. In Abbildung 2-4 ist die Zahl der durchgeführten Behandlungszyklen pro 1 Million Einwohner abgetragen. Die Länder unterscheiden sich in der Dokumentation reproduktionsmedizinischer Behandlungen. In manchen Ländern ist die Dokumentation verpflichtend (zum Beispiel in Dänemark und Belgien), in anderen freiwillig (zum Beispiel in Deutschland). Dies schränkt die Möglichkeiten eines solchen Vergleiches ein (Kupka et al. 2014: 2108). Trotzdem sollten anhand der Zahlen wesentliche Muster erkennbar sein.

Am höchsten ist die Zahl der Behandlungszyklen in Dänemark und Belgien. Deutschland steht im Vergleich an letzter Stelle, aber auf ähnlichem Niveau wie Österreich und auch nicht weit entfernt von Großbritannien. Zusammenhänge herzustellen zwischen Mustern der Regulierung und der Nutzung der Reproduktionsmedizin ist generell schwierig. Beispielsweise haben hier zwei Länder die höchsten Nutzungszahlen, von denen nur eines eine vollständige Kostenübernahme bietet (siehe Tabelle 2-3). Die Behandlungszahlen in Frankreich, das zweite Land mit vollständiger Kostenübernahme, sind dagegen sogar etwas

geringer als die in Tschechien, welches die Kosten nur teilweise übernimmt. Erwähnenswert ist in dieser Hinsicht eine Studie von Berg Brigham et al. (2013), die den Zusammenhang zwischen nationalen Regelungen zur Reproduktionsmedizin in dreizehn EU-Ländern und länderspezifischen Nutzungszahlen von IVF analysiert hat.²² Die Analyse bezieht sowohl die allgemeine Zugangsberechtigung als auch die Kostenübernahmeregelungen ein. Sie stellen einen Zusammenhang zwischen den Nutzungszahlen von IVF und der Offenheit der allgemeinen Zugangsberechtigung fest, jedoch nicht für die Nutzung und die Kostenübernahmeregelung (ebd.: 674). Je weniger streng also der Zugang reglementiert ist, desto häufiger wird IVF genutzt. Dies erscheint plausibel. Erstaunlicher ist dagegen, dass das Ausmaß der Nutzung nicht mit den Kostenübernahmeregelungen zusammenhängt. In Kombination mit der geringen Fallzahl spielt hier vermutlich die große Variation in den Regelungen eine Rolle. Es ist zudem auch wahrscheinlich, dass die Nutzung der Reproduktionsmedizin in einem Land auch kulturell geprägt ist. Möglicherweise spielt die Verbreitung bestimmter Werte und Normvorstellungen für die Erklärung der Variation in den Nutzungszahlen auf Makroebene eine Rolle. Vorstellbar wäre, dass sich die Akzeptanz der Reproduktionsmedizin als legitimer Weg, ein Kind zu bekommen, unterscheidet.

Abbildung 2-4: Zahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen pro 1 Million Einwohner im internationalen Vergleich (2009/2010)



Quelle: Kupka et al. (2014: 2101); alle Länder bis auf Frankreich, Berichtsjahr 2010; Ferrareti et al. (2013: 3); Frankreich, Berichtsjahr 2009, eigene Darstellung.

Anm.: Behandlungszyklen pro 1 Million Einwohner beziehen sich auf 2010, für Frankreich auf 2009, Behandlungen umfassen IVF-, ICSI- und Kryotransfer-Behandlungen, Eizellspende und Präimplantationsdiagnostik, eigene Darstellung.

²² Von den hier betrachteten Ländern ist einzig Tschechien nicht in der Studie berücksichtigt.

Der notwendigerweise selektive Vergleich macht deutlich, dass die Beschreibung der Regulierung in Europa als „legal mosaicism“ (Pennings 2009: 15) durchaus zutreffend ist. Schon die relativ wenig detaillierten Indikatoren für die Regulierung zeigen, wie sehr sich die Länder unterscheiden. Würde man sich die einzelnen Regelungen beispielsweise zu den Zugangsvoraussetzungen noch genauer ansehen, wäre die Lage wahrscheinlich noch deutlich unübersichtlicher. Wie lässt sich Deutschland nun im internationalen Vergleich einordnen? In Bezug auf statusbezogene Zugangsvoraussetzungen und die erlaubten Verfahren ist Deutschland relativ restriktiv, vergleichbar besonders mit Österreich und mit Italien. Tschechien ist zwar in Bezug auf statusbezogene Bedingungen restriktiv, erlaubt jedoch sowohl Eizell- als auch Embryonenspende und Leihmutterchaft. Dies macht Tschechien als Zielland für deutsche Paare, die auf diese Verfahren angewiesen sind, so attraktiv. Die nordeuropäischen Länder Dänemark und Belgien sollten dagegen für gleichgeschlechtliche Paare interessant sein, weil diese dort nicht von der Behandlung ausgeschlossen sind.

Auch in Großbritannien sind die Zugangsbedingungen und die erlaubten Verfahren relativ großzügig geregelt. Hinsichtlich der Kostenübernahmeregelungen befindet sich Deutschland in guter Gesellschaft, denn nur zwei der betrachteten Länder übernehmen die Behandlungskosten vollständig. Zu beachten ist dabei, dass sich die absoluten Behandlungskosten von Land zu Land sehr unterscheiden können. Eine Zusammenstellung der Kosten für einen Behandlungszyklus in verschiedenen Ländern zeigt eine Preisspanne von circa 2.400 € in Belgien bis 10.000 € in den USA (Connolly et al. 2010: 605).²³ Auch die finanzielle Belastung für die Patienten unterscheidet sich von Land zu Land deutlich. Schätzungen zufolge liegt der Anteil der Kosten für einen Behandlungszyklus (IVF/ICSI) am verfügbaren Jahreseinkommen einer Person in den USA bei 44 %, in den skandinavischen Ländern bei etwa 12 % unter Berücksichtigung von Kostenerstattungen (Chambers et al. 2009: 2289). Diese Zahlen sollen nur einen Eindruck davon vermitteln, wie die Regelungen in verschiedenen Ländern ganz unterschiedliche Auswirkungen auf die Kostenbelastung von Kinderwunschpatienten haben können, abhängig von den absoluten Behandlungskosten, dem Gesundheits- und Versicherungssystem und weiteren Faktoren. Dies kann möglicherweise auch ein Stück weit die geringen Zusammenhänge zwischen den institutionellen Regelungen und der Nutzung in der Studie von Berg-Brigham et al. (2013) erklären.

²³ Die Preise wurden auf das Jahr 2006 indiziert anhand eines „medical consumer price index“ und in Euro umgerechnet (Connolly et al. 2010: 605).

3 Die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität - Stand der Forschung

Der Überblick über den Forschungsstand ist interdisziplinär angelegt und berücksichtigt medizinisch-epidemiologische, ethnografische sowie (medizin-)soziologische Studien. Im Fokus des Interesses stehen in Deutschland lebende Paare, da es auch darum geht, zu verstehen, wie diese vor dem Hintergrund der deutschen institutionellen Rahmenbedingungen handeln. Da es in Deutschland nur vergleichsweise wenig Forschung zu dem Thema gibt, werden auch Studien aus anderen Ländern berücksichtigt, um Hinweise auf potenziell relevante Einflussfaktoren zu erlangen. Auf die Regelungen in den einzelnen Ländern und deren Auswirkungen auf Zusammenhänge kann und soll hier nicht ausführlicher eingegangen werden. Der Überblick über den internationalen Forschungsstand ist auf deutsch- und englischsprachige Literatur über Westeuropa und die englischsprachigen Länder USA, Australien und Kanada begrenzt. Es wird angenommen, dass in diesen Ländern die kulturellen Rahmenbedingungen generativen Handelns im Allgemeinen und der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch von Infertilität Betroffene noch am ehesten vergleichbar sind. Es werden vor allem neuere Arbeiten berücksichtigt, die seit 1990 veröffentlicht wurden. Auf ältere Studien wird nur dann eingegangen, wenn diese als besonders relevant erachtet werden.

In Kapitel 3.1 wird zunächst dargestellt, wie viele Personen beziehungsweise Paare überhaupt medizinische Unterstützung suchen, um einen Eindruck von der Relevanz medizinischer Angebote für von Infertilität Betroffene zu bekommen. Anschließend werden die Determinanten der Nutzung medizinischer Hilfe thematisiert. Von Interesse sind dabei soziodemografische und -ökonomische Merkmale der von Infertilität Betroffenen sowie deren Einstellungen. In Kapitel 3.2 geht es um die zeitliche Dimension der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe. Es werden Befunde zur Dauer des Gesamtprozesses vorgestellt und daran anschließend wird auf qualitative Studien zum Entscheidungsprozess eingegangen, die stärker als andere Arbeiten eine Paarperspektive einnehmen. Am Ende des Kapitels steht ein Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Forschungsstand. Defizite der bisherigen Forschung werden benannt (Kapitel 3.3).

3.1 Inanspruchnahme medizinischer Hilfe: Verbreitung und Determinanten

Die Studien, auf die nachfolgend Bezug genommen wird, arbeiten fast ausschließlich mit Befragungsdaten. Obwohl Infertilität normalerweise im Partnerschaftskontext zum Problem wird, basieren die Studien auf der Befragung von Einzelpersonen, in der Regel sind dies Frauen. Die hier vorgestellten Studien verwenden ganz unterschiedliche Definitionen von medizinischer Hilfe, die häufig, aber nicht immer, reproduktionsmedizinische Behandlungen mit einbeziehen. Manche Studien berichten darüber, ob überhaupt eine Hinwendung an das medizinische System erfolgte, andere, ob ein Arzt konsultiert und ob Untersuchungen vorgenommen wurden und wieder andere konzentrieren sich auf die Inanspruchnahme bestimmter Behandlungen.

3.1.1 Verbreitung der Nutzung medizinischer Hilfsangebote

Dieser Abschnitt vermittelt einen Eindruck davon, wie verbreitet die Nutzung medizinischer Hilfsangebote durch von Infertilität Betroffene ist. Da es für die Interpretation und Bewertung der Studien relevant ist, sei vorweg aus methodischer Sicht angemerkt, dass die Prävalenz nicht nur von der Definition medizinischer Hilfe, sondern auch von der betrachteten Grundgesamtheit der von Infertilität Betroffenen abhängt. Dadurch sind die in Kapitel 2.2.2 angesprochenen Probleme der Vergleichbarkeit der Befunde verschiedener Studien aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Infertilität auch hier relevant. In Kapitel 2.2.2 wurden zwei Prävalenzmaße unterschieden: die Lebenszeitprävalenz und die Punktprävalenz von Infertilität. Die Lebenszeitprävalenz gibt für eine bestimmte Grundgesamtheit von Personen an, wie viele in ihrer bisherigen reproduktiven Phase mindestens einmal eine längere Phase ungeschützten Geschlechtsverkehrs, in der Regel sind dies zwölf Monate, erlebt haben. Für die Analyse der Nutzung medizinischer Hilfe wird die Grundgesamtheit der von Infertilität Betroffenen in der Regel über die Lebenszeit definiert. Das bedeutet, dass Personen, die jemals von Infertilität betroffen waren, dazu befragt wurden, ob sie (jemals) medizinische Hilfe genutzt haben. Die kausale Abfolge von Phasen mit Fruchtbarkeitsproblemen und der Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung ist entsprechend nicht immer gegeben.

Für Deutschland liegen nur wenige Informationen darüber vor, wie verbreitet die Inanspruchnahme von medizinischer Unterstützung ist. Bruckert (1991: 248) berichtet, dass 60 % der nach eigenen Angaben ungewollt kinderlosen Frauen und nur 30 % der kinderlosen Männer in Westdeutschland und Berlin einen Arzt aufgesucht haben. Im Rahmen der Studien „frauen Leben“ (Helfferrich 2001) und „männer Leben“ (Helfferrich et al. 2004) wurden Prävalenzen der Inanspruchnahme von Hilfe für Frauen und Männer erhoben. Die Grundgesamtheit bilden Personen, die jemals eine Phase von mehr als zwölf Monaten un-
verhüteten Geschlechtsverkehrs hatten, ohne dass eine Schwangerschaft eintrat. Demnach haben 44 % der Frauen jemals „fachliche Hilfe wegen verminderter Fruchtbarkeit“ in Anspruch genommen (Helfferrich 2001: 313). Bei den Männern mit Infertilitätserfahrung sind es 36 %, die sich medizinisch beraten ließen und 20 %, bei denen medizinische Eingriffe beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wurden, sodass insgesamt 56 % irgendeine Form medizinischer Unterstützung in Anspruch genommen haben (Helfferrich et al. 2004: 34).²⁴ Andere berechnen auf Grundlage der Daten der „European Studies of Infertility and Subfecundity“-Studie (ESIS), dass zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 1991 und 1993 in Deutschland 55 % der Frauen mit einer Lebenszeitprävalenz von Infertilität irgendwann einmal nach medizinischem oder anderem fachlichen Rat gefragt haben (Küppers-Chinnow/Karmaus 1997: 92).

In allen Studien zu Deutschland werden niedrigschwellige Angebote abgefragt, die Grundgesamtheiten und auch die betrachteten Zeiträume unterscheiden sich jedoch, was die Vergleichsmöglichkeiten einschränkt. Hinzu kommt, dass die ESIS-Studie sowie die Studien „frauen Leben“ und „männer Leben“ nicht repräsentativ für die deutsche Gesamtbevölkerung sind, da jeweils nur in ausgewählten deutschen Regionen Stichproben gezogen wurden. Es kann aber festgehalten werden, dass sich wahrscheinlich zwischen 44 % und 60 % der Frauen, die eine Infertilitätserfahrung machen, mindestens an einen Arzt wenden.

²⁴ Es erscheint damit so, dass Männer häufiger Nutzer medizinischer Hilfe sind als Frauen. Ob ein solcher Vergleich zwischen den zwei separaten Studien zulässig ist, ist nicht ganz klar. Von den Autoren der beiden Studien wird ein solcher nicht direkt vorgenommen.

Um die für Deutschland vorgestellten Prävalenzen besser einordnen zu können, werden Studien aus anderen Ländern herangezogen. Die eben bereits erwähnte ESIS-Studie vermittelt einen guten Eindruck zur Inanspruchnahme medizinischer Angebote in mehreren europäischen Ländern. Der Vorteil der Studie liegt in der direkten Vergleichbarkeit der Länderergebnisse aufgrund der methodisch einheitlichen Vorgehensweise. Am häufigsten wird medizinische Hilfe in Dänemark in Anspruch genommen (62 %), gefolgt von Deutschland (57 %), Spanien (52 %), Italien (51 %) und Polen (39 %) (Olsen et al. 1996: 98). Der hohe Wert für Dänemark ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass dort die Kostenübernahme sehr großzügig geregelt ist (vgl. Kapitel 2.2.3). Auch in anderen skandinavischen Ländern ist die Prävalenz der Nutzung medizinischer Hilfe relativ hoch (Terävä et al. 2008: 63; Wulff et al. 1997: 675). Zuletzt soll noch auf zwei amerikanische Studien eingegangen werden. White et al. (2006b: 1037) berichten eine Prävalenz der Nutzung medizinischer Hilfe von 40 % für Frauen, die jemals von Infertilität betroffen waren. Eine andere amerikanische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass von allen Frauen, die zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2002 von Infertilität betroffen waren, nur 38 % jemals medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben (Chandra/Stephen 2010: 727). Auch wenn die unterschiedlichen Zähler und Nenner der Prävalenzen den Vergleich schwierig machen, deutet sich doch zumindest an, dass in den USA seltener medizinische Hilfe genutzt wird als in Europa. An anderer Stelle wird für entwickelte Länder auf Basis von zwölf seit 1990 veröffentlichten Studien eine durchschnittliche Prävalenz der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe von 56 % berechnet (Boivin et al. 2007: 1509). Die Spannweite der Werte ist relativ groß, die Prävalenzen in den einzelnen Länderstudien variieren zwischen 42 % und 76 % (ebd.: 1509). Alle oben zitierten Werte, bis auf die der amerikanischen Studien, liegen in diesem Spektrum. Es kann festgehalten werden, dass wahrscheinlich etwa die Hälfte der von Infertilität Betroffenen medizinische Hilfe in irgendeiner Form nutzt. Zudem deutet sich an, dass die Inanspruchnahme in den skandinavischen Ländern etwas höher ausfällt als im Rest Westeuropas, während in den USA tendenziell weniger Betroffene medizinische Hilfe nutzen.

Wie weiter oben bereits erwähnt wurde, liegen einige Studien vor, welche es erlauben, die Inanspruchnahme verschiedener Formen medizinischer Unterstützung zu vergleichen (Buckett/Bentick 1997; Chandra/Stephen 2010; Greil et al. 2013; Helfferich 2001). Diese sind besonders aufschlussreich, weil sie es ermöglichen, die Entwicklung der Nutzung über verschiedene Behandlungsstufen hinweg zu vergleichen. Ein erstes Beratungsgespräch mit dem Frauenarzt und Hausarzt ist ein relativ niedrigschwelliges Angebot. Untersuchungen durchführen zu lassen setzt die Bereitschaft voraus, sich mit den Untersuchungsergebnissen auseinanderzusetzen. Der nächste Schritt wäre, sich für eine medizinische Behandlung zu entscheiden. Dabei können wenig invasive Behandlungen wie die Zyklusbeobachtung und die Gabe von Hormonen zum Einsatz kommen, aber abhängig von der Diagnose auch reproduktionsmedizinische Verfahren wie die In-Vitro-Fertilisation. Ein Vergleich zwischen den Studien wird wiederum dadurch erschwert, dass jeweils verschiedene Abstufungen verwendet werden.

Für Deutschland kann eine Studie zeigen, dass von allen Frauen, die Hilfe suchten, mit 86 % die große Mehrzahl auch medizinische Untersuchungen und Behandlungen durchführen ließen (Helfferich 2001: 315). Fast alle der hilfesuchenden Frauen haben irgendwann einmal einen Gynäkologen aufgesucht und immerhin noch 28 % waren bei einem Spezialisten für Fruchtbarkeit (ebd.: 315). Es ist wahrscheinlich, dass es sich hierbei um Reproduktionsmediziner, also Ärzte in Kinderwunschzentren, handelt.

Einen differenzierteren Eindruck der Selektion hin zu den invasiveren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten vermitteln zwei amerikanische Studien. Anhand der Daten des „National Survey of Family Growth“ für das Jahr 2002 zeigt sich, dass 62 % der Frauen mit

aktueller Prävalenz von Infertilität bislang keine Hilfe in Anspruch genommen haben, 11 % haben sich beraten lassen und erste Untersuchungen durchführen lassen, 18,4 % haben Medikamente zur Herbeiführung eines Eisprungs genommen oder Behandlungen zur Verhinderung von Fehlgeburten durchgeführt und 9 % haben sich reproduktionsmedizinisch behandeln lassen (Chandra/Stephen 2010: 134). Eine andere Studie kommt auf Basis von Daten des „National Survey of Fertility Barriers“ zu sehr ähnlichen Ergebnissen (Greil et al. 2013: 222). Für Deutschland und auch für andere europäische Länder liegen ähnlich differenzierte Untersuchungen nicht vor. Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass einige Betroffene nicht nur einen Frauenarzt oder Allgemeinmediziner aufsuchen, sondern auch einen Spezialisten konsultieren. Die Einnahme von Medikamenten und erste Behandlungen werden noch vergleichsweise oft genannt. Reproduktionsmedizinische Verfahren kommen nur bei einer kleinen Gruppe zum Einsatz. Es ist anzunehmen, dass hier verschiedene Selektionsprozesse relevant sind. Nicht bei allen Paaren wird sich der erste Verdacht auf ein Fruchtbarkeitsproblem bestätigen, das heißt, es ist nach ersten Gesprächen gar nicht notwendig, weitere Untersuchungen oder gar Behandlungen durchzuführen. Möglicherweise muss das Paar nur sein Sexualverhalten etwas ändern. Bei anderen helfen möglicherweise schon einfache Maßnahmen wie die Einnahme von Hormonen. Nur bei schwerwiegenden Fruchtbarkeitsproblemen und wenn zwischenzeitlich noch keine Schwangerschaft eingetreten ist, werden reproduktionsmedizinische Verfahren zum Einsatz kommen. Andererseits ist jedoch zu vermuten, dass auch nicht-medizinische Faktoren eine Rolle spielen. Zum einen bei der Frage, ob überhaupt eine Hinwendung an das medizinische System erfolgt, zum anderen für die Progression zur nächsten Behandlungsstufe. Die wichtigsten dieser Einflussfaktoren werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

3.1.2 Einflussfaktoren auf die Nutzung medizinischer Hilfe

Die Einflussfaktoren lassen sich wie folgt kategorisieren: 1) soziodemografische Merkmale; 2) sozioökonomische Merkmale; 3) Einstellungen. Zu soziodemografischen und sozioökonomischen Charakteristika im Vergleich zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern medizinischer Hilfe liegt eine Vielzahl von Studien aus diversen nationalen Kontexten vor. Die Zahl der Arbeiten, die sich mit Einstellungen beschäftigen, ist im Vergleich dazu sehr überschaubar. Zu den meisten Variablen liegen mehrere Studien aus verschiedenen Ländern vor, mit Ausnahme des Versicherungsstatus, der nur in amerikanischen Untersuchungen behandelt wird.

Soziodemografische Faktoren

In vielen Studien wird der Zusammenhang zwischen dem *Alter der Frau* und der Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung untersucht. Es ist bekannt, dass mit dem Alter der Frau Fruchtbarkeitsprobleme zunehmen, sodass die Wahrscheinlichkeit, von Infertilität betroffen zu sein, ansteigt (siehe Kapitel 2.2.2). Ein vergleichbares Muster ergibt sich auch länderübergreifend bei der Nutzung medizinischer Hilfe. Bivariate Vergleiche zeigen, dass ältere Frauen – ab circa 30 Jahren – häufiger Nutzer sind als jüngere Frauen (Bunting/Boivin 2007: 1664; Bushnik et al. 2012: 6; Greil/McQuillan 2004: 312; Malin et al. 2001: 125; Schmidt et al. 1995: 980). Verschiedene multivariate Analysen, die für andere soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Personen kontrollieren, bestätigen diesen Zusammenhang (Bitler/Schmidt 2006: 862; Chandra/Stephen 2010: 729; Kalmuss 1987: 581; Staniec/Webb 2007: 980; Terävä et al. 2008: 63). Olsen et al. (1998: 18) vergleichen für

Deutschland die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch unter 20-jährige, 20- bis 30-jährige und ab 30-jährige Frauen und stellen deskriptiv fest, dass der Anteil der Nutzer bei den 20- bis 30-jährigen am höchsten ist. In bivariaten logistischen Regressionen ist der Altersvergleich nicht signifikant. Aufgrund der sehr großen Altersgruppen ist der Vergleich allerdings nur bedingt aufschlussreich. Eine stärkere Differenzierung der Altersgruppen wäre wünschenswert, da sich das Fertilitätsverhalten dieser Gruppen unterscheidet.

Für Deutschland sowie für andere europäische Länder liegen keine Studien vor, die den *Migrationshintergrund* berücksichtigen. Die vorliegenden Studien beziehen sich alle auf die USA und weisen auf Unterschiede im Zugang zu medizinischen Angeboten bei Infertilität abhängig von der Ethnie hin. Ausgehend von der jeweiligen Population der von Infertilität Betroffenen suchen Afroamerikaner und Hispanics deutlich seltener Hilfe als Weiße (Bitler/Schmidt 2006: 862; Chandra/Stephen 2010: 728; White et al. 2006b: 1037; Wilcox/Mosher 1993: 125).

Die *Parität*, also die Anzahl bereits vorhandener Kinder, ist eine zentrale Determinante der Inanspruchnahme von Hilfe bei Infertilität, die in der Mehrzahl der vorliegenden Studien berücksichtigt wird. Für die europäischen Länder Deutschland, Dänemark, Italien, Polen und Spanien stellen Olsen et al. (1998: 17) fest, dass Frauen ohne Kinder im Vergleich zu Frauen mit mindestens einem Kind häufiger medizinischen Rat suchen (vgl. Passet-Wittig et al. 2016: 85). Auch für England (Gunnell/Ewings 1994: 31; Templeton et al. 1990: 150), die USA (Staniec/Webb 2007: 980) sowie Kanada (Bushnik et al. 2012: 7) lässt sich dieser Zusammenhang zeigen. Nur wenige Studien berücksichtigen die Parität beider Partner. Eine Analyse von Johnson und Johnson (2009: 439) anhand amerikanischer Daten zeigt weder für die Parität der Frau noch für die des Mannes einen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe. Es wird allerdings nicht zwischen gemeinsamen leiblichen Kindern und Stiefkindern differenziert. Hierzu ist der Autorin nur eine ältere britische Studie bekannt, die das Vorhandensein von Kindern bei beiden Partnern vor Beginn der Partnerschaft berücksichtigt (Kalmuss 1987). Bivariat zeigt sich, dass Paare ohne Kinder am häufigsten medizinische Hilfe suchen, am niedrigsten ist der Anteil der Nutzer, wenn beide Partner schon ein oder mehrere Kinder haben (ebd.: 579). Darüber hinaus scheint es keine Rolle zu spielen, welcher der beiden Partner ein Kind mit in die Beziehung bringt. Mehrere Mechanismen zur Erklärung für den Zusammenhang zwischen der Parität und der Nutzung medizinischer Hilfe sind vorstellbar. Zunächst einmal ist der Kinderwunsch für die Kinderlosen am elementarsten, da sie noch kein Kind haben. Ist bereits ein Kind vorhanden, werden die Paare eher davon ausgehen, in der Lage zu sein, auf natürlichem Wege ein weiteres Kind zu zeugen. Vorstellbar ist auch, dass die Bereitschaft, sich einer potenziell belastenden und kostspieligen Behandlung auszusetzen, geringer ist, wenn es um die Familienerweiterung geht.

Vor dem Hintergrund, dass das Erleben von Infertilität in der Regel Ausdruck eines unerfüllten partnerschaftlichen Kinderwunsches ist, ist es auffällig, wie wenige der vorliegenden Studien auf *Merkmale des Paares* in irgendeiner Form eingehen. Dies wurde an den eben berichteten Befunden zur Parität schon deutlich. Wünschenswert wäre es, mindestens den Ehestand zu berücksichtigen – eine wichtige Determinante generativen Handelns und in manchen Ländern auch für den Zugang zur Kinderwunschbehandlung oder für die Kostenübernahme relevant (siehe Kapitel 2.3.1). In einer deutschen Studie zeigt sich deskriptiv, dass die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe von unverheirateten Frauen seltener genannt wird als von verheirateten Frauen (Helfferich 2001: 316). Eine weitere deutsche Studie, die anhand von zwei Datensätzen eine Population von Infertilität betroffener Frauen und Männer und Kinderwunschpatientinnen und -patienten vergleicht, kommt zu dem Ergebnis, dass Verheiratete unter den Kinderwunschpatienten überrepräsentiert sind

(Passet-Wittig et al. 2016: 85f). Da in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung die Behandlungskosten nur für verheiratete Paare übernimmt, kann dies als Hinweis darauf gedeutet werden, dass Paare, die zumindest einen Teil der Behandlungskosten erstattet bekommen, eher medizinische Angebote nutzen.²⁵ Eine kanadische Studie weicht von der üblichen Vorgehensweise, nur Frauen zu analysieren, ab, indem sie sowohl Frauen als auch Männer in Partnerschaften dazu befragt, ob sie jemals Fertilitätsprobleme hatten und deshalb medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben (Bushnik et al. 2012). Außer dem Partnerschaftsstatus werden allerdings keine partnerschaftsbezogenen Variablen in den Analysen verwendet. Sowohl deskriptiv als auch multivariat zeigt die Studie, dass verheiratete Paare mit höherer Wahrscheinlichkeit medizinische Hilfe in Anspruch nehmen als nicht verheiratete Paare (ebd.: 7). In vier amerikanischen Studien (Chandra/Stephen 2010: 729; Stephen/Chandra 2000: 135; White et al. 2006b: 1037f; Wilcox/Mosher 1993: 124) zeigt sich deskriptiv, dass aktuell beziehungsweise jemals verheiratete Frauen eine im Vergleich zu nie verheirateten Frauen deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe aufweisen. Multivariat zeigt sich bei Chandra und Stephen (2010: 727), Stephen und Chandra (2000: 136) Wilcox und Mosher (1993: 125) ein signifikanter Zusammenhang.

Sozioökonomische Faktoren

Sozioökonomischen Charakteristika wie Bildung, Einkommen und sozioökonomischer Status kommt für die Analyse der Inanspruchnahme von Hilfe eine besondere Bedeutung zu. Mehrere Gründe sind dafür zu nennen. Zum einen unterscheiden sich verschiedene soziale Gruppen häufig in ihrem Timing der Familiengründung. Personen mit niedrigerem Bildungsstand und niedrigerem Status beginnen häufig früher, Personen mit langen Ausbildungszeiten und höherem Status beginnen eher später. Entsprechend ist anzunehmen, dass sie sich auch in ihrem Risiko, von Infertilität betroffen zu sein, und in ihrer Nutzung medizinischer Hilfe unterscheiden. Andererseits gibt es Hinweise darauf, dass Personen unterschiedlicher Statusgruppen unterschiedlich mit Krankheitssymptomen umgehen und seltener Handlungsbedarf ableiten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass den verschiedenen sozialen Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, was besonders in Gesundheitssystemen relevant ist, in denen die Behandlungskosten nicht vollständig von Versicherern oder dem Staat übernommen werden.

Der *Bildungsstand* kann in mehrfacher Hinsicht als relevant betrachtet werden. Teilweise wird er als Proxy für den sozioökonomischen Status einer Person verwendet. Darüber betonen beispielsweise Morris et al. (2011: 18), dass Frauen mit hoher Bildung Fruchtbarkeitsprobleme früher erkennen und auch anders damit umgehen.²⁶ Für Europa sind die Befunde relativ uneinheitlich. Helfferich (2001: 314) zeichnet für Deutschland ein differenziertes Bild, abhängig vom Wohnort in Ost- oder Westdeutschland: Während im Westen eher Frauen der unteren Bildungsgruppen Hilfe in Anspruch nehmen, sind es im Osten häufiger Frauen der höchsten Bildungsgruppe. Erklärungen für diese regionalen Unterschiede werden nicht thematisiert. Diese bedürfen sicherlich der weiteren Untersuchung. Olsen et al. (1996: 17) stellen in bivariaten Analysen für Deutschland, Dänemark und Italien fest, dass der Bildungsstand bei denjenigen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, niedriger ist als bei denjenigen, die keine medizinischen Unterstützungsangebote nutzen.

²⁵ Für weitere Kriterien siehe Kapitel 2.3.1.

²⁶ Vergleiche hierzu auch das in Kapitel 4.3 vorgestellte medizinsoziologische Modell zur Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität.

Für Spanien und Polen zeigt sich der Zusammenhang nicht. Allerdings erweist sich die Bildungsvariable in keinem der länderspezifischen multivariaten Modelle unter Kontrolle von Alter, Parität und beruflichem Status als relevant. Für Dänemark zeigt eine Studie von Schmidt et al. (1995: 980), dass Frauen mit höherer Bildung sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit untersuchen oder behandeln ließen. Möglicherweise lassen sich die Unterschiede dadurch erklären, dass in den beiden dänischen Studien verschiedene Arten medizinischer Hilfe abgefragt wurden. Olsen et al. haben erhoben, ob medizinische oder professionelle Unterstützung genutzt wurde, Schmidt et al. dagegen, ob medizinische Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt wurden. Es wäre vorstellbar, dass zwar mehr Personen mit niedrigem Bildungsstatus professionelle Unterstützung suchen, sich aber seltener untersuchen und behandeln lassen. Auch in Schweden (Wulff et al. 1997: 676) und Finnland (Terävä et al. 2008: 63) zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, bei besser gebildeten Frauen erhöht ist. In beiden Studien wurden eher höherschwellige Hilfsangebote erfasst: bei Wulff et al. Untersuchungen und Behandlungen und bei Terävä et al. Behandlungen. Eine britische Studie betrachtet Untersuchungen und Behandlungen separat, kann aber auf keiner Stufe einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Nutzung von Hilfe nachweisen (Morris et al. 2011: 18).

Für die USA weisen die meisten Studien sowohl deskriptiv als auch multivariat einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und der Wahrscheinlichkeit, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, aus: Von Infertilität betroffene Frauen mit einem niedrigen Bildungsstand wenden sich seltener an das medizinische System (Bitler/Schmidt 2006: 862; Chandra/Stephen 2010: 729; Staniec/Webb 2007: 980; Stephen/Chandra 2000: 136). In einer kanadischen Studie lässt sich in den multivariaten Analysen kein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Nutzung medizinischer Hilfe feststellen (Bushnik et al. 2012: 7). Insgesamt lässt sich auf Basis der vorliegenden Studien kein eindeutiges Bild bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Bildungsstand und der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe zeichnen. Einige Studien stellen fest, dass besser gebildete Frauen häufiger Hilfsangebote nutzen. Für Westdeutschland deutet sich dagegen an, dass Frauen der niedrigeren Bildungsgruppen häufiger in der Gruppe der Hilfesuchenden vertreten sind. Es ist wahrscheinlich, dass sich abhängig von der Art medizinischer Hilfe unterschiedliche Muster zeigen, insbesondere im Vergleich eher niedrigschwelliger Angebote wie dem Fragen nach medizinischem Rat und der Durchführung von Behandlungen.

Als nächstes werden zwei Indikatoren für die sozioökonomische Situation hinsichtlich ihres Einflusses auf die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe betrachtet: das Haushaltseinkommen und der sozioökonomische Status. Interessanterweise werden in amerikanischen Studien fast ausschließlich Einkommensvariablen verwendet und in den europäischen Studien der sozioökonomische Status. Die Ergebnisse zum *Haushaltseinkommen* für die amerikanischen Studien lassen sich kurz zusammenfassen: Mit dem Einkommen steigt auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei Fertilitätsproblemen (Chandra/Stephen 2010: 729; Greil/McQuillan 2004: 313; Kalmuss 1987: 579; Stephen/Chandra 2000: 136; White et al. 2006a: 1036; Wilcox/Mosher 1993: 126; für Kanada Bushnik et al. 2012: 6). Der Zusammenhang zeigt sich in der Regel sowohl in bivariaten als auch in multivariaten Analysen.

Der *sozioökonomische Status* wird in den europäischen Klassifikationen meist über eine Berufsklassifikation operationalisiert. Die europäischen Studien kommen zu keinem eindeutigen Ergebnis, allerdings ist zu beachten, dass sich die Regelungen zur Kostenübernahme zwischen den Ländern teilweise deutlich unterscheiden. Während in Deutschland alle gesetzlich versicherten Paare mindestens die Hälfte der Behandlungskosten selbst tragen müssen, werden die Kosten beispielsweise in Dänemark vollständig übernommen. Eine

deutsche Untersuchung vergleicht eine Population von Frauen und Männern in Kinderwunschbehandlung mit einer Population von Infertilität Betroffener in der Allgemeinbevölkerung. Für den sozioökonomischen Status stellen sie fest, dass dieser im Mittel bei den Kinderwunschpatienten nur leicht erhöht ist (Passet-Wittig et al. 2016). Für Deutschland interessant sind auch die deskriptiven Befunde einer nicht-repräsentativen Befragung von Frauen, die ein Kinderwunschzentrum aufgesucht hatten, sich dann aber gegen eine Behandlung entschieden haben. Sie deuten auf die besondere Bedeutung der finanziellen Situation für deutsche Paare hin. In einer offenen Frage zu den Gründen für das Nichtantreten einer Behandlung wurden mit Abstand am häufigsten finanzielle Gründe genannt (Wilke et al. 2008: 152). Andere Mikroanalysen, die Nutzer und Nicht-Nutzer medizinischer Hilfe vergleichen, liegen nach Kenntnis der Autorin für Deutschland nicht vor. Während ältere britische Studien zeigen, dass bei Frauen mit höherem Status auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe höher ist (Gunnell/Ewings 1994: 32; Templeton et al. 1990: 150), können neuere Arbeiten diesen Zusammenhang nicht nachweisen (Buckett/Bentick 1997: 236; Morris et al. 2011: 19). Auch in einer dänischen Studie zeigt sich, dass mit dem Status auch die Wahrscheinlichkeit der Nutzung steigt, allerdings ist der Zusammenhang knapp nicht statistisch signifikant (Schmidt et al. 1995: 980). Eine schwedische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen mit niedrigem im Vergleich zu Frauen mit mittlerem sozioökonomischem Status eine reduzierte Wahrscheinlichkeit haben, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Wulff et al. 1997: 676).

Zuletzt soll in diesem Abschnitt noch auf den *Versicherungsstatus* als sozioökonomischen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe eingegangen werden, auch wenn hierzu nur für die USA Studien vorliegen. Dabei ist der Versicherungsstatus grundsätzlich auch für Länder wie Deutschland von Interesse, weil die Kostenübernahme unterschiedlich geregelt ist, abhängig davon, ob die Paare gesetzlich oder privat versichert sind. Gesetzlich Versicherte müssen in jedem Fall von einer eigenen Beteiligung an den Kosten ausgehen, während privat Versicherte gute Chancen auf eine vollständige Kostenübernahme haben (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2.3.1). Kennzeichnend für die USA ist, dass es keine staatliche Gesundheitsfürsorge für alle und keine allgemeine Krankenversicherungspflicht gibt. Nur in fünfzehn Bundesstaaten sind die privaten Krankenversicherer dazu verpflichtet, mindestens einen Teil der Kosten für die Kinderwunschbehandlung zu übernehmen. Davon profitiert lediglich ein Teil der im privaten Sektor angestellten amerikanischen Arbeitnehmer (Bitler/Schmidt 2012: 147). Studien auf der Mikroebene zeigen unter Kontrolle zentraler demografischer Merkmale wie Alter, Bildung und Ethnie einen positiven Einfluss des Vorhandenseins einer privaten Versicherung auf die Wahrscheinlichkeit eigener Behandlungserfahrungen (Chandra/Stephen 2010: 729; Staniec/Webb 2007: 980). Andererseits zeigt sich, dass die soziale Ungleichheit in den Bundesstaaten, in denen private Krankenversicherer die Kosten ganz oder teilweise übernehmen, nicht unbedingt abnimmt (Bitler/Schmidt 2006: 862, 2012: 139; Jain/Hornstein 2005: 222). Das zeigt sich daran, dass sich beispielsweise Unterschiede zwischen Ethnien und Zusammenhänge mit dem Haushaltseinkommen zwar reduzieren, aber nicht verschwinden. Dies liegt auch daran, dass gut ausgebildete Frauen, die Gruppe, die in den USA die höchste Wahrscheinlichkeit aufweist, in der Gruppe der Nutzer zu sein, im Gegensatz zu anderen sozialen Gruppen auch am ehesten eine private Krankenversicherung haben und entsprechend von den Regelungen profitieren (Bitler/Schmidt 2012: 147).

Einstellungen

Einstellungen stellen die dritte Gruppe von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe dar. In den vorliegenden Studien werden sehr unterschiedliche Variab-

len betrachtet. Diese lassen sich drei Kategorien zuordnen: 1) Aspekte des Kinderwunsches und Vorstellungen von Familie; 2) das soziale Umfeld; 3) Einstellungen zu Infertilität und zur Kinderwunschbehandlung. In den meisten medizinisch-epidemiologischen Studien zur Nutzung medizinischer Hilfe, der Großteil der bislang zitierten, werden entsprechende Indikatoren gar nicht berücksichtigt. Eine wichtige Datenbasis für die Untersuchung von Einstellungen stellt das amerikanische „National Survey of Fertility Barriers“ (NSFB) dar, das die Grundlage für viele der nachfolgend vorgestellten Befunde darstellt. Ein Nachteil dieser Erhebung besteht darin, dass die Infertilitätsereignisse retrospektiv erhoben wurden, die Einstellungsvariablen jedoch zum Interviewzeitpunkt gemessen wurden. Kausalität lässt sich somit zwischen den Einstellungen und der Nutzung kaum herstellen.

Eine wichtige Kategorie stellen Aspekte des Kinderwunsches und die damit in Zusammenhang stehenden Vorstellungen von Familie dar. Zunächst wird auf den Kinderwunsch und daran anschließend auf die Vorstellungen von Familie eingegangen. Einige Studien, welche entsprechend der medizinisch-klinischen Definition Personen als infertil klassifizieren, wenn sie mehr als zwölf Monate unverhüteten Geschlechtsverkehr hatten, untersuchen, ob das Vorhandensein eines *Kinderwunsches* die Wahrscheinlichkeit, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, erhöht. Wenig überraschend stellen diese Studien fest, dass Personen beziehungsweise Paare, die in der Phase unverhüteten Geschlechtsverkehrs einen Kinderwunsch hatten, häufiger Nutzer medizinischer Hilfe sind. Dies zeigt sich deskriptiv auch in einer deutschen Studie (Helfferich 2001: 316) und multivariat in mehreren amerikanischen Studien anhand des NSFB (Greil et al. 2010a: 738; Greil et al. 2011a: 504, 2013: 231; Johnson/Johnson 2009: 439; White et al. 2006b: 1038). In einer älteren amerikanischen Studie zeigt sich deskriptiv, dass Nutzer medizinischer Hilfe häufiger einen Kinderwunsch angeben (Kalmuss 1987: 581). Multivariat ist der Zusammenhang allerdings nicht signifikant. Eine Erklärung für den fehlenden multivariaten Zusammenhang ist wahrscheinlich, dass der Kinderwunsch zum Zeitpunkt der Befragung gemessen wurde, die Infertilitätsereignisse aber in der Vergangenheit liegen.

Ein wichtiger Aspekt des Kinderwunsches ist, ob eine *leibliche Elternschaft* gewünscht wird. Abhängig von der Wichtigkeit, die einer biologischen Verbundenheit und dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt beigemessen wird, sollten Alternativen zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung in Frage kommen oder nicht (Miller et al. 2008: 11). Nave-Herz et al. (1996: 81f) haben im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Reproduktionsmedizin aus soziologischer Perspektive IVF-Patientinnen gefragt, ob eine Adoption für sie vorstellbar ist. Für ein Drittel der Frauen kommt nur die Kinderwunschbehandlung in Frage, ein weiteres Drittel ist noch unentschieden und 26 % haben einen Antrag für eine Adoption gestellt oder planen dies. Für eine relevante Teilgruppe von Infertilität betroffener Frauen bestehen damit keine Alternativen zur leiblichen Elternschaft, andererseits ist eine soziale Elternschaft über eine Adoption für überraschend viele Frauen nicht grundsätzlich ausgeschlossen beziehungsweise durchaus vorstellbar. Dies ist bemerkenswert, da sich viele der befragten Frauen zum Befragungszeitpunkt in Behandlung befanden (ebd.: 43). Aufschlussreich sind deshalb für Deutschland auch die Ergebnisse von Bruckert (1991) aus einer für Westdeutschland repräsentativen Befragung von ungewollt kinderlosen und verheirateten Frauen und Männern. Sie deuten darauf hin, dass für Männer die leibliche Elternschaft noch wichtiger ist als für Frauen, was daran deutlich wird, dass sie eine Adoption stärker ablehnen (ebd.: 249). In einer niederländischen Befragung geben von Infertilität betroffene Frauen als Argument gegen eine Adoption auch das Fehlen einer genetischen Verbindung an (van Balen et al. 1997: 23).

Weiterhin gibt es deutliche Hinweise darauf, dass auch Vorstellungen darüber, wie sich Personen eine Familie und die Rollenverteilung in dieser vorstellen, wichtig für die eigene

Identität sind. Als Indikator für allgemeine Vorstellungen von Familie können die *Geschlechterrollenvorstellungen* verstanden werden. Hierzu liegen Ergebnisse aus zwei deutschen Studien vor. Nave-Herz et al. (1996: 79-81) haben eine qualitative und quantitative Befragung von IVF-Patientinnen durchgeführt und festgestellt, dass diese im Falle einer erfolgreichen Behandlung in den ersten drei Jahren nicht berufstätig sein wollen und damit eine relativ traditionelle Vorstellung von Mutterschaft aufweisen. In einer ergänzenden Auswertung der qualitativen Interviews stellt Onnen-Isemann (1996: 264-267) bei einer Teilgruppe der Kinderwunschpatientinnen, die sie die „Verzögerinnen“ nennt, einen Konflikt von Rollenorientierungen fest: Die Frauen haben zunächst kindorientiert geheiratet, dann aber den Kinderwunsch aufgrund ihrer Erwerbsorientierung zunächst aufgeschoben. Eine weitere Gruppe von Frauen, die „Nicht-Verzögerinnen“, hat nach der Eheschließung sofort mit der Umsetzung des Kinderwunsches begonnen. Interessant ist nun, dass Frauen aus beiden Gruppen Mutterschaft und Erwerbstätigkeit nicht als kompatibel erachten und, wie bereits erwähnt, in den ersten drei Jahren nach der Geburt zu Hause bleiben wollen. Im Zeitverlauf kommt es bei den „Verzögerinnen“ also zu einer Traditionalisierung (ebd.: 267). Auf die Bedeutung von Geschlechterrollenvorstellungen verweist auch eine Studie von Miller et al. (2008). In einem Vergleich der Kinderwunschnotive von Frauen und Männern in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung mit Kinderwunschpatientinnen und -patienten, jeweils verheiratet und kinderlos, stellen sie zunächst einmal fest, dass positive Kinderwunschnotive bei den Kinderwunschpatienten beider Geschlechter stärker ausgeprägt sind als in der Allgemeinbevölkerung (ebd.: 26). Die Gruppenunterschiede in einer Skala zu positiven Kinderwunschnotiven sind besonders stark durch die Subskala „Traditionelle Elternschaftsmotive“ beeinflusst (ebd.: 23).

In einer Reihe von quantitativen Untersuchungen zu den Determinanten der Nutzung medizinischer Hilfe wurde eine Skala zur „*Bedeutung von Elternschaft*“ berücksichtigt, die versucht abzubilden, wie wichtig eine Elternschaft für die Identität ist (Greil et al. 2010a; Greil et al. 2011a; Johnson/Johnson 2009; White et al. 2006b). Auch Befunde zu diesem Indikator können als Hinweis auf die Bedeutung traditioneller Rollenvorstellungen gedeutet werden, weil in traditionellen Rollenvorstellungen der eigenen Familie und der Versorgung von Kindern eine wichtige Bedeutung zukommt. Alle Studien verwenden in leichter Variation denselben Indikator und alle bis auf die Studie von White et al. basieren auf den Daten des amerikanischen „National Survey of Fertility Barriers“. Während White et al. (2006b: 1038) in ihren multivariaten Analysen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Nutzung medizinischer Hilfe feststellen, zeigen die anderen Studien, dass mit der Bedeutung, die der Elternschaft für die eigene Identität beigemessen wird, auch die Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe steigt (Greil et al. 2010a: 738; Greil et al. 2011a: 502). Besonders erwähnenswert ist die Studie von Johnson und Johnson (2009), da sie die Paarinteraktion in dieser Einstellungsvariable untersucht haben. In einem ersten Modell wurde ein allgemeiner Indikator für die Nutzung medizinischer Hilfe verwendet, der die Nutzung verschiedener Arten von Hilfe zusammenfasst. In diesem Modell hatte der Paarindikator für die Bedeutung von Elternschaft keinen Einfluss (ebd.: 437). In einem zweiten Modell wurden nur Nutzer medizinischer Hilfe untersucht und differenziert, ob nur mit einem Arzt gesprochen wurde oder ob auch Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt wurden. Hier zeigte sich, dass eine höhere Zustimmung des Paares mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Untersuchungen und Behandlungen einhergeht (ebd.: 438). Zusätzlich konnten sie zeigen, dass, je ähnlicher die Bedeutung von Elternschaft von den Partnern bewertet wurde, desto eher befand sich das Paar in der Gruppe derjenigen, die nicht nur mit einem Arzt gesprochen, sondern sich auch untersuchen und behandeln ließen (ebd.: 438). Ob die Frau oder der Mann die Bedeutung höher bewerteten, erwies sich nicht

als relevant. Die Autoren schließen daraus, dass Einstellungen der männlichen Partner besonders relevant werden, wenn es nicht nur um die Kontaktaufnahme mit einem Arzt geht, sondern um die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe (ebd.: 441). Da Frauen häufig mehr Kontakt zu Fachärzten für Gynäkologie haben, ist dies plausibel, für andere Einstellungsindikatoren stehen entsprechende Analysen jedoch noch aus.

Als nächstes soll darauf eingegangen werden, welchen Einfluss das soziale Umfeld auf die Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe hat. Es werden zwei Aspekte beleuchtet, zu denen Untersuchungen vorliegen: soziale Unterstützung und sozialer Druck. Zunächst wird auf *sozialen Druck* eingegangen. Befunde verschiedener Studien deuten darauf hin, dass Nutzer medizinischer Hilfe stärkeren sozialen Druck wahrnehmen als Nicht-Nutzer. Bruckert (1991: 247) verweist darauf, dass der Wunsch nach Enkelkindern durch Eltern und Schwiegereltern von deutschen verheirateten und kinderlosen Frauen als belastend empfunden wird.²⁷ Greil et al. (2013) haben sozialen Druck über mehrere Indikatoren gemessen: zum einen über die Wichtigkeit von Kindern für die eigenen Eltern sowie über eine Frage dazu, wie viele Personen im sozialen Nahumfeld (Verwandtschaft und Freunde) Kinder haben. Ihre Analysen anhand der Daten des amerikanischen „National Surveys of Fertility Barriers“ zeigen überraschenderweise, dass der Wunsch der eigenen Eltern nach Enkelkindern die Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe verringert, die Wahrnehmung, dass fast alle im sozialen Nahumfeld Kinder haben, steht dagegen in keinem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (ebd.: 228f). In einer anderen Studie anhand des gleichen Datensatzes zeigt sich differenziert nach verschiedenen Behandlungsstufen, dass Kinder im sozialen Nahumfeld keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches und erster Untersuchungen haben, aber die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung erhöhen (Greil et al. 2011a: 502). Bunting und Boivin (2007: 1665) stellen anhand ihrer Analysen fest, dass von Infertilität betroffene Frauen aus verschiedenen englischsprachigen Ländern, die keine medizinische Unterstützung in Anspruch genommen haben, weniger sozialen Druck wahrnehmen als Frauen, die bereits Hilfe gesucht haben. Desgleichen liegen für *soziale Unterstützung* differenzierte Analysen vor, die auf den Einfluss des sozialen Umfeldes für die Entscheidung zur Nutzung medizinischer Hilfe hindeuten. Die Differenzierung nach allgemeiner sozialer Unterstützung und konkreter Ermutigung durch die Familie erweist sich dabei als relevant. Die Analysen von Greil et al. (2013: 230) zeigen, dass Ersteres keinen Einfluss auf die Nutzung medizinischer Hilfe hat, während Letzteres die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht. Auch eine differenzierte Analyse für verschiedene Behandlungsstufen ergibt, dass die Ermutigung durch die Familie auf allen Stufen relevant ist (Greil et al. 2011a: 502).

Eine weitere Gruppe von Einflussfaktoren auf die Nutzung medizinischer Hilfe bilden *Einstellungen zu Infertilität und zur Kinderwunschbehandlung*. Dazu lassen sich die Wahrnehmung einer Stigmatisierung von Infertilität, ethische Bedenken gegenüber der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung und weitere Ängste und Bedenken zählen. Zwei amerikanische Studien zeigen, dass die Wahrnehmung von Stigma in Bezug auf Infertilität die Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe erhöht (Greil et al. 2011a: 502, 2013: 230). Hinweise darauf, dass von deutschen Paaren Infertilität und die Nutzung medizinischer Hilfe als stigmatisiert wahrgenommen werden, ergeben sich auch aus einer qualitativen Untersuchung von Voß et al. (1994: 100f), die feststellen, dass die Mehrzahl der Paare entsprechende Probleme gegenüber ihrem sozialen Umfeld verschweigt. Dies deutet sich auch in der Befragung von Kinderwunschpatientinnen von Nave-

²⁷ Im Text findet sich kein Verweis darauf, wie dies genau abgefragt wurde und es werden auch keine Anteilswerte ausgewiesen.

Herz et al. (1996: 104) an: 32 % der Frauen sprechen mit niemandem außer ihrem Partner und Ärzten. Zu bedenken ist jedoch, dass es sich bei den beiden deutschen Studien um nicht-repräsentative und zudem lange zurückliegende Untersuchungen handelt. Neuere Studien zur Stigmatisierung von Infertilität und der Reproduktionsmedizin sind der Autorin nicht bekannt. Ethische Bedenken gegenüber der Kinderwunschbehandlung verringern dagegen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (Greil et al. 2011a: 502). Mit grundsätzlichen Ängsten und Bedenken hinsichtlich medizinischer Untersuchungen und Behandlungen haben sich van Balen und Verdurmen (1999) beschäftigt. Sie haben über eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in den Niederlanden von Infertilität betroffene Frauen identifiziert und diese dann ausführlicher befragt. Sie stellen fest, dass Frauen, die eine medizinische Behandlung nur in Betracht gezogen haben, im Vergleich zu denjenigen, die sich für eine Behandlung entschieden haben, besonders ausgeprägte Bedenken und Ängste gegenüber medizinischen Behandlungen aufweisen (ebd.: 932).²⁸

3.2 Die zeitliche Dimension der Entscheidung für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

3.2.1 Dauer des Gesamtprozesses

Dieser Abschnitt beschäftigt sich, anders als das vorherige Kapitel, vor allem mit den Nutzern medizinischer Hilfe. Es werden Befunde dazu vorgestellt, wie lange es dauert, bis Paare medizinische Hilfe suchen und was diese Dauer beeinflusst. Hinweise darauf ergeben sich aus der Dauer des bislang unerfüllten Kinderwunsches. Die Erfassung der Dauer des unverhüteten Geschlechtsverkehrs ist Teil der Diagnostik, wenn Frauen beziehungsweise Paare sich wegen eines unerfüllten Kinderwunsches an einen Arzt wenden. Diese Information wird in Kinderwunschzentren standardmäßig von allen Kinderwunschpatienten vor Behandlungsbeginn erhoben und ist Teil des jährlichen Berichts der Kinderwunschzentren an das Deutsche IVF-Register (DIR). Im aktuellsten Jahrbuch des DIR für das Jahr 2013 wird eine durchschnittliche Dauer des Kinderwunsches bis zur ersten Behandlung für IVF- und ICSI-Behandlungen von 3,7 Jahren ausgewiesen. Auffällig ist, dass sich die Dauer innerhalb der letzten 16 Jahre, also zwischen 1997 und 2013, um etwa 1,7 Jahre verkürzt hat, der Trend ist fast linear (DIR 2014: 29). Es gibt also einen Trend dahingehend, sich schneller an die Reproduktionsmedizin zu wenden. Leider werden im Jahrbuch des DIR keine soziodemografischen Differenzierungen der Dauer des unerfüllten Kinderwunsches ausgewiesen.

In einer italienischen Studie wurde der zeitliche Verlauf vom Beginn des ungeschützten Geschlechtsverkehrs bis hin zum ersten Besuch in einer Infertilitätsklinik untersucht. Befragt wurden Paare, die 2009/10 eine von elf teilnehmenden Kliniken aufgesucht hatten. Sie stellten fest, dass die Mediandauer vom Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs bis zum ersten Arztbesuch wegen des unerfüllten Kinderwunsches bei 13 Monaten lag und weitere 9,5 Monate bis zum Termin in einer spezialisierten Klinik vergingen (Costa et al. 2013: 56). Weiterhin stellten sie einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Frau und der Dauer der ersten sowie der zweiten Phase fest: Paare, in denen die Frau mehr als 14 Jahre im Bildungssystem verbracht hat, haben eine kürzere Dauer als

²⁸ Die Bedenken und Ängste bezüglich medizinischer Behandlungen werden anhand eines eigenen Indices erfasst, dem „general medical anxiety-index“ (Balen/Verdurmen 1999).

solche, mit kürzerer Verweildauer der Frau im Bildungssystem. In der zweiten Phase sind auf dem 10 %-Signifikanzniveau auch das Alter der Frau und das des Mannes relevant. Im Vergleich nach dem Alter der Frau zeigt sich, dass die Mediandauer bis zur Konsultation einer Spezialklinik von den unter 33-jährigen bis zu den 36- bis 38-jährigen Frauen ansteigt und lediglich bei den über 38-jährigen Frauen wieder etwas kürzer ist. Bei den Männern werden nur unter 38-jährige und ab 38-jährige Männer verglichen, wobei sich im Kontrast zu den Frauen zeigt, dass die älteren Männer eine längere Mediandauer aufweisen. Insgesamt deuten diese Altersbefunde darauf hin, dass es bei den über dreißigjährigen Paaren keinen eindeutigen Trend dahingehend gibt, dass ältere Paare sich schneller an die Reproduktionsmedizin wenden.

Interessant ist in dieser Hinsicht auch eine Studie von Domar et al. (2012). In einer nicht-repräsentativen Online-Befragung von Frauen in Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien wurden Frauen identifiziert, die aktuell oder in den vergangenen zwei Jahren in Kinderwunschbehandlung waren oder die Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines Kinderwunsches hatten, ohne sich behandeln zu lassen. Die befragten Frauen haben im Durchschnitt etwas länger als ein Jahr gewartet, bis sie sich an einen Arzt gewendet haben und weitere 11 Monate, bis sie mit der Behandlung begannen (ebd.: 1077). Insgesamt vergingen also etwa zwei Jahre zwischen dem Beginn unverhüteten Geschlechtsverkehrs bis zum Behandlungsbeginn. Auffällig war dabei, dass Frauen ab 35 Jahren besonders spät medizinische Hilfe suchten (ebd.: 1078). Insgesamt sind die Befunde zum Alter nicht eindeutig und bedürfen der weiteren Untersuchung.

In einer anderen Studie wurden in einer Befragung von amerikanischen Frauen, die gerade ein Kind bekommen hatten, Nutzerinnen medizinischer Hilfe identifiziert. Die Frauen wurden in frühe Nutzer medizinischer Hilfe (≤ 12 Monate unverhüteter Geschlechtsverkehr) und spätere Nutzer medizinischer Hilfe (> 12 Monate unverhüteter Geschlechtsverkehr) unterteilt und es wurde untersucht, ob Merkmale der Frauen mit einer früheren im Vergleich zur späteren Nutzung assoziiert sind. Es zeigte sich, dass Mütter früher medizinische Hilfe in Anspruch nahmen als Kinderlose und dass frühe Nutzer ein höheres Einkommen aufwiesen als spätere Nutzer, während sich Bildungstand, Ehestatus und Versicherungsstatus als nicht relevant erwiesen (Sanders et al. 2014: 261). Eine zusätzliche Analyse mit ausschließlich kinderlosen Frauen zeigte, dass sich verheiratete Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit in der Gruppe der frühen Nutzer befanden (ebd.: 261).

Weitere Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen und der Dauer des unerfüllten Kinderwunsches ergeben sich aus einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 2003, in der die Dauer des unerfüllten Kinderwunsches von Patientinnen einer Infertilitätsklinik unterschiedlicher ethnischer Herkunft verglichen wurde. Dieser Studie zufolge wendeten sich afroamerikanische Frauen im Vergleich zu weißen Frauen deutlich später an eine Klinik (Jain 2006: 880). Da die afroamerikanischen Frauen auch einen niedrigeren Bildungsstand und ein geringeres Haushaltseinkommen aufweisen, handelt es sich hierbei möglicherweise um einen Effekt der schlechteren ökonomischen Situation. Andererseits diskutieren die Autoren auch andere Erklärungsansätze, die sich darauf beziehen, dass die Paare möglicherweise über biologische Prozesse schlechter aufgeklärt sind, kulturelle Vorbehalte gegenüber der Kinderwunschbehandlung bestehen oder dass ethnische Diskriminierung vorliegt (ebd.: 880).

3.2.2 *Der partnerschaftliche Entscheidungsprozess*

Als nächstes wird auf qualitative Studien eingegangen, die sich mit der Entscheidung als Prozess auseinandersetzen. Die Studien leisten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis

der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe, weil sie, anders als die Mehrzahl der vorliegenden quantitativen Arbeiten, die Entscheidung als eine des Paares konzeptualisieren, Dynamiken der Paarinteraktion beleuchten und verschiedene Entscheidungsphasen unterscheiden.

Ausgangspunkt jeglicher Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin ist die Infertilitätserfahrung. In Kapitel 2.2.1 wurde in der Diskussion der Definition von Infertilität herausgearbeitet, was Infertilität auszeichnet. Ein zentraler Aspekt ist die Relativität von Infertilität, die zudem nur durch ein Nicht-Ereignis, das Ausbleiben einer Schwangerschaft, signalisiert wird. Dies macht den Umgang mit der Infertilität und das Ableiten von Handlungsbedarf schwierig (Sandelowski et al. 1989: 222; Zeiler 2007: 279f). Mit der Infertilitätserfahrung und der sozialen Konstruktion von Infertilität im Partnerschaftskontext setzen sich unter anderem Greil et al. (1988) auseinander. Sie haben dafür in den USA qualitative Interviews mit von Infertilität betroffenen verheirateten Paaren durchgeführt. Grundsätzlich verstehen sie Infertilität und den Umgang damit als Paarproblem, wobei sie die Selbstdefinition als infertil als das Resultat eines dialektischen Prozesses betrachten, in dem die Partner auf körperliche Symptome von Infertilität reagieren, diese interpretieren und ihnen dadurch Sinn geben (ebd.: 174). Die Ergebnisse deuten auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Infertilität hin. Bei den betrachteten Paaren war es in der Regel die Frau, die zuerst ein Problem wahrgenommen, in der Partnerschaft thematisiert und mit einem Arzt darüber gesprochen hat (ebd.: 177f). Ein Grund dafür könnte darin bestehen, dass die Frauen in der Untersuchung die Infertilität häufiger als belastend wahrnehmen als die Männer (ebd.: 180). Sie tendieren auch stärker dazu, die Infertilität als ihr Problem zu betrachten und dies unabhängig davon, ob die Ursache der Fruchtbarkeitsstörung bei ihnen selbst oder beim Partner liegt (ebd.: 183; siehe auch Lorber/Bandlamudi 1993). Sowohl Greil et al. als auch andere können keine nachhaltige Belastung der Partnerschaft feststellen, vielmehr bringt der gemeinsame Umgang mit der Infertilität die Partner einander sogar näher (siehe u. a. Greil et al. 1988; Peterson et al. 2011; Schmidt et al. 2005).

Mit dem partnerschaftlichen Entscheidungsprozess für die Nutzung medizinischer Hilfe haben sich Sol Olafsdottir und Kollegen (2012) umfassend auseinandergesetzt. Die Basis dafür bilden qualitative retrospektive Interviews mit Paaren aus Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden, die Kontakt zu Kinderwunschkliniken aufgenommen hatten. Wie auch Greil und Kollegen stellen sie fest, dass die Männer die finale Entscheidung, eine Fertilitätsklinik zu kontaktieren, häufig der Partnerin überlassen (ebd.: 185). Als Argument dafür wird genannt, dass die Frau die Hauptbelastung der Behandlung trägt. Dies ist interessant, weil die beiden Arbeiten zum einen in großem zeitlichem Abstand und zum anderen in ganz verschiedenen nationalen und kulturellen Kontexten entstanden sind. Es ist davon auszugehen, dass im Amerika der 1980er Jahre die geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen wesentlich traditioneller waren als im Skandinavien der 2000er Jahre.

Olafsdottir et al. identifizieren drei zentrale Entscheidungen, welche die Paare im Rahmen eines komplexen Entscheidungsprozesses treffen müssen (ebd.: 84). Die erste Entscheidung bezieht sich darauf, dass das Paar einen Konsens darüber erzielen muss, dass ein gemeinsames Problem besteht. In einem nächsten Schritt steht die Beschaffung von Informationen im Vordergrund, um in einem dritten Schritt dann „in Aktion zu treten“ und eine Kinderwunschklinik zu kontaktieren. Dieser Prozess benötigt Zeit, da die Paare in einen Aushandlungsprozess eintreten, der von den Autoren mit „negotiation and renegotiation“ beschrieben wird und der durchaus asymmetrisch sein kann. Auch Sandelowski et al. (1989: 222) beschreiben den Prozess, in den die Paare eintreten, wenn sie ein Problem bei der Umsetzung des Kinderwunsches feststellen, als rekursiv und zeitintensiv. Sie betonen

jedoch noch eine andere Dimension des Prozesses, und zwar, dass dieser auch kapitalintensiv ist, womit sie nicht nur die finanziellen Ressourcen meinen, die zur Finanzierung von Behandlungen und Adoptionsverfahren notwendig sind, sondern auch den Bedarf an Zeit sowie die körperlichen und psychischen Anforderungen (ebd.: 223). Das zentrale Ziel dieses Prozesses besteht darin, ein Kind zu bekommen und die Paare wollen im Rückblick nicht bereuen, eine Möglichkeit ausgelassen zu haben, um dieses Ziel zu erreichen.

Abschließend soll in diesem Abschnitt noch auf eine deutsche qualitative Untersuchung von Ullrich (2012) eingegangen werden, die als Teil einer umfassenden ethnographischen Fallstudie leitfaden-gestützte Interviews mit mehreren Paaren in Kinderwunschbehandlung durchgeführt hat. In ihrer Beschreibung der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe betont sie die Paarinteraktion. Die Entscheidung wird als „[...] Prozess des Probierens, Hoffens und Abwartens und der Abwägungen in der Paarbeziehung“ beschrieben (ebd.: 132). In Bezug auf die Relevanz von Einstellungen für die Entscheidung ist die Beobachtung von Ullrich von Interesse, dass Vorbehalte und Ängste gegenüber der Reproduktionsmedizin die Paare mit der Entscheidung zögern lassen (ebd.: 132). Weiterhin stellt sie fest, dass die Behandlungskosten bei der Entscheidung durchaus eine Rolle spielen. Die Paare informierten sich hierzu bereits, bevor sie ein Kinderwunschzentrum aufsuchten, die Aufklärung über die Kosten im Erstgespräch im Kinderwunschzentrum änderten an ihrer Entscheidung für eine Behandlung in der Regel nichts mehr (ebd.: 136f). Dies bestätigt, was Sol Olafsson et al. (2012) für skandinavische Paare festgestellt haben, und zwar, dass der Informationsbeschaffung im Rahmen der Entscheidung eine wichtige Bedeutung zukommt.

3.3 Zusammenfassung und Forschungsdefizite

In den vorausgehenden Abschnitten wurde der internationale Stand der Forschung zu den Forschungsfragen dieser Arbeit vorgestellt. Eine Begrenzung des Forschungsstandes auf Deutschland, welches im Fokus des Interesses steht, erschien aus zwei Gründen nicht zielführend. Zum einen, weil es relativ wenig Forschung zur Nutzung medizinischer Hilfe/der Reproduktionsmedizin durch Personen mit unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland gibt. Zum anderen, weil Befunde aus anderen Ländern, auch wenn sie aufgrund unterschiedlicher institutioneller und kultureller Rahmenbedingungen des Handelns nicht direkt übertragbar sind, doch aufschlussreich sind hinsichtlich potenziell relevanter Determinanten der Nutzung. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und Defizite der bisherigen Forschung benannt. Dieses Kapitel stellt somit eine wichtige Voraussetzung für die Zuspitzung der empirischen Forschungsfragen dar und wird die Generierung der forschungsleitenden Hypothesen informieren (siehe Kapitel 5).

Trotz aller methodischer Probleme, die sich durch uneinheitliche Definitionen von Infertilität und der Nutzung medizinischer Hilfe in den vorliegenden Arbeiten ergeben, kann angenommen werden, dass etwa die Hälfte der von Infertilität betroffenen Frauen medizinische Hilfsangebote in Anspruch nimmt (Boivin et al. 2007). Über verschiedene Behandlungsstufen hinweg deutet sich eine Selektion an, sowohl zahlenmäßig als auch hinsichtlich der Merkmale der Frauen oder Paare. Während noch relativ viele Paare erste Untersuchungen und (wenig invasive) Behandlungen durchführen lassen, geht nur eine relativ kleine Gruppe den Weg bis zur Reproduktionsmedizin. Es ist entsprechend davon auszugehen, dass es sich bei den Nutzern der Reproduktionsmedizin um eine spezifische Gruppe handelt. Die Selektion ist zum einen biologisch bedingt, es deutet sich jedoch auch

eine soziale Selektion an (siehe u. a. Greil et al. 2013; Johnson/Johnson 2009), die jedoch bislang noch wenig systematisch erforscht wurde. Zu beachten ist auch, dass die Erkenntnisse über die Selektion vorwiegend aus amerikanischen Studien stammen. Aufgrund der großen Unterschiede im Gesundheitssystem und in den Kostenübernahmeregelungen (siehe Kapitel 2.3.3) sind diese Befunde jedoch nicht direkt auf Deutschland übertragbar.

Zu soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen von Frauen und der Wahrscheinlichkeit der Nutzung medizinischer Hilfe ist der Forschungsstand recht umfassend. Eine Auswahl entsprechender Merkmale wird in den meisten der überwiegend medizinisch-epidemiologischen Studien berücksichtigt. Gut belegt ist, dass ältere Frauen häufiger medizinische Hilfsangebote nutzen und dass Kinderlose häufiger Nutzer sind als Eltern. Hinsichtlich der Parität ist allerdings zu bemängeln, dass häufig nur die Kinder der Frau berücksichtigt werden und entsprechend wenig darüber bekannt ist, ob sich Stiefelternpaare von Paaren mit gemeinsamen leiblichen Kindern unterscheiden. Für die Bedeutung der sozioökonomischen Merkmale lassen sich kaum allgemeine Aussagen machen. Die Uneinheitlichkeit der Befunde ist wahrscheinlich maßgeblich durch länderspezifische Unterschiede in den Regelungen zur Kostenübernahme beeinflusst. Interessant sind für Deutschland auch die Befunde amerikanischer Studien, die darauf verweisen, dass Frauen, die eine Krankenversicherung haben, die sich an den Kosten beteiligt und Frauen mit höherem Haushaltseinkommen häufiger medizinische Hilfe nutzen (siehe u. a. Chandra/Stephen 2010; Staniec/Webb 2007). Für Deutschland ist über die Bedeutung der Behandlungskosten für die Entscheidung über eine Behandlung nur wenig bekannt. Aus den qualitativen Untersuchungen ergeben sich jedoch Hinweise darauf, dass die Paare sich über die Kosten vorab informieren und diese in ihrer Entscheidung eine wichtige Rolle spielen (Ullrich 2012). Nur wenige Studien berücksichtigen Aspekte der Partnerschaft wie zum Beispiel die Beziehungsbiografie. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass verheiratete Paare häufiger Nutzer sind (Helfferich 2001; Passet-Wittig et al. 2016). Dies kann einerseits ein Hinweis auf die Bedeutung der Ehe als geeigneter Rahmen für die Erfüllung eines Kinderwunsches betrachtet werden, andererseits ist die Bedeutung des Ehestatus in Deutschland auch mit Blick auf die Regelungen zur Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung zu interpretieren. Ullrich (2012: 136) zufolge erwähnt ein deutsches Paar in einem Interview, dass es geheiratet hat, um die Kosten nicht vollständig selbst tragen zu müssen. Ob dieser Fall eine Ausnahme darstellt, ist bislang unklar.

Zu der Bedeutung von Einstellungen für die Entscheidung zur Nutzung medizinischer Hilfe ist der Forschungsstand überschaubar, dabei sind diese sowohl in Theorien zum generativen Handeln als auch in medizinsoziologischen Modellen zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe relevant (siehe dazu auch Kapitel 4.3). Gerade im Entscheidungsprozess, der in den qualitativen Studien als komplexer Paarprozess beschrieben wird, in dem Frau und Mann in mancher Hinsicht eine unterschiedliche Rolle einnehmen (siehe u. a. Sandelowski et al. 1989; Sol Olafsdottir et al. 2012; Ullrich 2012), sollten die Einstellungen beider Partner, deren Übereinstimmung und der diesbezügliche Synchronisationsbedarf einen Beitrag zum Verständnis der Paardynamik und damit der Dauer des Gesamtprozesses leisten. Hierzu ist jedoch fast nichts bekannt. In einigen Studien, die von der medizinisch-klinischen Definition ausgehen, um von Infertilität betroffene Frauen zu identifizieren, wird der Kinderwunsch als eine wichtige Determinante der Nutzung medizinischer Hilfe identifiziert (siehe u. a. White et al. 2006b). In Kapitel 2.2.1 wurde bereits festgehalten, dass längere Phasen unverhüteten Geschlechtsverkehrs erst bedeutungsvoll sind, wenn das Ausbleiben einer Schwangerschaft vom Paar als Problem der Umsetzung eines Kinderwunsches wahrgenommen wird. Es erscheint deshalb wenig überraschend, dass Paare mit Kinderwunsch häufiger medizinische Hilfe nutzen. Der Wunsch nach einem leiblichen Kind kann als eine

Dimension des Kinderwunsches betrachtet werden, der hilft zu verstehen, warum die medizinische Handlungsoption für viele Paare so zentral ist (siehe u. a. Bruckert 1991). Von Bedeutung für das Verständnis der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe ist, dass die Paare sich dem Einfluss ihres sozialen Umfeldes ausgesetzt sehen. Sowohl die Wahrnehmung sozialen Drucks als auch sozialer Unterstützung erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Nutzung (siehe u. a. Greil et al. 2013). Weiterhin sind auch Einstellungen zu Infertilität und zur Kinderwunschbehandlung relevant, wie sich sowohl in den quantitativen als auch in den qualitativen Studien zeigt (siehe u. a. Greil et al. 2011a; Nave-Herz et al. 1996; Ullrich 2012). Die vorliegenden Befunde zu den allgemeinen Vorstellungen von Familie deuten darauf hin, dass auch Geschlechterrollenvorstellungen und die Bedeutung der Elternschaft für die eigene Identität relevant sind (siehe u. a. Nave-Herz et al. 1996; Onnen-Isemann 1996). Kritisch zu sehen ist an den Studien zu den Einstellungen, dass ein Großteil der quantitativen Untersuchungen auf den Daten eines einzelnen amerikanischen Datensatzes basiert, dem „National Survey of Fertility Barriers“. Zu klären ist diesbezüglich, ob sich die Zusammenhänge auch in anderen Datensätzen und für andere Länder zeigen.

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit der zeitlichen Dynamik der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe im Allgemeinen und der Reproduktionsmedizin im Speziellen. Vor allem für Deutschland ist über die Dauer des unerfüllten Kinderwunsches hinaus nichts bekannt darüber, wie schnell sich von Infertilität Betroffene an einen Arzt wenden und was dies beeinflusst. Es deutet sich an, dass Faktoren, welche die Entscheidung für die Nutzung beeinflussen, auch für die Dauer des Entscheidungsprozesses relevant sind. Dies gilt für das Alter der Frau, die Parität, den Migrationshintergrund, die Bildung der Partner und für die Einkommenssituation (Costa et al. 2013; Domar et al. 2012; Jain 2006; Sanders et al. 2014). Aufgrund der wenigen vorliegenden Studien aus unterschiedlichen nationalen Kontexten und mit unterschiedlichen Untersuchungspopulationen ist es jedoch zu früh, zentrale Determinanten zu identifizieren. Einstellungsvariablen wurden in den bisherigen Studien nicht berücksichtigt, dabei ist es wahrscheinlich, dass sie nicht nur die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe beeinflussen, sondern auch die Dauer des partnerschaftlichen Prozesses der Entscheidung und Umsetzung. Dafür ist ein geeignetes Zeitfenster zu definieren, denn Handlungsbedarf und damit eine Notwendigkeit, eine Entscheidung zu treffen, ergibt sich erst, wenn beide Partner ein Problem bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches erkannt haben. Der Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs, der in den vorliegenden Arbeiten als Beginn des untersuchten Zeitraumes verwendet wird, ist weniger für das Handeln der Paare relevant als für die Ärzte, die ein Paar aufgrund der Dauer des unverhüteten Geschlechtsverkehrs als infertil einstufen.

Einige spezifische Kritikpunkte ergeben sich vorwiegend für die quantitativen Untersuchungen. Viele der Studien zu den soziodemografischen und -ökonomischen Determinanten der Nutzung medizinischer Hilfe und auch zu den Determinanten des Entscheidungsprozesses weisen ein gemeinsames Problem auf: Kausalität zwischen den Determinanten und der interessierenden abhängigen Variablen lässt sich häufig nicht herstellen, da die Erfassung der Determinanten zum Zeitpunkt der Befragung erfolgt, die Infertilitäts-erfahrung und die Nutzung medizinischer Hilfe jedoch in der Vergangenheit liegen. Bei soziodemografischen und -ökonomischen Variablen ist dies nicht unbedingt problematisch, weil diese Merkmale mittelfristig häufig eine gute zeitliche Stabilität aufweisen. Kritischer ist dies hingegen bei den Einstellungsvariablen, die grundsätzlich veränderlich sind und möglicherweise durch einschneidende Erfahrungen wie Infertilität und eine Kinderwunschbehandlung beeinflusst sind.

Ein weiteres zentrales Problem der vorliegenden Studien besteht darin, dass diese ganz überwiegend nur Frauen betrachten. Die Perspektive der Männer oder die des Paares wird

nur sehr selten eingenommen. Auffällig ist, dass die Fokussierung auf die Frau in den medizinisch-klinischen Studien häufig nicht begründet und auch nicht kritisch diskutiert wird. Zwar gibt es dazu nur wenige Zahlen, es ist jedoch anzunehmen, dass selbst in Ländern, in denen der Zugang zur Kinderwunschbehandlung auch für Alleinstehende und gleichgeschlechtliche Paare möglich ist, heterosexuelle Paare einen Großteil der Nutzer ausmachen. Die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe zur Erfüllung eines Kinderwunsches wird demnach meistens im Paarkontext getroffen. In der sozialwissenschaftlichen Fertilitätsforschung hat die Analyse generativen Handelns im Paarkontext in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Die vorliegenden Studien stellen fest, dass beide Partner Einfluss auf das generative Handeln des Paares nehmen (siehe u. a. Bauer/Kneip 2013; Pavetic 2008; Thomson 1997). In der Forschung zu Infertilität und der Nutzung medizinischer Hilfe wäre es entsprechend wichtig, stärker auf das Paar einzugehen. Hinweise darauf, dass Merkmale beider Partner und deren Interaktion relevant sind, ergeben sich aus einer Analyse von Johnson und Johnson (2009). Es ist anzunehmen, dass das systematische Ignorieren von Merkmalen des Paares, wie der gemeinsamen Kinder, der Partnerschaftsdauer und des Ehestatus und von Einstellungen des Mannes in vielen Studien die Ergebnisse verzerrt. Dies bedarf dringend der weiteren empirischen Untersuchung.

Weiterhin ist ein Theoriedefizit in vielen der vorliegenden quantitativen Studien zu bemängeln. Statistisch signifikante Zusammenhänge werden beschrieben und die Ergebnisse mit anderen Studien verglichen, aber weder die Variablenauswahl noch die multivariate Testung erfolgen theoriegeleitet. Entsprechend unterscheiden sich die Anzahl und Auswahl der Variablen teilweise deutlich zwischen den Studien. Das Fehlen potenziell relevanter Kontrollvariablen kann zu verzerrten Ergebnissen führen. Eine theoriegeleitete Erklärung der Zusammenhänge, die potenzielle Wirkungsmechanismen offenlegen kann und dadurch ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge ermöglicht, bleibt in vielen Fällen aus. An den beiden letztgenannten Kritikpunkten an den bisherigen Studien – der fehlenden Berücksichtigung der Paarebene sowie dem Theoriedefizit – setzt das nachfolgende Kapitel an, in dem ein theoretisches Modell zur Erklärung des partnerschaftlichen Handels bei Infertilität vorgestellt wird.

4 Theoretischer Rahmen

Unter Berücksichtigung der Defizite der bisherigen Forschung wird als nächstes eine theoretische Grundlage für eine integrierte Analyse des Themenfeldes gelegt. Ziel ist die Entwicklung eines theoretischen Modells des partnerschaftlichen Handelns bei Infertilität, welches für die Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit geeignet ist, aber prinzipiell auch für die Analyse anderer Handlungsoptionen als der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung angewendet werden kann. Der Fokus der Erklärung von Handeln bei Infertilität liegt auf der Mikroebene der handelnden Individuen, kommt aber ohne Bezugnahme auf übergeordnete Ebenen (Meso- und Makroebene) nicht aus, da diese zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Situation den Handlungsrahmen bilden. Gleichzeitig kann das Handeln der Einzelnen in der Summe eine Veränderung der Situation bewirken, in Bezug auf die Reproduktionsmedizin beispielsweise deren gesellschaftliche Akzeptanz verbessern. Diese Rückkoppelungen, die Schimank (2007: 17) als Handlungswirkungen bezeichnet, stehen hier jedoch nicht im Fokus. Die Arbeit bewegt sich notwendigerweise im Spannungsfeld zwischen Medizin, Psychologie und Soziologie beziehungsweise Demografie. Deshalb sollte der Erklärungsansatz dieser Arbeit anschlussfähig sein an vorhandene theoretische Erklärungsansätze und integrativ in dem Sinne, dass wichtige Aspekte aus verschiedenen Disziplinen berücksichtigt werden. Zudem soll der Erklärungsansatz eine Paarperspektive einnehmen, da Fertilitätsentscheidungen in den meisten Fällen im Paarkontext getroffen werden.

Aufgrund der Interdisziplinarität des Themas ist es hilfreich, in einem ersten Schritt auf die Forschungsperspektive einzugehen, die in dieser Arbeit eingenommen wird (Kapitel 4.1). Daran anschließend werden verschiedene akteurszentrierte theoretische Erklärungsansätze vorgestellt und diskutiert, die generatives Handeln im Partnerschaftskontext thematisieren (Kapitel 4.2). Zusätzlich wird die Lebensverlaufsperspektive vorgestellt, die Lebensverläufe als Ganzes in den Blick nimmt. In Kapitel 4.3 wird ergänzend ein medizinsoziologisches Modell herangezogen, welches die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität erklären soll. In Kapitel 4.4 wird dann der integrierte Erklärungsansatz infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Paarkontext vorgestellt, der die Grundlage für die Generierung von Hypothesen zu den empirischen Forschungsfragen bildet.

4.1 Forschungsperspektive: Handeln bei Infertilität und generatives Handeln

Das Verständnis von Infertilität und dem Handeln bei Infertilität wird geprägt durch die eingenommene Forschungsperspektive. Zudem hängt von dieser die Auswahl theoretischer Ansätze ab, die für eine Erklärung partnerschaftlichen Handelns bei Infertilität herangezogen werden. Der festgestellte Fokus der bisherigen Forschung auf medizinische Aspekte und die Handlungsoption Reproduktionsmedizin geht mit einem bestimmten Verständnis von Infertilität und vom Handeln bei Infertilität einher. Dieses Verständnis lässt sich aus der klinisch-medizinischen Definition von Infertilität ableiten, die in Kapitel 2.2.1 bereits vorgestellt und reflektiert wurde. Nach dieser Definition wird ein Paar als infertil definiert, wenn nach einem Jahr ungeschützten Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eintritt. Zudem wird Infertilität als Krankheit verstanden, wodurch sich der Blick häufig auf medi-

zinische Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung, verengt. Andere Handlungsoptionen, wie beispielsweise Adoption und Pflegeelternschaft, werden in der Forschung zu Infertilität vernachlässigt.

In der Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie existiert eine Reihe von theoretischen Ansätzen oder Modellen, mit deren Hilfe versucht wird zu erklären, wie Menschen im Krankheitsfall handeln, warum Menschen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen oder nicht und wann sie dies tun. Diese Erklärungsansätze gründen auf der Erkenntnis, dass auf Krankheitssymptome nicht automatisch die Nutzung medizinischer Angebote folgt, wie es das klassische biomedizinische Modell impliziert (Armstrong 2003: 3). Neben dem „health belief“-Modell von Rosenstock (1966) ist das allgemeine Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen von Andersen (1968) eines der einflussreichsten Modelle dieser Art (Pescosolido 1992: 1110). Die Anwendung dieser Modelle auf Infertilität ist problematisch, weil die Modelle Infertilität entsprechend der medizinisch-klinischen Definition vor allem als Krankheit verstehen. Wie bereits angesprochen wird das der Tatsache nicht gerecht, dass Infertilität nur als Problem wahrgenommen wird, wenn ein Kinderwunsch vorliegt, der sich aus medizinischen Gründen nicht umsetzen lässt. Der Anwendungsbereich und die Reichweite dieser Theorien sind damit deutlich beschränkt. Das Kriterium der Sparsamkeit theoretischer Erklärungen erfüllen diese Ansätze nur bedingt.²⁹ Folgt man dem Postulat der Sparsamkeit, sind entsprechende allgemeinere Erklärungsansätze vorzuziehen.

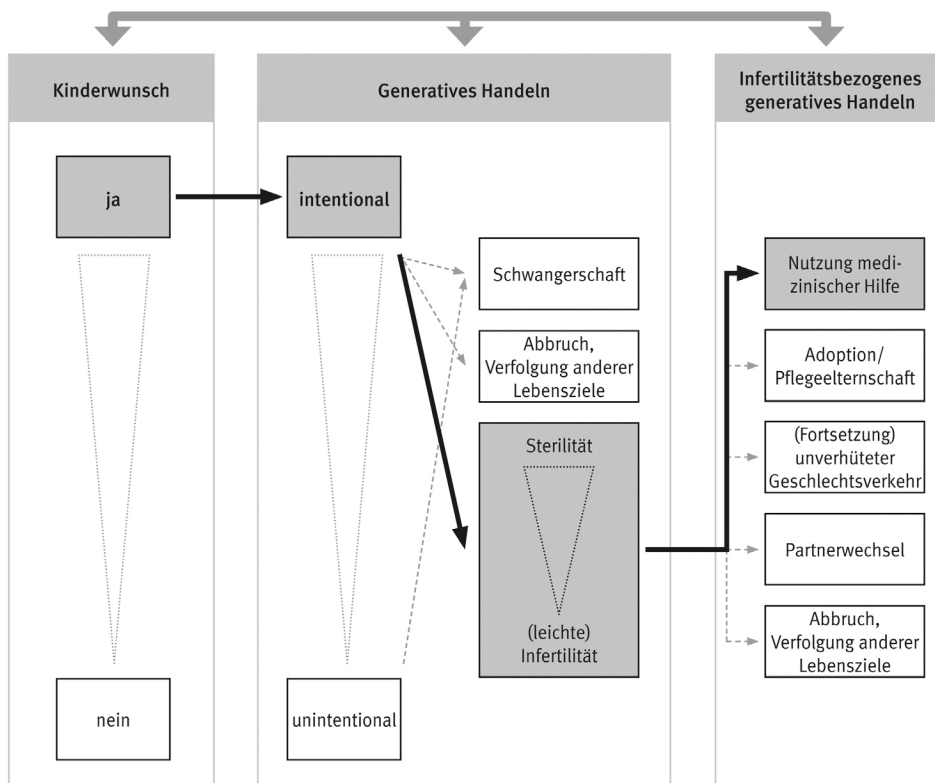
In Kapitel 2.2.1 wurde festgehalten, dass für die Zwecke dieser Arbeit Fertilitätseinschränkungen nur relevant sind, wenn sie mit einem Kinderwunsch verknüpft sind, wenn also ungeschützter Geschlechtsverkehr mit dem Ziel erfolgt, ein Kind zu zeugen. Infertilität kann in diesem Sinne als soziale Konstruktion verstanden werden (Greil et al. 2011b). Von der medizinisch-klinischen Definition wird der Zeitraum übernommen, ab dem von Infertilität gesprochen wird. Dies ist in der Regel nach 12 Monaten ungeschütztem Geschlechtsverkehr der Fall. In diesem Verständnis ist die Nutzung medizinischer Hilfe eine Möglichkeit, um einen bislang unerfüllten Kinderwunsch zu realisieren. Es bietet sich deshalb an, für die Erklärung des Handelns bei Infertilität theoretische Ansätze heranzuziehen, die in der demografischen und soziologischen Fertilitätsforschung verwendet werden, um generatives Handeln zu erklären. Darunter werden im Kontext dieser Arbeit jene Handlungen verstanden, die zur Geburt eines Kindes führen können. Besonders zu nennen ist hier unverhüteter Geschlechtsverkehr, zunächst unabhängig davon, ob er mit dem bewussten Ziel erfolgt, ein Kind zu bekommen oder nicht. Da Handeln bei Infertilität in der Regel der Umsetzung eines Kinderwunsches dient, kann es als Teil von generativem Handeln verstanden werden. Im Vergleich zu den Ansätzen aus der Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie haben die meisten der in der Fertilitätsforschung verwendeten Ansätze zur Erklärung generativen Handelns den Vorteil, dass sie dem Kriterium der Sparsamkeit theoretischer Erklärungen besser entsprechen, denn sie lassen sich prinzipiell nicht nur für die Erklärung generativen Handelns, sondern auch für andere Formen sozialen Handelns anwenden.

Verdeutlichen lässt sich die Perspektive, die damit in dieser Arbeit eingenommen wird, an dem Schema generativen und infertilitätsbezogenen generativen Handelns in Abbildung 4-1. Den Ausgangspunkt bildet der Kinderwunsch, der mehr oder weniger stark ausgeprägt oder gar nicht vorhanden ist. Von der Ausprägung des Kinderwunsches hängt ab, wo auf dem Spektrum von intentionalem zu nicht intentionalem generativen Handeln sich eine Person oder ein Paar befindet. Zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr kann es in allen

²⁹ Sparsamkeit als Kriterium der Theoriebildung bedeutet, dass eine Theorie möglichst allgemein ist und wenige zusätzliche Annahmen benötigt, um auf verschiedene Handlungsfelder anwendbar zu sein.

Konstellationen kommen und dieser kann zu einer Schwangerschaft führen oder auch nicht. Die Schwangerschaft ist dann entweder geplant oder ungeplant. Die Fertilitätsforschung hat sich bisher vor allem mit diesem Teil des Schemas beschäftigt. Das heißt, es wurden Kinderwünsche, Verhütungsverhalten, Determinanten von Kinderlosigkeit oder von Fertilitätsentscheidungen wie der Familiengründung oder der Familienerweiterung untersucht. Infertilität als „Hindernis“ bei der Umsetzung eines Kinderwunsches und was Paare in diesem Fall tun, um ihren Kinderwunsch zu realisieren, wurde bislang noch kaum thematisiert. Wie in der Abbildung deutlich wird, wird die Fruchtbarkeit als Spektrum von vollständiger Zeugungsunfähigkeit (Sterilität) bis leicht reduzierter Fruchtbarkeit verstanden. Infertilität ist häufig kein eindeutiger Zustand, da die Zuschreibung „lediglich“ aufgrund des Ausbleibens einer Schwangerschaft über einen bestimmten Zeitraum erfolgt und die Fruchtbarkeit häufig „nur“ reduziert und eine Schwangerschaft weniger wahrscheinlich ist. Das gilt zumindest für die Fälle, die ihren Fruchtbarkeitsstatus nicht kennen. Manche Paare werden dagegen bereits wissen, dass sie ein Fertilitätsproblem haben, beispielsweise weil sie in der Vergangenheit bereits versucht haben ein Kind zu zeugen und dabei Schwierigkeiten auftauchten. Auch ist denkbar, dass zurückliegende medizinische Eingriffe wie zum Beispiel die Entfernung von Eierstöcken oder der Gebärmutter oder andere medizinische Behandlungen wie Strahlentherapie bei Krebs die Infertilität verursacht haben.

Abbildung 4-1: Schema allgemeinen generativen und infertilitätsbezogenen generativen Handelns



Quelle: eigene Darstellung.

Generell gilt jedoch, dass Infertilität nur dann relevant ist, wenn ein Kinderwunsch vorliegt. Ist dies der Fall, wird angenommen, dass die Betroffenen in den Modus infertilitätsbezogenen generativen Handelns wechseln. Die Nutzung medizinischer Hilfe, womit vor allem die Kinderwunschbehandlung gemeint ist, wird aus dieser Perspektive nicht als ein Mittel zur Behandlung einer Krankheit, sondern als eine von mehreren Handlungsoptionen gesehen, die zur Erfüllung eines Kinderwunsches in Betracht gezogen werden können. Die Handlungsoption Reproduktionsmedizin ist hervorgehoben, weil in dieser Arbeit der Fokus auf dieser Handlungsoption liegt. In dem Modell ist grundsätzlich mit angelegt, dass der Kinderwunsch in seiner Ausprägung veränderlich ist und nicht durchweg stabil. Gerade im Kontext von Infertilitätserfahrung und der Auseinandersetzung mit verschiedenen Handlungsoptionen kann sich der Kinderwunsch verändern oder aufgrund der mit seiner Umsetzung verbundenen Kosten unterschiedlich bewertet werden. In der Abbildung sind die wichtigsten Handlungsoptionen aufgeführt. Um den Kinderwunsch zu erfüllen, stehen neben der Nutzung medizinischer Hilfe noch Adoption und Pflegeelternschaft zur Wahl. Darüber hinaus besteht bei Paaren prinzipiell noch die Möglichkeit eines Partnerwechsels, um mit einem anderen Partner ein Kind zu bekommen (siehe u. a. Greil 2011: 737). Sie kommt in Frage, wenn die Fertilitätsstörung nicht bei einem selbst, sondern beim Partner diagnostiziert wurde. Unter Verweis auf van Balen et al. (1997: 20) lässt sich noch die Orientierung an anderen Lebenszielen als dem Kinderwunsch ergänzen. Dies bedeutet, dass das Paar nicht mehr aktiv versucht ein Kind zu zeugen und impliziert mindestens einen temporären Abschied vom Kinderwunsch.

Wenn Personen oder Paare, die einen Kinderwunsch haben, bereits wissen, dass sie infertil sind, kann es direkt zu infertilitätsbezogenem generativen Handeln kommen, ohne dass das Paar vorher bewusst auf unverhüteten Geschlechtsverkehr verzichtet hat. Generell gilt, dass sich die meisten der aufgeführten Handlungsoptionen nicht gegenseitig ausschließen. Sie können gleichzeitig oder auch konsekutiv verfolgt werden, in jeder beliebigen Reihenfolge (van Balen et al. 1997: 25; Sandelowski et al. 1989: 224). Beispielsweise kann parallel zur Nutzung medizinischer Hilfe ein Adoptionsverfahren eingeleitet werden und ein Paar kann auch weiter unverhüteten Geschlechtsverkehr haben. Zumindest bei idiopathischer Fertilität, wenn also keine klare Ursache der Infertilität identifiziert werden konnte, ist zu jedem Zeitpunkt eine Auflösung des Fertilitätsproblems möglich, indem die Frau auf natürlichem Wege schwanger wird.

4.2 Theorien zum generativen Handeln mit Paarbezug

Es existiert eine Vielzahl mikrotheoretischer Ansätze zur Erklärung von generativem Handeln (siehe u. a. Hill/Kopp 2013; van de Kaa 1996). Der weitaus größere Anteil davon konzentriert sich dabei auf das Handeln von Individuen (häufig auf das der Frau), obwohl entsprechende Entscheidungen und deren Umsetzung meist im Kontext von Partnerschaften erfolgen. Diese individuenzentrierten Ansätze betrachten generatives Handeln zwar in der Regel als ein soziales Handeln, welches die Situation anderer als Kontext mit in die Erklärung einbezieht. Sie können aber nur sehr bedingt erklären, wie sich Partner abstimmen, wie sie bei konfligierenden Interessen agieren und zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen, auf deren Grundlage sie dann handeln. Nur wenige Ansätze versuchen, Fertilität im Partnerschaftskontext zu erklären. Entsprechende Ansätze sollen im Folgenden vorge-

stellt werden. Diese lassen sich entweder den mikroökonomischen Theorien oder den sozialpsychologischen Theorien zuordnen.³⁰ Zusätzlich wird die Lebensverlaufsperspektive vorgestellt, die in der Arbeit eine wichtige integrierende Funktion übernimmt.

4.2.1 Mikroökonomische Theorien

Unter der Bezeichnung „mikroökonomische Theorien“ werden Erklärungsansätze zusammengefasst, die von einem bestimmten Akteurstyp oder Menschenbild ausgehen und damit bestimmte „Triebkräfte sozialen Handelns“ (Schimank 2007: 36) fokussieren: dem Homo oeconomicus. Dieser orientiert sein Handeln an dem Ziel der Nutzenmaximierung bei begrenzt verfügbaren Ressourcen auf Basis vollkommener Informationen und stabiler Präferenzen (Esser 1999a: 236). Von Beckers ökonomischer Theorie der Familie (Becker 1960) kann gesagt werden, dass sie von diesem Menschenbild in seiner Reinform ausgeht. Bereits dessen Erweiterungen in den 1970er bis 1980er Jahren weichen die strengen Anforderungen an das Handeln aber schon etwas auf. Auch die anderen hier vorgestellten Ansätze – die Bargaining-Modelle und die Austauschtheorie – lassen sich diesem Menschenbild zuordnen, allerdings in erweiterter Form. Die Gesamtheit aller Erklärungen, die an den Homo oeconomicus anknüpfen, wird auch als Rational Choice-Ansätze bezeichnet. Nachfolgend werden nur Ansätze thematisiert, mit denen sich partnerschaftliche Entscheidungsprozesse untersuchen lassen.

Ökonomische Theorie der Familie

Beckers (1960) Haushaltsökonomie bildet einen wichtigen Ausgangspunkt für ökonomische Erklärungsansätze generativen Handelns (vgl. van de Kaa 1996). Vor dem Hintergrund, dass Familien aufgrund des verbreiteten Wissens über Verhütungsmittel und deren Verfügbarkeit weitestgehend Kontrolle über ihre Fertilität haben, geht Becker (1960: 210) davon aus, dass sie rationale Entscheidungen über die Anzahl der Kinder und den Geburtenabstand treffen. Kinder stellen demnach langfristige Konsumgüter dar, über deren Produktion und Konsum im Haushaltskontext entschieden wird. Die Entscheidung wird in der Regel einmal am Anfang der Ehe gefällt und anschließend umgesetzt (Easterlin et al. 1987: 82). Bei der Entscheidung werden durch den Haushalt Kosten- und Nutzenabwägungen vorgenommen, wobei sowohl die Quantität als auch die Qualität von Kindern berücksichtigt wird. Ersteres meint die gewünschte Anzahl an Kindern. Diese muss in Relation gesetzt werden zur angestrebten Qualität. Letztere bemisst sich über die Investitionen der Eltern in ihre Kinder, beispielsweise in deren Ausbildung. Die Idee dabei ist, dass die Eltern mit den höheren Ausgaben für ihre Kinder einen zusätzlichen Nutzen verbinden.

In späteren Arbeiten von Becker (1965; 1974; 1991) und von anderen wie Willis (1973), Leibenstein (1975) und Easterlin, Pollack und Wachter (1987) wurde die ökonomische Theorie der Familie maßgeblich weiterentwickelt (für eine Übersicht siehe beispielsweise van de Kaa 1996: 409-414). Dabei ist diesen frühen Arbeiten gemeinsam, dass der Haushalt und damit die Familie die zentrale Analyseeinheit darstellt. Die Familie stellt eine „hochgradig interdependente Organisation“ (Becker 1974: 1091) mit einer gemeinsamen Nutzenfunktion dar. Unabhängig davon, welche Motive die Haushaltsmitglieder verfolgen, handeln sie doch immer so, dass der gemeinsame Nutzen, zum Beispiel in Form des Haus-

³⁰ Eine entsprechende Klassifikation von Fertilitätstheorien findet sich auch bei anderen Autoren (Borchardt/Stöbel-Richter 2004; Herter-Eschweiler 1998).

haltseinkommens, maximiert wird (ebd.: 1091). Eine wichtige Rolle spielen in den Kosten- und Nutzenabwägungen auch die Opportunitätskosten. Diese können zum einen in dem Erwerbseinkommen bestehen, das einem Partner entgeht, dadurch dass dieser aufgrund der Kinderbetreuung nicht oder weniger arbeitet. Zum anderen kann es durch die Nichterwerbstätigkeit zu einer Entwertung von Humankapital kommen beziehungsweise dieses kann nicht weiter ausgebaut werden (Mincer/Polachek 1974: 83).

Bargaining-Modelle

In der jüngeren Fertilitätsforschung kommen zur Erklärung von Fertilitätsverhalten auf Paarebene vermehrt so genannte Bargaining-Modelle zum Einsatz. Bargaining-Modelle werden nicht nur zur Erklärung von Fertilitätsentscheidungen verwendet, sondern prinzipiell immer dann, wenn Präferenzen von mindestens zwei Akteuren aufeinanderstoßen und eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden muss. Hier werden sie im Hinblick auf Fertilitätsentscheidungen thematisiert.

Anders als die klassische Haushaltsökonomie gehen sie nicht mehr davon aus, dass von vorneherein ein innerfamiliärer Konsens hinsichtlich Anzahl und Timing von Geburten besteht. Ein solcher Konsens wird vielmehr als das Ergebnis eines Verhandlungsprozesses auf Paarebene betrachtet (Ott 1989: 98). Begründet wird der Verzicht auf die Annahme des innerfamiliären Konsenses unter anderem mit Bezug auf die Veränderlichkeit von familiären Beziehungen und der Haushaltszusammensetzung im Zeitverlauf (ebd.: 97). Familie ist dementsprechend zwar tendenziell langfristig angelegt, aber Veränderungen sind möglich und damit können sich auch die Interessen der Familienmitglieder voneinander unterscheiden. Ein Beispiel für eine solche Veränderung in der Familie sind Trennungen beziehungsweise Scheidungen, deren Risiko in den letzten Jahren stark gestiegen ist (siehe Kapitel 2.1.1). Durch solche Beziehungsereignisse kann sich die Situation für die Familienmitglieder stark ändern und zurückliegende Entscheidungen können sich für die einzelnen Personen sehr unterschiedlich auswirken (siehe u. a. Bauer/Jacob 2010: 36). Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich auch die Interessenlage der Partner unterscheidet. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass es Situationen und Paarkonstellationen gibt, in denen die Annahmen der klassischen Haushaltsökonomie zutreffen, die Präferenzen der Partner also übereinstimmen und kein Aushandlungsprozess notwendig ist. Häufiger dürfte es jedoch der Fall sein, dass a priori kein Konsens besteht und die Entscheidung ausgehandelt werden muss. Dann kommen so genannte Entscheidungsregeln zum Einsatz. Dabei handelt es sich um Heuristiken, die Paare anwenden, um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen.

Die Entscheidungsregeln und ihre Anwendung im Kontext von Fertilitätsentscheidungen wurden bereits in einer Reihe von Studien beschrieben und untersucht. Bei der Sichtung der Arbeiten wird deutlich, dass diese theoretisch unterschiedlich eingebettet sind. Ein Teil der Arbeiten geht davon aus, dass Fertilitätsentscheidungen auf Basis von (mehr oder weniger) rationalen Kosten- und Nutzenabwägungen getroffen werden (Bauer/Jacob 2010; Bauer/Kneip 2013, 2014; Klawon/Tiefenthaler 2001). Andere nehmen eine psychologische Perspektive auf den Entscheidungsprozess ein (Miller/Pasta 1995, 1996; Testa et al. 2014; Thomson 1997), während wieder andere nicht explizit Bezug auf eine theoretische Perspektive nehmen (siehe u. a. Corijn et al. 1996; Jansen/Liefbroer 2006). Entsprechend könnten die Entscheidungsregeln auch den psychologischen Erklärungsansätzen zugeordnet werden. Die aufgeführten Entscheidungsregeln unterscheiden sich zwischen den Arbeiten nur geringfügig. Eine doppelte Aufführung erscheint nicht notwendig. Die wichtigsten Entscheidungsregeln werden hier kurz vorgestellt.

Wichtige Entscheidungsregeln sind die „patriarchial rule“, die „sphere of interest rule“, die „power rule“ und die „social drift rule“ (siehe u. a. Thomson 1990: 137). Die „patriarchial rule“ geht vor dem Hintergrund traditioneller kultureller Vorstellungen davon aus, dass der Mann die Entscheidungen in der Familie trifft. Der „sphere of interest rule“ folgend haben Frauen ein stärkeres Gewicht in Fertilitätsentscheidungen, da sie von deren Auswirkungen in der Regel stärker betroffen sind. Dies liegt zum einen daran, dass sie Schwangerschaft und Geburt am eigenen Leib erleben und zudem häufig stärker für die Kinderbetreuung zuständig sind. Jansen und Liefbroer (2006: 1491) argumentieren, dass sich die Annahme einer stärkeren Betroffenheit der Frau unter Verweis auf Beckers Familienökonomie ableiten lässt, die von einer Spezialisierung innerhalb des Haushaltes ausgeht, wobei in der Regel die Frau die Familien- und Hausarbeit übernimmt. Bauer und Kneip (2014: 536f) kritisieren dagegen, dass die Bezeichnung dieser Regel als „sphere of interest rule“ ungeeignet ist, solange die Annahme, dass Frauen tatsächlich stärker von Kindern betroffen sind als Männer, nicht empirisch getestet wurde. Stattdessen schlagen sie in Ergänzung zur „patriarchial rule“ die Bezeichnung „matriarchal rule“ vor. Eine weitere wichtige Entscheidungsregel ist die „power rule“. Sie geht davon aus, dass die relative Machtverteilung in einer Beziehung dafür ausschlaggebend ist, wer bei Entscheidungen den stärkeren Einfluss hat und letztendlich entscheidet. Bildung, beruflicher Status oder Einkommen stellen wichtige Machtressourcen dar (Jansen/Liefbroer 2006: 1490). Wenn die Interessen beider Partner mit gleichem Gewicht in eine Entscheidung eingehen, dann kommt die „egalitarian rule“ (Corijn et al. 1996: 119) zum Einsatz. Diese wird von anderen Autoren auch als „golden mean rule“ (Jansen/Liefbroer 2006: 1491) oder als „joint utility“-Modell (Bauer/Kneip 2013: 537) bezeichnet. Im Ergebnis wird bei dieser Regel ein Kompromiss gefunden, der die Interessen beider Partner berücksichtigt. In der Terminologie von Bauer und Kneip betont die Entscheidungsregel den gemeinsamen Nutzen durch ein Kind, basierend auf dem positiven individuellen Nutzen, den beide Partner damit assoziieren. Die Anwendung der Regel setzt allerdings voraus, dass die Partner den gemeinsamen Nutzen abschätzen können und die Präferenzen des Partners kennen (ebd.: 537). Die letzte Regel wird meist als „social drift rule“ (z. B. Thomson 1990: 137) bezeichnet. Sie besagt, dass im Fall eines Entscheidungskonflikts eine Entscheidung aufgeschoben wird. Bei Paaren, die normalerweise Verhütungsmittel verwenden, führt Uneinigkeit hinsichtlich des Kinderwunsches dazu, dass die Umsetzung des Kinderwunsches aufgeschoben wird. In der Konsequenz ist dieses Verhalten gleichbedeutend damit, dass sich der Partner durchsetzt, der gegen eine Veränderung ist, unabhängig von seinem Geschlecht. Bauer und Kneip bezeichnen die Regel entsprechend auch als „(egalitarian) veto-player model“ (Bauer/Kneip 2013: 537). Egalitär deshalb, weil die Möglichkeit eines Vetos nicht an Geschlecht oder Status der Person gebunden ist, welche das Veto einlegt.

In den hier zitierten Studien werden unterschiedliche Aspekte generativen Verhaltens (Übergänge zu bestimmten Kinderzahlen, Verzicht auf Verhütung) dahingehend untersucht, welche Entscheidungsregel(n) mehrheitlich angewendet werden. Sie kommen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass beide Partner Einfluss auf die Entscheidung haben, was der „egalitarian rule“ entspricht (siehe u.a. Jansen/Liefbroer 2006). Im internationalen Vergleich und damit interkulturell können jedoch durchaus unterschiedliche Regeln dominieren, wie Corijn et al. (1996) in ihrer Analyse des Timings von Geburten im Vergleich zwischen Flandern und den Niederlanden zeigen.

Soziale Austauschtheorie

Ein weiterer Ansatz, der geeignet ist, Fertilität im Paarkontext zu erklären, ist die Austauschtheorie (vgl. Blau 1964; Homans 1972; Thibaut/Kelley 1959). Die Interaktion zwischen

zwei oder mehreren Individuen, die in einer sozialen Beziehungen zueinander stehen, wird in diesem Ansatz als Tausch von Gütern verstanden. Die Grundannahmen des Handelns sind denen der ökonomischen Theorien ähnlich (Hill/Kopp 2013: 94). Die Austauschtheorie geht von subjektiv rational handelnden Akteuren aus, die durch Austausch verschiedenster Güter ihren individuellen Nutzen maximieren (ebd.: 88f), wobei sich die unterstellte Rationalität auf die individuelle subjektive Bewertung der Situation beschränkt, anstatt dass ein objektiver Maßstab angelegt würde. Hierfür wird auch die Bezeichnung „bounded rationality“ verwendet, die von Simon (1993) geprägt wurde.

Der Anreiz und die Notwendigkeit zum Austausch ergeben sich dadurch, dass Personen über unterschiedliche Güter verfügen, die für andere von Interesse sind. Der Güterbegriff ist dabei sehr allgemein gefasst und geht weit über materielle Güter hinaus. So unterscheiden beispielsweise Foa und Foa (2012: 18) sechs Klassen von Gütern: Dienstleistungen, materielle Güter, Geld, Information, Status und Liebe. Der Austausch muss nicht immer sofort erfolgen, Geben und Nehmen können zeitlich versetzt sein. Auch muss die „Währung“ nicht identisch sein. Anstatt Information gegen Information kann beispielsweise auch Information gegen Status oder Liebe getauscht werden (Hill/Kopp 2013: 85f).

Dyadische soziale Beziehungen stellen für Thibaut und Kelley (1959: 6) den Ausgangspunkt ihrer theoretischen Überlegungen dar, die sie nach und nach auf komplexere soziale Beziehungen in größeren Gruppen übertragen. Die Basis für soziale Interaktion ist ihnen zufolge eine positive antizipierte Kosten-Nutzen-Bilanz des erwarteten Outcomes einer Handlung, die als Vergleichsniveau („comparison level“, CL) bezeichnet wird. Das interne Vergleichsniveau basiert auf eigenen Erfahrungswerten und Beobachtungen bei anderen und kann als durchschnittliches Ergebnis dieser Erfahrungen und Beobachtungen, gewichtet durch die persönliche Salienz und Bedeutung dieser Erfahrungen, verstanden werden (ebd.: 21). Um eine Handlungsoption im Vergleich zu anderen bewerten zu können und um über ihre Ausführung oder Fortführung zu entscheiden, wird das Vergleichsniveau der Alternativen („comparison level for alternatives“, CL_{alt}) benötigt. Es stellt eine Art Mindestnutzen einer Handlungsoption dar, den ein Individuum unter Berücksichtigung von Alternativen akzeptieren würde (ebd.: 21). Entsprechend gilt, wenn $CL < CL_{alt}$, wird eine Handlung nicht ausgeführt, wenn $CL > CL_{alt}$, dann wird die Handlung ausgeführt. Für das Bestehen einer sozialen Beziehung im Sinne einer Austauschbeziehung zwischen zwei Personen ist es entsprechend zentral, dass der subjektive Nutzen für beide die Kosten überwiegt. Thibaut und Kelley (ebd.: 22) sprechen hier von einer Interdependenz der Akteure insofern, als die Nutzen beider voneinander und damit vom Verhalten des anderen abhängen. Die Akteure sind zudem lernfähig in dem Sinne, dass sie vergangene positive und negative Interaktionserfahrungen bei ihren Entscheidungen berücksichtigen. Die Einführung der Vergleichsniveaus für die Bewertung von Handlungsoptionen macht die Austauschtheorie für die Analyse familiensoziologischer Fragestellungen interessant (Hill/Kopp 2013: 94; White/Klein 2008: 72). Dies gilt gerade auch für die Analyse des Timings von Geburten wie auch von Trennungs- beziehungsweise Scheidungsentscheidungen, wie White (2008: 72) betont.

Einordnung und Bewertung der mikroökonomischen Ansätze

Gemeinsam ist den hier vorgestellten mikroökonomischen Ansätzen, dass sie Fertilitätsentscheidungen nicht als isoliertes Handeln Einzelner betrachten. Dabei unterscheiden sie sich jedoch stark in ihrer Konzeption der Akteure. Die klassische Haushaltsökonomie betrachtet die Familie beziehungsweise den Haushalt als einen Akteur, der seine Interessen verfolgt (Becker 1974: 1091). Diese einfache Konzeption eines Haushalts als Akteur findet bis

heute insbesondere in der ökonomischen Literatur ihre Anwendung, zumal sie eine sparsame empirische Modellierung ermöglicht (Werding 2014: 258). Die Annahme impliziert, dass die Partner Kosten und Nutzen von Handlungsoptionen gleich bewerten und auch gleichermaßen an beidem partizipieren, was wenig realitätsnah erscheint (vgl. Ott 1989: 97). Der Ansatz ist zudem insofern statisch, als angenommen wird, dass Paare ihre Entscheidung über Kinder am Anfang ihrer Ehe treffen und ihre Präferenzen anschließend stabil sind. Veränderungen im Lebensverlauf, die sich auch auf die Präferenzen für Kinder beziehungsweise für eine bestimmte Kinderzahl auswirken können, sind nicht berücksichtigt.

Die Bargaining-Modelle sowie die Austauschtheorie nehmen im Gegensatz zur Haushaltsökonomie explizit die Interaktion in Paarkonstellationen in den Blick. Es geht hier mehr darum, wie aus zwei individuellen Entscheidungen eine Paarentscheidung wird. Es werden jedoch unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Die Bargaining-Modelle konzentrieren sich auf Lösungsstrategien für Entscheidungen im Falle konfligierender Interessen. Der Fall übereinstimmender Interessen entspricht der in Beckers Familienökonomie angenommenen Standardsituation. Die Bargaining-Modelle sind stark ergebnisorientiert und gehen von einem Interaktionsprozess auf Paarebene aus, an dessen Ende eine Entscheidung des Paares steht. Ob und inwieweit die Interessen beider Partner in die Entscheidung einfließen, hängt von der angewandten Entscheidungsregel ab. Die Macht- und Ressourcenverteilung auf Paarebene (siehe u. a. Bauer/Kneip 2014) und die Geschlechterrollenvorstellungen der Partner (siehe u. a. Jansen/Liefbroer 2006), aber auch kulturelle Unterschiede zwischen Ländern können eine wichtige Rolle spielen (Corijn et al. 1996). Zwar gehen die Bargaining-Modelle von einem Entscheidungsprozess aus, sie sind aber auch statisch, weil sie sich nur mit dem Umgang mit Entscheidungskonflikten beschäftigen, nicht aber mit deren Entstehung. Die zentralen Einflussvariablen in Form der individuellen Intentionen werden weitestgehend als zu einem Zeitpunkt gegeben angenommen. Sie sind nicht informativ hinsichtlich der Genese der individuellen Intentionen und Prozesse gegenseitiger Beeinflussung auf Paarebene. Die Entscheidungsregeln werden nicht nur in ökonomisch geprägten Arbeiten angewendet, sondern finden auch in der sozialpsychologisch orientierten Forschung relativ breite Beachtung. Ihre Beliebtheit hängt sicherlich auch mit der konzeptionellen Einfachheit und Verständlichkeit der Entscheidungsregeln zusammen, die sich empirisch relativ einfach testen lassen.

Auch die Austauschtheorie konzentriert sich im Kern auf das Ergebnis eines dyadischen Entscheidungsprozesses, sie ist aber informativer hinsichtlich der individuellen Überlegungen und Abwägungen, die zu der partnerschaftlichen Entscheidung führen. Dafür führen Thibaut und Kelley das interne Vergleichsniveau sowie das Vergleichsniveau für Alternativen ein. Ob eine Handlung durchgeführt wird oder nicht, ergibt sich aus der Bewertung beider in Relation zueinander. Es kann damit auch erklärt werden, warum Personen unter bestimmten Bedingungen für sie nachteilig erscheinende Entscheidungen treffen beziehungsweise akzeptieren. Zudem werden Interdependenzen und der langfristige Charakter von Beziehungen betont. Anders als die Haushaltsökonomie ist die Austauschtheorie nicht auf den Haushalt als Analyseeinheit angewiesen, sondern auf alle Formen dyadischer Beziehungen in und außerhalb eines Haushaltes anwendbar (Kuhnt 2013: 371). Gemeinsam ist den vorgestellten Theorien, dass es sich um relativ allgemeine, auf verschiedene Handlungskontexte übertragbare Ansätze handelt, die nicht nur für die Analyse von Fertilitätsentscheidungen geeignet sind.

4.2.2 Sozialpsychologische Erklärungsansätze

Zwei wichtige sozialpsychologische Erklärungsansätze sind die Theorie des geplanten Verhaltens sowie das „traits-desires-intentions-behavior“-Modell. Im Fokus beider steht intentionales Verhalten, welches auf einer bewussten und damit in gewissem Maße auch rationalen Entscheidung basiert. Tatsächlich weisen die Ansätze in ihrem Verständnis von intentional handelnden Akteuren gewisse Überschneidungen zu den ökonomischen Theorien auf (Bujard 2011: 168). Allerdings wollen sie sich selbst nicht als rationale Handlungstheorien verstanden wissen (Ajzen/Klobas 2013: 213f).

Theorie geplanten Verhaltens

Die Theorie geplanten Verhaltens („theory of planned behavior“, TPB) ist ein einflussreicher psychologisch orientierter Ansatz zur Erklärung von Verhaltensintentionen und Verhalten. Die Ursprünge des Ansatzes sind in der Theorie des überlegten Handelns (Fishbein/Ajzen 1975) zu sehen, die von Ajzen (1991, 2005, 2012) zur Theorie geplanten Handelns weiterentwickelt wurde. Die TPB befasst sich hauptsächlich mit den kontrollierten Aspekten menschlichen Urteilsvermögens und bewusster Entscheidungen (Ajzen/Klobas 2013: 213). Es handelt sich um eine relativ allgemeine Theorie, die bei vielfältigen Fragestellungen Anwendung findet. Neben ihrer Anwendung auf Fertilitätsverhalten wird sie unter anderem auch für die Untersuchung von Krankheitsverhalten angewendet. Die TPB unterstellt bewusst und rational handelnde Akteure, die ihr Handeln planen, geht aber nicht davon aus, dass diese über alle relevanten Informationen verfügen oder alle Kosten und den Nutzen rational abwägen. Es wird angenommen, dass Intentionen direkte Vorläufer von Verhalten sind, wobei dieses Verhalten insofern geplant ist, als es auf einer bestimmten Intention basiert. Daraus folgt jedoch nicht automatisch, dass unverhüteter Geschlechtsverkehr mit der Intention erfolgt, ein Kind zu zeugen (Ajzen 2011: 65f).

Die Intention ein Kind zu bekommen basiert auf drei internen Komponenten: den „behavioral beliefs“, den „normative beliefs“ und den „control beliefs“ (Ajzen/Klobas 2013: 204f). Erstere sind subjektive, antizipierte positive und negative Konsequenzen von Kindern und die Bedeutung, die diesen Konsequenzen beigemessen wird. Aus ihnen speisen sich die individuellen Einstellungen („attitudes“) zu Kindern. Die „normative beliefs“ beziehen sich auf subjektiv wahrgenommene Erwartungen anderer und das Verhalten relevanter Dritter im sozialen Umfeld. Sie münden in einer subjektiven Norm beziehungsweise in sozialem Druck hinsichtlich einer (weiteren) Elternschaft. Die dritte Komponente wird gebildet durch die „control beliefs“, welche ausdrücken, ob das Individuum Hemmnisse wahrnimmt, welche die eigene Fähigkeit oder Möglichkeit, Kinder zu bekommen, einschränkt. Die „control beliefs“ sind der Vorläufer der subjektiv wahrgenommenen Verhaltenskontrolle. Das Konzept der subjektiven Verhaltenskontrolle ähnelt dem der Selbstwirksamkeit von Bandura (1997), wie Ajzen und Klobas (2013: 206) selbst erwähnen. Je positiver die Einstellungen zur Elternschaft, je ausgeprägter der subjektiv wahrgenommene soziale Druck und die Verhaltenskontrolle, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung eines Kinderwunsches. Die Umsetzung der Intention in tatsächliches Verhalten (z. B. Absetzen von Verhütungsmitteln) hängt dann wiederum von der tatsächlichen Verhaltenskontrolle ab, also davon, wie viel Kontrolle die Person über die Situation tatsächlich hat. Zusätzlich zu den hier vorgestellten zentralen Komponenten der TPB besteht die Möglichkeit, diverse Hintergrundvariablen („background factors“) wie soziodemografische Charakteristika, Werte, allgemeine Einstellungen (wie z.B. Geschlechterrollenbilder) und Persönlichkeitsmerkmale bei der Analyse zu berücksichtigen. Die TPB selbst thematisiert diese Faktoren

jedoch nicht. Um diese berücksichtigen zu können, muss auf zusätzliche Erklärungsansätze zurückgegriffen werden (ebd.: 212).

Das „traits-desires-intentions-behavior“-Modell

In diversen Arbeiten haben Miller und Pasta einen theoretischen Ansatz zur Erklärung von Fertilitätsintentionen und deren Umsetzung in Verhalten entwickelt. Das „traits-desires-intentions-behavior“-Modell (TDIB-Modell) (Miller 1994) erklärt, wie es ausgehend von stabilen motivationalen Persönlichkeitsmerkmalen („traits“) zu generativem Verhalten („behavior“) im Sinne von prozeptivem Verhalten (= Verzicht auf Verhütung) kommt. Die empirischen Anwendungen von Miller, Pasta und Kollegen beziehen sich ausschließlich auf Fertilitätsverhalten. Grundsätzlich ist der Ansatz jedoch auch auf andere Verhaltensweisen übertragbar (Miller et al. 2004: 194). Am Anfang der Sequenz stehen die Persönlichkeitsmerkmale, die relativ stabile grundsätzliche Dispositionen darstellen. Sie bilden die Basis für die Entwicklung von Wünschen, die wiederum in Intentionen übersetzt werden können. Wünsche und Intentionen unterscheiden sich im Grad ihrer Konkretheit und Handlungsrelevanz. Im Vergleich zu Wünschen sind Intentionen konkreter, sie berücksichtigen neben den eigenen Wünschen auch die wahrgenommenen Wünsche anderer sowie den situativen Kontext. Es wird zwischen drei Typen von Wünschen unterschieden: dem generellen Kinderwunsch („childbearing desire“), der gewünschten Kinderzahl („child-number desire“) und dem Wunsch bezüglich des Zeitpunkts der Geburt eines Kindes („child-timing desire“). Zu jedem Wunsch gibt es eine korrespondierende Intention. Sind die Intentionen stark genug, führen sie zu einem instrumentellen Verhalten, zu prozeptivem Verhalten, welches in eine Schwangerschaft münden kann.

Wie die TPB geht die Theorie zunächst von Individuen aus (Miller 1994). In späteren Arbeiten übertragen Miller und Pasta ihre Überlegungen dann aber explizit auf die Paarebene und entwickeln ein Paarmodell, welches es erlaubt, die dyadische Interaktion in den vier Phasen ihres Modells zu analysieren (Miller/Pasta 1994, 1995, 1996; Miller et al. 2004). Sie thematisieren dabei besonders die gegenseitige Beeinflussung der Partner hinsichtlich der Ausprägung ihrer Wünsche, die jeweils auf individueller Ebene die Intentionen beider Partner beeinflussen und erst dann in gemeinsames Verhalten münden. Es wird dabei grundsätzlich davon ausgegangen, dass Personen in der Lage sind, die Komponenten des TDIB-Modells ihres Gegenübers wahrzunehmen. Die wahrgenommenen Wünsche oder Intentionen des Partners spielen eine zentrale Rolle, da sie die eigenen Wünsche/Intentionen beeinflussen (Akzeptanz). Gleichzeitig wird aber auch die Wahrnehmung der Wünsche des Partners durch die eigenen Wünsche beeinflusst (Attribution) und die Wahrnehmung der Wünsche des Partners beeinflusst wiederum die tatsächlichen Wünsche des Partners (Akkommodation). Es wird angenommen, dass Partner sich im Verlauf einer Partnerschaft in ihren Einstellungen und Wünschen langsam und unbewusst einander annähern und Übereinstimmung wahrscheinlicher wird. Zudem entwickeln die Partner durch Interaktion und Austausch eine Wahrnehmung der Wünsche ihres Partners.

Insgesamt betont das Paarmodell die vielfältigen Prozesse der gegenseitigen Wahrnehmung und Einflussnahme, die im Verlauf der Sequenz eine Relevanz für die Umsetzung von individuellen Intentionen in das Verhalten des Paares entfalten können. Die Partner können dabei in gleichem oder unterschiedlichem Maße Einfluss auf das Verhalten entfalten. Jeder einzelne Partner kann dieses vollständig, teilweise oder gar nicht beeinflussen, was jedoch nichts daran ändert, dass im Kern Paarverhalten untersucht wird. Für die Beschreibung des unterschiedlichen Einflusses der Partner auf die Entscheidung für ein bestimmtes Verhalten verweisen Miller und Pasta auf Thomson (Thomson 1990) und ihre

Beschreibung verschiedener Entscheidungsregeln (siehe auch Kapitel 4.2.1 – Mikroökonomische Theorien). Ob dieses Verhalten zu dem intendierten Ergebnis führt, ist davon abhängig, wie das Verhalten praktiziert wird und auch von der Fruchtbarkeit des Paares (Miller/Pasta 1995: 534).

Einordnung und Bewertung der sozialpsychologischen Ansätze

Anders als bei den ökonomischen Theorien sollen bei den sozialpsychologischen Ansätzen nicht in erster Linie bestimmte Outcomes wie Geburten erklärt werden, sondern Verhaltensweisen wie (un-)verhüteter Geschlechtsverkehr (prozeptives Verhalten). Im Fokus steht intentionales Verhalten, welches auf einer bewussten und damit in gewissem Maße auch rationalen Entscheidung basiert. Insbesondere Ajzen und Klobas wollen ihren Akteur aber nicht als einen rational nutzenmaximierenden im engeren Sinne verstanden wissen (Ajzen/Klobas 2013: 213f). Trotzdem weist ihr Verständnis von intentional handelnden Akteuren gewisse Überschneidungen zu den ökonomischen Theorien auf, was Ansätze beider Richtungen aneinander anschlussfähig macht (Bujard 2011: 168).

Anders als bei den mikroökonomischen Ansätzen stehen bei beiden Modellen die individuellen psychologischen Vorläufer des Verhaltens im Vordergrund. Kritisch zu sehen ist an der TPB, dass sie sich auf individuelle Intentionen konzentriert (Philipov/Bernardi 2011: 526). Die Synchronisation von Intentionen auf Paarebene und deren Umsetzung in ein gemeinsames Verhalten wird nur unzureichend thematisiert. Partner werden in dem Erklärungsansatz nur indirekt in den Vorläufern der Intentionen berücksichtigt, indem Vorstellungen der Partner in die „beliefs“ einfließen. Anders ist dies bei dem TDIB-Modell, welches sowohl auf Individual- als auch auf Paarebene anwendbar ist. Die Paarinteraktion kann an verschiedenen Stellen in der „traits-desires-intentions-behavior“-Sequenz stattfinden, wobei die Partner sich gegenseitig in vielfältiger Weise bewusst und unbewusst beeinflussen. Es werden generell die Dynamik und der Prozesscharakter der Entscheidung für oder gegen ein Kind betont.

Interessant ist, dass beide Ansätze in ihrer Anwendung auf generatives Verhalten Infertilität als Einflussfaktor berücksichtigen. Infertilität ist in dem von Ajzen und Klobas vorgestellten Modell ein Faktor, der die tatsächliche Verhaltenskontrolle einschränkt (Ajzen/Klobas 2013: 207) und damit die Chance, dass ein bestimmtes Verhalten zum Ziel führt. Auch bei Miller und Pasta beeinflussen biologische Variablen wie die Fruchtbarkeit, ob es zu einer Schwangerschaft kommt oder nicht (Miller/Pasta 1996: 310). Der Fruchtbarkeitsstatus ist damit eine wichtige Determinante der „Erfolgsaussichten“ von unverhütetem Geschlechtsverkehr. Die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe kann wiederum als ein Verhalten verstanden werden, welches der Umsetzung einer Intention für ein (weiteres) Kind dient (Philipov/Bernardi 2011: 510), wenn die tatsächliche Verhaltenskontrolle eingeschränkt ist.³¹

In der Fertilitätsforschung wird die TPB heute häufig angewendet. Sie wurde beispielsweise für das „Generations and Gender Survey“ (GGS), eine Panelbefragung in mehreren europäischen Ländern, als ein wichtiger theoretischer Grundpfeiler (nicht nur im Bereich der Fertilität) eingesetzt (siehe Vikat et al. 2007: 420).³² Für diese Arbeit ist von Interesse, dass die Theorie auch zur Erklärung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zum

³¹ Im Originaltext selbst ist sehr allgemein von „[...] actions [...] to decrease infecundity.“ (Philipov/Bernardi 2011: 510) die Rede. Es liegt die Vermutung nahe, dass dies auf die Nutzung (medizinischer) Angebote zur Erfüllung eines Kinderwunsches bei vorliegender Infertilität abzielt.

³² Auch in den Fragebögen des deutschen Beziehungs- und Familienpanels sind entsprechende Fragen enthalten.

Einsatz kommt (Sutton 2007: 223). Im Gegensatz dazu findet das TDIB-Modell in der demografischen Fertilitätsforschung bislang noch relativ wenig Beachtung, wie Philipov und Bernardi (2011: 39) feststellen.

4.2.3 Die Lebensverlaufsperspektive

In der jüngeren deutschen sowie internationalen Fertilitäts- und Familienforschung stellt die Lebensverlaufsperspektive einen wichtigen Rahmen für die theoretisch fundierte Erklärung von familien- und partnerschaftsbezogenen Prozessen und Ereignissen dar. Bei der Lebensverlaufsperspektive handelt es sich nicht um eine Theorie im engeren Sinne. Stattdessen sollte sie als konzeptioneller Rahmen verstanden werden, der mit Inhalt gefüllt werden muss. Elder et al. formulieren die Bedeutung der Lebensverlaufsperspektive folgendermaßen:

„The life course paradigm [...] is best viewed as a theoretical orientation that guides research on human lives within context. As such, it aids scientists in the formulation of empirical questions, conceptual development, and research design. The life course provides a framework for studying phenomena at the nexus of social pathways, developmental trajectories, and social change“. (Elder et al. 2003: 10)

Die Lebensverlaufsperspektive basiert Elder und Kollegen zufolge auf fünf Grundannahmen: 1. Die menschliche Entwicklung erstreckt sich über die komplette Lebensspanne und endet nicht mit dem Übergang von Jugend zum Erwachsenenalter („principle of life-span development“); 2. Individuelle Lebensverläufe sind das Resultat individueller Handlungen und Entscheidungen, wobei der Handlungsspielraum durch den historischen und sozialen Kontext gegeben ist („principle of agency“); 3. Individuelle Lebensverläufe unterscheiden sich zeit- und ortsabhängig („principle of time and place“); 4. Ursachen und Auswirkungen von Lebensereignissen und Übergängen unterscheiden sich abhängig vom Zeitpunkt ihres Stattfindens („principle of timing“); 5. Individuelle Lebensverläufe sind beeinflusst von anderen und prägen deren Lebensverläufe („principle of linked lives“) (ebd.: 11ff). Die Berücksichtigung dieser Grundannahmen ermöglicht ein ganzheitliches Verständnis der Entwicklung von Lebensverläufen in Zeit und Raum und lenkt den Blick auf bestimmte Aspekte von Lebensverläufen, denen für ein Verständnis von Lebenswegen eine besondere Bedeutung zukommt. Relevant für diese Arbeit ist besonders das „principle of linked lives“, da es die soziale Einbettung individueller Lebensverläufe betont und damit die Untersuchung von Paarinteraktion ermöglicht.

Mit der Bedeutung der Lebensverlaufsperspektive für die Erklärung von Fertilitätsentscheidungen befassen sich Huinink und Kohli (2014) in einer aktuellen Arbeit. Auch sie betonen, dass es bislang keine übergreifende Theorie des Lebensverlaufes gibt (ebd.: 1295; vgl. Mayer 2009: 423). Sie machen es sich aber zum Ziel, die Grundzüge eines Lebensverlaufsansatzes aus ihrer Sicht zu formulieren und Implikationen für eine lebensverlaufsbezogene Fertilitätsanalyse herauszuarbeiten (siehe auch Huinink/Feldhaus 2009). Fertilitätsverhalten wird als eingebettet in eine Mehrebenenstruktur betrachtet. Diese ist auf der gesellschaftlichen Ebene von kulturellen, sozial-strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen geprägt; auf der Ebene der sozialen Beziehungen vom Wohnumfeld, sozialen Netzwerken, Familie und Partnerschaften; auf der Mikroebene von internen Voraussetzungen des Handelns in Form von psychologischen Dispositionen und Orientierungen sowie von biologischen Faktoren (ebd.: 1296). Des Weiteren zeichnen sich Lebensverläufe durch ihre Multidimensionalität aus. Für das Verständnis von Fertilität ist es besonders wichtig zu berücksichtigen, dass Familie einer von mehreren Lebensbereichen ist, in dem Individuen Nutzen oder – wie Huinink und Kohli es formulieren – Wohlfahrt generieren (Huinink/

Kohli 2014: 1296). Dabei ist zu beachten, dass die verschiedenen Lebensbereiche interdependent sind. Die Zielerreichung in einem Lebensbereich kann durch Entwicklungen in anderen Lebensbereichen befördert oder behindert werden. Es kann aber auch zu Substitutionseffekten kommen. Hinzu kommt, dass diverse „Zeitbezüge“ die individuelle Fertilität beeinflussen. Zum einen sind individuelle Lebensverläufe pfadabhängig. Das bedeutet, dass frühere Entscheidungen auch in anderen Lebensbereichen den Rahmen für Fertilitätsentscheidungen bestimmen, was sich auch in den zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbaren Ressourcen und Handlungsoptionen ausdrückt. Diese Entscheidungen sind wiederum beeinflusst von bestimmten gesellschaftlich und institutionell geprägten Vorstellungen über „normale“ biografische Abläufe. Besonders an Fertilitätsentscheidungen sind ihr langer Zeithorizont und der immense Einfluss auf den weiteren Lebensverlauf, der in Form von Opportunitätskosten bei Entscheidungen berücksichtigt wird. Huinink und Kohli formulieren auch handlungstheoretische Annahmen dazu, auf welcher Grundlage und mit welchem Ziel Individuen unter den gegebenen Bedingungen lebensverlaufbezogene Entscheidungen wie die über Kinder treffen. Ziel von Individuen ist es, so effizient wie möglich subjektives Wohlbefinden oder subjektive Wohlfahrt zu generieren. Den handelnden Individuen wird eine eingeschränkte Rationalität („bounded rationality“) unterstellt. Effiziente Wohlfahrtsproduktion bedeutet demnach eine ausgewogene Balance zwischen dem subjektiven Nutzen und dem Aufwand für die Zielerreichung. Es lassen sich drei Dimensionen von Wohlfahrt unterscheiden: physisch-materiell, psychologisch und sozial (ebd.: 1298). Kinder stellen in diesem Sinne ein instrumentelles Ziel dar, um subjektive Wohlfahrt zu generieren.

Einordnung und Bewertung

Kritisch wurde bereits bemerkt, dass die Lebensverlaufsperspektive bislang keine einheitliche Theorie darstellt, sondern eher einen theoretischen Rahmen, der eine dynamische Perspektive auf Lebensverläufe einnimmt und ein breites Verständnis von Lebensverläufen ermöglicht. Huinink und Kohli (2014) haben einen handlungstheoretisch untermauerten Lebensverlaufsansatz vorgestellt, der für die Analyse von Lebensverläufen geeignet ist. Der vorgestellte Lebensverlaufsansatz basiert auf ähnlichen Grundannahmen über menschliches Verhalten wie die ökonomischen Fertilitätstheorien. Sie gehen aber nicht von vollständig informierten, rein rational handelnden und nutzenmaximierenden Akteuren im Sinne des Homo oeconomicus aus, sondern unter Verweis auf Lindenberg (1990) und Esser (1999a) von einem Akteur, der unter Berücksichtigung seiner Ressourcen, persönlicher Bedürfnisse und externer Rahmenbedingungen abwägt und handelt.

Der von Huinink und Kohli vorgestellte Lebensverlaufsansatz ist als theoretische Grundlage für den integrierten Erklärungsansatz dieser Arbeit geeignet, die den Fokus auf das Verstehen des Handelns auf der Mikroebene legt. Dabei ist besonders wichtig, dass der Lebensverlaufsansatz das Individuum nicht isoliert betrachtet, sondern als eingebettet in soziale Beziehungen („principle of linked lives“). Lebenspartner stellen gerade in Bezug auf Fertilitätsentscheidungen zentrale Bezugspersonen dar. Somit ist die Lebensverlaufsperspektive auch eine Grundlage dafür, Lebensverläufe von Partnern zueinander in Bezug zu setzen und partnerschaftliche Interaktion zu analysieren. Auch die Dimension Zeit spielt auf der Mikroebene eine wichtige Rolle, denn das reproduktive Zeitfenster ist begrenzt und das Infertilitätsrisiko steigt mit dem Alter. Trotz der medizinischen Möglichkeiten beschränkt dies die Verhaltenskontrolle, die Individuen oder Paare über ihre Fertilität haben (vgl. Huinink/Kohli 2014: 1204).

4.3 Medizinsoziologisches Modell der Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität

Insgesamt gibt es nur eine sehr überschaubare Anzahl von Arbeiten, die versuchen, den Umgang mit und das Handeln unter der Bedingung von Infertilität theoretisch fundiert und strukturiert zu erklären. In der Vielzahl epidemiologischer Studien zur Nutzung medizinischer Hilfe (siehe Kapitel 3.1) finden sich häufig keine Verweise auf theoretische Konzepte oder Modelle, die helfen könnten, die erwarteten und gefundenen Zusammenhänge einzuordnen und zu erklären. Eine wichtige Ausnahme stellen in dieser Hinsicht die Arbeiten einer amerikanischen Forschergruppe dar, die das „National Survey of Fertility Barriers“ (NSFB) vorbereitet und durchgeführt hat (Greil et al. 2010a; Greil et al. 2011a, 2013; Johnson/Johnson 2009; Slauson-Blevins 2011). Es handelt sich dabei um eine national-repräsentative Telefonbefragung bei 25- bis 45-jährigen Frauen und deren Partnern zum Thema Fertilität mit Fokus auf biomedizinischen Fertilitätsproblemen. Die Arbeiten der Forschungsgruppe beziehen sich mehr oder weniger explizit auf das zuerst von White et al. (2006b) vorgestellte Modell zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei Infertilität, das theoretisch untermauert die empirische Analyse der Nutzung medizinischer Hilfe leitet und strukturiert.

Allgemeines Modell zur Nutzung medizinischer Hilfe

Das von White und Kollegen vorgeschlagene Modell für die Untersuchung der Nutzung medizinischer Hilfe durch Frauen, die von Infertilität betroffen sind, basiert stark auf dem von Andersen entwickelten Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Andersen 1968).³³ Ziel des Modells ist es, die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen auf der Mikroebene der handelnden Individuen zu erklären und Bedingungen zu identifizieren, welche den Zugang („access“) zu medizinischen Dienstleistungen befördern oder verhindern.³⁴ Medizinische Dienstleistungen betrachtet Andersen als eine Form von Konsumgütern, über deren Nutzung von Individuen oder im Rahmen von Familien entschieden wird (Andersen 1968: 5). Andersens Ansatz basiert auf Überlegungen aus mehreren ökonomischen und sozialpsychologischen Modellen und verknüpft sie (Andersen/Newman 1973: 17ff). Die verwendete Terminologie und der Fokus auf die Entscheidung für oder gegen die Nutzung bestimmter medizinischer Angebote lassen eine deutliche Orientierung an Rational Choice-Theorien erkennen (siehe auch 1992: 1110). Das Basismodell mit seinen diversen Erweiterungen (Andersen 1995; Andersen/Davidson 2001; Andersen/Newman 1973; Gelberg et al. 2000) dient bis heute als wichtige theoretische Grundlage für viele Analysen zur Nutzung verschiedener medizinischer Dienstleistungen (siehe bspw. Babitsch et al. 2012). Es wird als anerkannt (ebd.: 1), einflussreich und prägend für die medizinsoziologische Forschung zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe beschrieben (Pescosolido 1992: 1110; Thode et al. 2004: 15).

Den über die Jahre konstanten Kern des Verhaltensmodells bilden drei Gruppen von Einflussfaktoren auf die Nutzung medizinischer Dienstleistungen: „predisposing characteristics“, „enabling resources“ und „need factors“. Die folgende Beschreibung der Bedin-

³³ Der Titel wurde aus dem Englischen übersetzt. Der Originaltitel lautet „Behavior Model of Health Service Utilization“ (Andersen 1968).

³⁴ Wie Andersen betont, ist das Modell aber in seiner Anlage nicht normativ in dem Sinne, dass mehr Inanspruchnahme prinzipiell besser wäre (Andersen 1995: 4).

gungen basiert auf Andersens Review über die Entwicklung des Modells in den ersten 25 Jahren nach seiner Einführung (Andersen 1995). Die „predisposing characteristics“ umfassen die Subkomponenten Demografie, Sozialstruktur und „health beliefs“. Die demografischen und sozialstrukturellen Merkmale von Individuen und deren Einstellungen zu Gesundheit können sowohl einen Einfluss auf die medizinische Anfälligkeit für Krankheiten haben als auch auf die Neigung zu bestimmten Verhaltensweisen. „Health beliefs“ beschreiben Einstellungen und Wertschätzung von Gesundheit sowie das Wissen über Gesundheit, welche die Bewertung und Nutzung von Krankheits- und Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. Die „enabling resources“ umfassen Ressourcen, die vorhanden sein müssen, damit Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen werden können. Auf der Gemeindeebene zählt dazu das Vorhandensein entsprechender medizinischer Angebote, auf der Individualebene sind Einkommen und das Vorhandensein einer Krankenversicherung oder Zusatzversicherung zentrale Ressourcen. „Need“, also die Bedürftigkeit für eine medizinische Behandlung, spielt in Andersens Modell eine zentrale Rolle. Bei der subjektiv wahrgenommenen Bedürftigkeit geht es darum, wie der eigene Gesundheitszustand wahrgenommen wird. Die diagnostizierte Bedürftigkeit basiert auf einer ärztlichen Bewertung des Gesundheitszustandes. Die subjektive sowie die diagnostizierte Bedürftigkeit sind unmittelbare Voraussetzungen für die Nutzung von medizinischen Dienstleistungen. Alle drei beschriebenen Komponenten leisten jeweils einen eigenen Beitrag zur Erklärung und Vorhersage der Nutzung, abhängig von den Symptomen beziehungsweise der untersuchten Gesundheitsdienstleistung kann sich dieser jedoch unterscheiden.

Spezifisches Modell zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei Infertilität

Das Modell von White et al. (2006b) orientiert sich deutlich an dem vorgestellten Kern von Andersens Verhaltensmodell. Sowohl die „predisposing“ als auch „enabling factors“ spielen in dem Modell eine wichtige Rolle. Aber auch andere medizinsoziologische Theorien fließen ein, unter anderem das „health belief“-Modell von Becker (1976), das „network-episode“-Modell von Pescosolido und Boyer (1999) und Shaws gesundheitspsychologisches Modell zur Analyse von Coping und Krankheitsverhalten und deren Auswirkungen (1999). Im Vergleich zu dem allgemeinen Verhaltensmodell berücksichtigt das Infertilitätsmodell wesentliche Spezifika von Infertilität als Krankheit und ist damit besser geeignet, die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung zu analysieren. Es umfasst weitere Kategorien, wie die „individual cues“, „social cues“, „life course factors“ und „symptom salience“.

Unter „enabling factors“ werden wie bei Andersen die Ressourcen und Rahmenbedingungen auf Seiten des Individuums gefasst, um medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dazu zählen einerseits finanzielle Ressourcen wie verfügbares Einkommen und das Vorliegen einer Krankenversicherung, andererseits wird zu den Ressourcen aber auch soziale Unterstützung (soziales Kapital) gezählt.

Auch die „predisposing factors“ sind eng an Andersens Verständnis angelehnt. Die grundsätzliche Annahme besteht darin, dass Personen mit bestimmten Merkmalen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, bei Gesundheitsproblemen einen Arzt aufzusuchen. Daraus können sich medizinische Behandlungen ergeben, ohne dass bei den Betroffenen Symptome aufgetreten sind. Zusätzlich zu den Merkmalen Bildung, Migrationshintergrund, dem subjektiven Gesundheitszustand und dem „health locus of control“ werden in dieser Kategorie, stärker auf Infertilität zugespielt, auch ethische Bedenken bezüglich der Reproduktionsmedizin verstanden.

Unter „individual cues“ werden individuelle Einstellungen und Rahmenbedingungen zusammengefasst, welche den Prozess der Inanspruchnahme von Hilfe beeinflussen. Dabei gilt: Je stärker sich die Gesundheitssituation auf das Leben der Betroffenen auswirkt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie medizinische Hilfe suchen. Hierbei werden individuelle Unterschiede unterstellt. Wie wichtig der Kinderwunsch für die Eltern ist, ergibt sich unter anderem aus der Bedeutung, die einer Elternschaft als Lebensziel beigemessen wird und der Religiosität.

Social Cues berücksichtigen die Bedeutung, die Pescosolido (1992) zufolge sozialen Kontexten bei Gesundheitsentscheidungen zukommt. Das Erkennen und die Bewertung von Symptomen, die Ableitung von Handlungsbedarf und das Aufsuchen eines Arztes können demnach stark durch das soziale Umfeld beeinflusst sein. Wichtige Indikatoren sind hier die Befürwortung einer reproduktionsmedizinischen Behandlung und die Wahrnehmung von Infertilität als soziales Stigma. Je nach Ausprägung können diese Faktoren hemmend oder unterstützend wirken. Dies gilt auch für die Unterstützung durch Freunde und Familie sowie für die Bedeutung, die der Elternschaft im sozialen Umfeld beigemessen wird. Aus einer auf die Frau fokussierten Perspektive sind die Einstellungen des Partners bedeutend beziehungsweise das Ausmaß an Übereinstimmung/Abweichung zwischen den Partnern, beispielsweise hinsichtlich der Intensität des Kinderwunsches und der Wichtigkeit von Elternschaft (Johnson/Johnson 2009: 435f; White et al. 2006b: 1034).

„Life course cues“ wie Alter, Partnerschaftsstatus, Parität und der Abschluss einer Berufsausbildung sind individuell und normativ wichtige Randbedingungen dafür, wegen eines unerfüllten Kinderwunsches medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Interessant ist, wie der Kinderwunsch und dessen Intensität in das Modell zur Nutzung medizinischer Hilfe integriert werden. Es wird nicht per se davon ausgegangen, dass nach der medizinisch-klinischen Definition von Infertilität betroffene Personen auch einen Kinderwunsch haben. Vielmehr wird angenommen, dass der Kinderwunsch beeinflusst, ob die medizinische Infertilität als Problem wahrgenommen wird und in Konsequenz auch, ob sich daraus für den Einzelnen ein Handlungsbedarf ableitet. In ihren Überlegungen nehmen White et al. Bezug auf Zola und Mechanic. Zola (1973) betont, dass Krankheitssymptome häufig nicht eindeutig sind und erkannt werden und dass ihre Einordnung von einer Reihe von Kontextfaktoren abhängt. Mechanic (1982: 15) verweist darauf, dass Symptomen eine größere Bedeutung beigemessen wird, wenn sie das normale alltägliche Leben einschränken. Infertilität ist in dieser Hinsicht ein besonderer Fall, da keine Symptome im eigentlichen Sinne auftreten. Vielmehr ist Infertilität nur durch das normale und wiederholte Auftreten der Periode trotz unverhütetem Geschlechtsverkehr gekennzeichnet. White et al. (2006b: 1032) gehen daran anknüpfend davon aus, dass die Interpretation der Symptome von Infertilität als Problem davon abhängt, in welchem Maße eine Schwangerschaft geplant war. Das Erkennen von Infertilität als Problem ist damit ein wichtiger Einflussfaktor auf die Nutzung medizinischer Hilfe.

Das White et al.-Modell im Partnerschaftskontext

In der von White et al. vorgestellten Form ist das Modell individuenzentriert: Der Partner wird nur indirekt über den sozialen Kontext miterfasst, Paarinteraktion wird nicht thematisiert. Eine entsprechende Erweiterung des Modells wurde von Johnson und Johnson (2009) vorgenommen. Sie gehen davon aus, dass es sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe um einen Entscheidungsprozess auf Paarebene handelt, der sich mit Hilfe des „context-process-outcome“-Modells von Godwin und Scanzoni (1989), eingebettet in das Modell von White et al., analysieren lässt (Johnson/Johnson 2009: 433). Godwin und Scanzoni kritisie-

ren die vorherrschende Fokussierung auf das Ergebnis von Entscheidungsprozessen und lenken den Blick auf Kontextfaktoren und den Prozess der Entscheidungsfindung durch die Paare selbst. Der gesamte Prozess wird dabei als eingebettet in eine Paarbeziehung betrachtet, in der ständig solche partnerschaftlichen Entscheidungsprozesse ablaufen und Ergebnisse vergangener Entscheidungen den Kontext aktueller Entscheidungen bilden (Scanzoni/Godwin 1990: 239). Daran wird deutlich, dass Entscheidungen zu einem Zeitpunkt nicht isoliert betrachtet werden, sondern als eingebettet in Lebensverläufe und in eine Beziehungshistorie, wobei auch dadurch entstehenden Pfadabhängigkeitsprozessen Rechnung getragen wird. Der Kontext lässt sich darüber hinaus beschreiben über die emotionale Abhängigkeit beider Partner, deren relative Macht (z.B. in Form ökonomischer Ressourcen), die Kooperation in vergangenen Konfliktsituationen und über die Modernität der Geschlechterrollen (Godwin/Scanzoni 1989: 945f). Die Prozess-Komponente des Modells bezieht sich auf den eigentlichen Aushandlungsprozess, der unter anderem durch die Art der Kommunikation der Partner und die Macht oder den Einfluss der Partner aufeinander bestimmt wird.

Bei der Übertragung des „context-process-outcome“-Modells von Godwin und Scanzoni konzentrieren sich Johnson und Johnson (2009: 433) auf die Prozesskomponente und hier auf die Paarkommunikation zu Aspekten des Kinderwunsches beider Partner. Das Ausmaß an Übereinstimmung in Fertilitätspräferenzen (ideale Kinderzahl) und Intentionen (Kinderwunsch ja/nein) sowie in der generellen Wichtigkeit von Elternschaft zum Befragungszeitpunkt wird dabei als Ergebnis des partnerschaftlichen Kommunikationsprozesses betrachtet. Andere Einflussfaktoren des Modells von White et al., wie die „enabling“ oder „predisposing conditions“, werden lose unter dem Label Prozess zusammengefasst, ohne dass dabei beispielsweise die Ressourcenausstattung der Partner berücksichtigt wird.

Einordnung und Bewertung des medizinsoziologischen Modells

Eine wichtige Leistung von White und Kollegen ist darin zu sehen, dass sie die in Kapitel 2.2.1 angesprochene Kritik an der klinischen Definition von Infertilität aufgreifen und den Kinderwunsch als wichtigen Einflussfaktor in ihr Modell integrieren. Sie können basierend auf dem Modell auch empirisch die zentrale Bedeutung des Kinderwunsches und der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems für die Erklärung der Nutzung medizinischer Hilfe zeigen.³⁵

Kritisch zu sehen ist, dass die medizinisch-klinische Definition von Infertilität den Ausgangspunkt des Modells zum Handeln bei Infertilität darstellt, wodurch Infertilität vor allem als Krankheit und medizinische Angebote als naheliegende Lösung betrachtet werden. Dies steht im Gegensatz zu den in Kapitel 4.1 angestellten Überlegungen, bei denen der Kinderwunsch am Anfang steht und Infertilität überhaupt nur relevant ist, wenn ein Kinderwunsch vorliegt. Das Modell von White et al. beschäftigt sich auch nicht mit anderen Handlungsoptionen als der Nutzung medizinischer Hilfe. Es entspricht damit nicht dem weiter oben formulierten Kriterium für ein möglichst allgemeines und auf verschiedene Handlungsoptionen anwendbares theoretisches Modell. Generell fehlt dem Modell eine explizite handlungstheoretische Fundierung. Ausgehend von Andersens allgemeinem Verhaltensmodell lässt sich eine gewisse Nähe zum ökonomischen Verständnis unterstellen, eine bewusste Einordnung wird aber nicht vorgenommen. Wie auch Andersens Modell ist das Modell zur Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität im Kern ein Individualmodell. Von Johnson und Johnson

³⁵ In den empirischen Analysen zeigt sich ein deutlicher signifikanter Einfluss des Vorliegens eines Kinderwunsches und der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems auf die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (White et al. 2006b: 1038).

wurde ein Versuch unternommen, es auf die Paarebene zu übertragen. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Einstellungen des Partners durchaus eine Rolle spielen. Die Übertragung und Anwendung des Modells auf die Partnerschaftsebene bleibt aber rudimentär.

Zusammenfassend ergibt sich die Bedeutung des medizinsoziologischen Modells von White et al. für die Analyse infertilitätsbezogenen Handelns unter anderem daraus, dass Infertilität trotz ihrer sozialen Konstruktion eine körperliche „Unzulänglichkeit“ darstellt. Das Modell lenkt den Blick auf diesen Aspekt. Stärker als die bisher vorgestellten Erklärungsansätze berücksichtigen White et al. die Spezifika von Infertilität, beispielsweise die Relativität von Infertilität und die Konsequenzen für das Erkennen und die Ableitung von Handlungsbedarf. Zudem ist die wichtigste Handlungsoption – die medizinische Behandlung – im medizinischen System angesiedelt. Es ist nach Kenntnisstand der Autorin der einzige Versuch, die Nutzung medizinischer Hilfe bei vorliegender Infertilität des Paares theoriegeleitet zu analysieren. Das Modell ermöglicht die systematische Betrachtung und den Vergleich verschiedener Gruppen von Einflussfaktoren, wobei unter anderem zwischen allgemeinen Einflussfaktoren auf die Nutzung medizinischer Hilfe und solchen mit direktem Bezug zu Infertilität differenziert werden kann. Viele der thematisierten Einflussfaktoren werden auch in der demografischen Fertilitätsforschung verwendet, teilweise aber anders interpretiert. Es besteht entsprechend eine gewisse Kompatibilität.

4.4 Integration der Erklärungsansätze

Aufbauend auf den bisherigen Überlegungen wird hier ein allgemeines Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext vorgestellt (siehe Abbildung 4-2).³⁶ Es greift auf Bausteine der oben diskutierten Theorien zurück. Das Modell geht grundsätzlich davon aus, dass Infertilität sozial konstruiert ist und nur relevant ist, wenn ein Kinderwunsch vorliegt. Infertilitätsbezogenes Handeln wird als Fortführung generativen Handelns unter den Bedingungen der Infertilität verstanden, da es demselben Ziel – der Erfüllung eines Kinderwunsches – dient. Allerdings müssen die Besonderheiten von Infertilität, die sich beispielsweise aus der Relativität von Infertilität ergeben, und auch die Merkmale des medizinischen Systems Berücksichtigung finden. Das Modell soll in seiner grundsätzlichen Anlage auf verschiedene Handlungsoptionen anwendbar sein. Im Rahmen dieser Arbeit steht die Analyse der Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung durch Paare in Deutschland im Fokus. Zudem ist es als Mehrebenenmodell angelegt, das potenzielle Einflussfaktoren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene berücksichtigt. Für diese Arbeit liegt der Fokus auf der Mikroebene, auf der partnerschaftliches infertilitätsbezogenes Handeln zur Realisierung eines Kinderwunsches erklärt werden soll. Ein reines Mikromodell könnte allerdings beobachtete Entscheidungsmuster der Paare nicht ausreichend erklären, da es externe Rahmenbedingungen des individuellen und partnerschaftlichen Handelns nicht berücksichtigt. Durch die Anlage als Mehrebenenmodell kann es auf andere nationale Kontexte übertragen werden und ermöglicht die Analyse der Auswirkungen nationaler Rahmenbedingungen auf das Nutzungsverhalten von Paaren im internationalen Vergleich.³⁷

³⁶ Das konkrete Analysemodell für die spezifische Fragestellung dieser Arbeit wird daraus in Kapitel 5.2 abgeleitet und es werden empirisch zu prüfende Hypothesen formuliert.

³⁷ Auch regional vergleichende Analysen zum Beispiel zwischen Bundesländern (Deutschland) oder Bundesstaaten (USA) sind denkbar.

4.4.1 Grundannahmen zum Handeln bei Infertilität

Grundsätzlich wird Handeln bei Infertilität als Teil generativen Handelns verstanden, sofern es auf die Erfüllung eines Kinderwunsches ausgerichtet ist. Entsprechend sind Fertilitätstheorien zur Erklärung geeignet. Den in Kapitel 4.2 vorgestellten Fertilitätstheorien mit Paarbezug ist gemein, dass sie aufgrund ihrer allgemeinen Formulierung grundsätzlich offen sind für die Analyse von Infertilität und der Inanspruchnahme von Hilfe, auch wenn sie dafür bislang noch kaum angewendet wurden. Es handelt sich um allgemeine Theorien, die nicht nur für die Erklärung von generativem Handeln eingesetzt werden. Zudem sind sie auf verschiedene Handlungsoptionen anwendbar, die von Infertilität Betroffenen zur Verfügung stehen (z. B. Nutzung medizinischer Hilfe, Adoption, Pflegeelternschaft). Dies ist ein entscheidender Vorteil gegenüber dem medizinsoziologischen Modell, da dieses ausschließlich auf die Nutzung medizinischer Hilfe fokussiert ist. Wie bereits festgestellt wurde, erfüllt es das Kriterium der Sparsamkeit theoretischer Erklärungen nicht.

Alle oben vorgestellten Theorien zum generativen Handeln gehen grundsätzlich von intentionalem und damit zielgerichtetem Handeln aus. Diesem geht in der Regel eine Entscheidung für eine oder mehrere Handlungsoptionen voraus. In ihrem Verständnis von Rationalität unterscheiden sich die mikroökonomischen Ansätze und die sozialpsychologischen Theorien, sie erscheinen jedoch grundsätzlich aneinander anschlussfähig. Zudem ergänzen sie sich, da sie verschiedene Aspekte der partnerschaftlichen Interaktion im Entscheidungsprozess fokussieren. Ein für die Erklärung infertilitätsbezogenen generativen Handelns geeigneter Erklärungsansatz sollte deshalb nicht von einer Theorie alleine ausgehen, sondern Elemente der verschiedenen Ansätze aufgreifen und integrieren. Im Kern wird von rational handelnden Akteuren in Sinne des RREEMM-Modells (vgl. Esser 1999b: 237ff; Lindenberg 1985: 100) ausgegangen. Es ist das Menschenbild, das dem Lebensverlaufsansatz von Huinink und Kohli sowie den jüngeren mikroökonomischen Theorien zugrunde liegt. Die Abkürzung steht für "resourceful, restricted, expecting, evaluating, maximizing man". "Resourceful" beschreibt den Menschen als kreativ, reflektiert und damit als lernfähig. „Restricted“ steht für die begrenzten Ressourcen, die dem Akteur zur Verfügung stehen und die ihn zu einer Wahl zwingen. Diese Wahl erfolgt auf der Basis von subjektiven Erwartungen („expectations“) und Bewertungen („evaluations“) unter der Prämisse, dass dadurch der tatsächliche oder zumindest der erwartete Nutzen maximiert werden kann („maximizing“). Das RREEMM-Modell weist eine große Ähnlichkeit zum Homo oeconomicus auf, wird von Esser (1999b: 244) aber eher als ein neues soziologisches Menschenbild verstanden.

Diese Wahl eines Menschenbildes ist grundsätzlich begründungsbedürftig und sollte an dem zu erklärenden Handeln orientiert sein (Schimank 2007: 153). Warum infertilitätsbezogenes generatives Handeln als (mehr oder weniger) rationales Handeln verstanden wird, wird hier kurz erläutert. Dafür ist es hilfreich, sich noch einmal das Schema allgemeinen generativen und infertilitätsbezogenen generativen Handelns (Abbildung 4-1) in Erinnerung zu rufen. Es wurde angesprochen, dass sich allgemeines generatives Handeln und infertilitätsbezogenes generatives Handeln in den daran gestellten Anforderungen unterscheiden. Unverhüteter Geschlechtsverkehr und eine Schwangerschaft setzen keine rationale Entscheidung für ein Kind voraus. Infertilitätsbezogenes generatives Handeln ist dagegen voraussetzungsvoller. Denn es impliziert, dass ein bewusster Kinderwunsch vorliegt. Wird Infertilität nicht als Problem der Umsetzung eines vorhandenen Kinderwunsches interpretiert, kommt es nicht zu infertilitätsbezogenem generativem Handeln. Daraus folgt, dass infertilitätsbezogenes generatives Handeln immer intentionales Handeln ist. Entsprechend erscheint es auch plausibel, von dem skizzierten Menschenbild und bei der Wahl einer Handlungsoption von einer bewussten Entscheidung auszugehen. Dies gilt in beson-

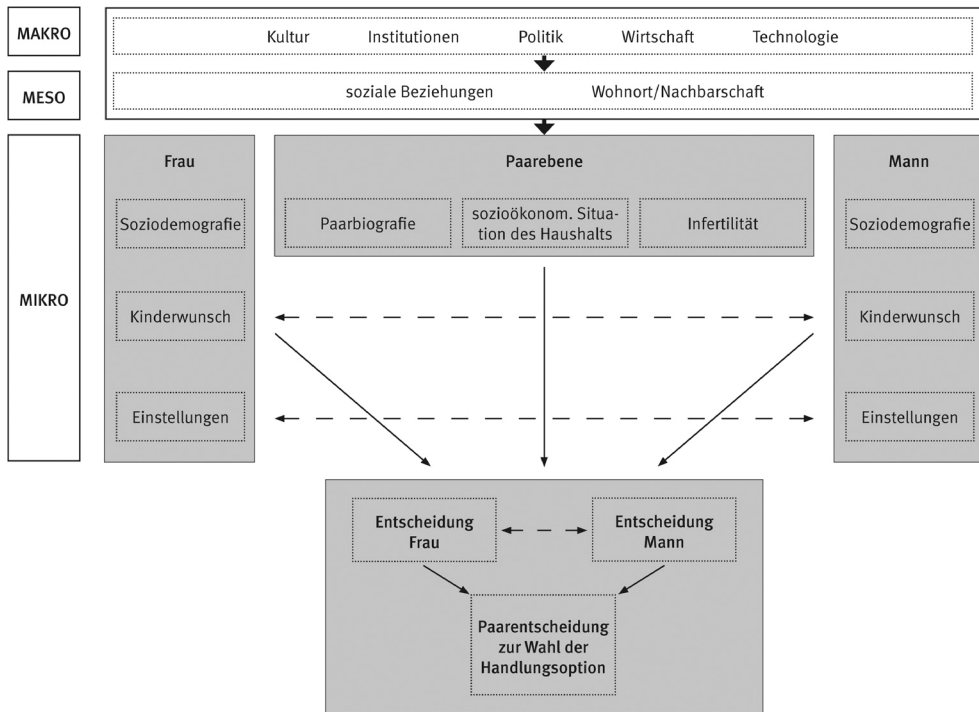
derem Maße für die Nutzung medizinischer Hilfe sowie für die Adoption und Pflegeelternschaft, die jeweils eine explizite Zustimmung der beteiligten Personen erfordern.

Das Besondere an Infertilität und dem Umgang damit ist darüber hinaus, dass die Betroffenen darauf nicht vorbereitet sind. Einmal abgesehen von Personen oder Paaren mit Vorerkrankungen oder solchen, die aus anderen Gründen schon wissen oder ahnen, dass es mit einer natürlichen Schwangerschaft nicht klappen wird, gehen die Menschen nicht davon aus, dass sie einmal ein Fertilitätsproblem haben werden. Es gibt entsprechend keine Vorüberlegungen im Sinne von „was wäre wenn“. Da das Auftreten von Infertilität verhältnismäßig unwahrscheinlich und überraschend ist, ist auch nicht davon auszugehen, dass von Infertilität Betroffene auf Routinen, beispielsweise im Sinne von Essers (1990) „frames“, zurückgreifen.

An Komplexität gewinnt die Betrachtung, wenn man das Paar als zentrale Analyseeinheit betrachtet. Am einfachsten ist der Fall, wenn beide Partner einen Kinderwunsch haben und aktiv versuchen, ein Kind zu zeugen. Die Wahrscheinlichkeit, dass beide Partner – zeitgleich oder zeitversetzt – in den Modus infertilitätsbezogenen generativen Handelns wechseln ist hier am höchsten. Es sind allerdings auch andere Konstellationen vorstellbar. Zum Beispiel dann, wenn die Frau die Verhütung kontrolliert und eigenmächtig auf Kontrazeptiva verzichtet. Das Ausbleiben einer Schwangerschaft kann dann nur von der Frau als Problem identifiziert werden. Ausgeschlossen sind in diesem Fall all jene Handlungsoptionen, die eine explizite Zustimmung beider Partner voraussetzen. Man kann in diesem Fall auch von individuellem infertilitätsbezogenem Handeln sprechen. Hat der Partner ebenfalls einen zumindest latenten Kinderwunsch, besteht die Möglichkeit, dass er auch in den Modus infertilitätsbezogenen generativen Handelns wechselt. Eine weitere denkbare Konstellation ist, dass beide Partner zwar einen generellen Kinderwunsch haben, dieser aber nicht mit einem konkreten Zeitrahmen der Umsetzung verknüpft ist. Eine Schwangerschaft wird eher zugelassen als bewusst angestrebt, basiert damit eher auf einer Nichtentscheidung im Sinne von Burkart (1994: 83) als auf einer Entscheidung. Die individuelle Realisierung eines Fertilitätsproblems ist in diesem Fall maßgeblich von der Intensität des Kinderwunsches abhängig. Ein Wechsel in den Modus infertilitätsbezogenen generativen Handelns ist bei beiden Partnern möglich, aber nicht zwangsläufig. Weiterhin ist es möglich, dass Personen sich der Selbstdefinition als infertil verweigern, um zu vermeiden, sich selbst beziehungsweise das Paar als infertil bezeichnen zu müssen (Bunting/Boivin 2007: 1666). Solange dies der Fall ist, wird es nicht zu infertilitätsbezogenem generativen Handeln kommen.

Es kann also festgehalten werden: Während infertilitätsbezogenes generatives Handeln selbst immer zu einem gewissen Grad bewusst und zielorientiert erfolgt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu infertilitätsbezogenem generativen Handeln kommt, stark von dem vorausgehenden Verhalten der Partner beziehungsweise des Paares abhängig. Dies gilt zumindest für die Paare, die zunächst nicht wissen, dass sie infertil sind. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass auch individuelles infertilitätsbezogenes Handeln nur im Partnerschaftskontext wirklich verstanden werden kann. Die in Kapitel 4.2 vorgestellten Erklärungsansätze setzen hier an. Besonders die psychologischen Ansätze und die Austauschtheorie betonen den Prozesscharakter von Entscheidungen und die Mechanismen der gegenseitigen Beeinflussung. Dieser Prozess findet eingebettet in zwei ineinander verschränkte Lebensverläufe statt. Die individuellen psychologischen Vorläufer intentionalen Handelns sind dabei zumindest teilweise als dynamisch anzusehen. Beispielsweise kann die Infertilitäts Erfahrung den eigenen Kinderwunsch und dessen Ausprägung sowie den Kinderwunsch des Partners/der Partnerin beeinflussen.

Abbildung 4-2: Allgemeines Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext



Quelle: eigene Darstellung.

4.4.2 Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext

In diesem Absatz wird das theoretische Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen Handelns vorgestellt. Die theoretisch unterstellten Einflussfaktoren sind danach sortiert, ob sie auf der Makro-, Meso- oder Mikroebene angesiedelt sind.

Makroebene

Angelehnt an Bujard und Lück (Bujard/Lück 2015a: 22), die einen Analyserahmen in Form eines Mehrebenenmodells „zur generativen Entscheidung im Lebensverlauf“ vorgeschlagen haben, lassen sich fünf Dimensionen auf der Makroebene unterscheiden: Kultur, Institutionen, Politik, Wirtschaft und Technologie. Aktuelle Bedingungen in diesen Dimensionen bestimmen den Handlungsrahmen für individuelles beziehungsweise partnerschaftliches Handeln auf der Mikroebene. Die Dimensionen unterliegen aber auch selbst einer Dynamik. Sie sind das Resultat eines historischen Prozesses, der wiederum durch Entwicklungen auf der Meso- und Mikroebene sowie in anderen Dimensionen beeinflusst wurde und wird. Die Dimensionen werden hier beschrieben und ihre Bedeutung für infertilitätsbezogenes Handeln skizziert.

Kultur. Das hier verwendete Verständnis von Kultur folgt dem bedeutungsorientierten Kulturbegriff von Reckwitz (2011: 7). Kultur organisiert und strukturiert demnach die Wirklichkeit, indem sie eine geteilte Interpretation von Sprache und Handlungen ermöglicht. Kultur ist dabei nicht statisch, sondern dynamisch und damit stets im Wandel begriffen. Kultur und die vor ihrem Hintergrund handelnden Individuen und Gruppen sind deshalb nicht unabhängig voneinander denkbar. Zentral ist, dass eine Kultur geteilt wird von einer größeren oder kleineren Gruppe von Menschen. Einheiten, die eine Kultur teilen, können Weltregionen (z.B. Europa), Länder oder Regionen innerhalb eines Landes (Ost- und Westdeutschland) sein. Daneben lassen sich innerhalb von Gesellschaften Subkulturen finden, die sich beispielsweise an Alter oder Generation oder an sozialen Milieus festmachen lassen. Kultur findet ihren Ausdruck in kollektiv geteiltem Wissen, Werten und Idealen (Pfau-Effinger 2005: 4). Hinsichtlich Fertilitätsentscheidungen sind beispielsweise in einer Kultur geteilte Vorstellungen und Bewertungen von Mustern der partnerschaftlichen Arbeitsteilung oder der externen Kinderbetreuung relevant. Zusätzlich existieren Altersnormen für das richtige Alter der Familiengründung sowie Vorstellungen über die angemessene Kinderzahl und die Akzeptanz von Kinderlosigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass diese bewusst oder unbewusst das Handeln und Entscheiden von Individuen beeinflussen. Bewusst bedeutet in diesem Falle, dass eine Bewertung vorgenommen wird und als Resultat eine bestimmte Handlungsweise als opportun oder geeignet erscheint, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Andererseits werden aber auch relativ automatisch ablaufende Handlungsroutinen angewendet. Diese Handlungsroutinen werden nicht hinterfragt, da sie sozial akzeptiert und Ausdruck einer bestimmten, sozial akzeptierten Vorstellung der Wirklichkeit sind. Zudem ist Kultur eng verwoben mit gesellschaftlichen Institutionen und findet ihren Ausdruck in politischen Entscheidungen.

Damit ist die Dimension Kultur auch für infertilitätsbezogenes Handeln relevant. Infertilität, deren Bewertung und der Umgang damit sind kulturell geprägt. Wie Menschen mit der eigenen Infertilität umgehen, hängt auch davon ab, ob Infertilität in einer Gesellschaft überhaupt als Problem wahrgenommen wird und ob sie stigmatisiert ist.³⁸ Eng damit verknüpft und auch relevant für die Wahl verschiedener Handlungsoptionen ist die Frage nach der Bedeutung, die sozialer und genetischer Elternschaft gesellschaftlich beigemessen wird. Auch Techniken wie die Reproduktionsmedizin unterliegen einer kulturellen Deutung und damit einer Bewertung: Sind sie sozial akzeptiert? Ist ihre Nutzung gar erwünscht?

Institutionen. Institutionen lassen sich ganz allgemein definieren als „[...] Erwartung[en, J. P.-W.] über die Einhaltung bestimmter Regeln, die verbindliche Geltung beanspruchen.“ (Esser 2000: 2, Hervorhebungen im Original). Es handelt sich bei Institutionen um mehr oder weniger formalisierte Regelwerke, die als Richtlinien für das Handeln fungieren und damit unter gegebenen Bedingungen bestimmte Handlungsweisen erwartbarer machen als andere. Von Interesse sind im Rahmen des Modells vor allem Institutionen, die einen höheren Formalisierungsgrad und Verbindlichkeitscharakter aufweisen und gegebenenfalls durch Sanktionen forciert werden können. Es geht also um Gesetze, Richtlinien und Strukturen, die den Handlungsrahmen für infertilitätsbezogenes generatives Handeln bilden, beispielsweise indem sie Zugangsvoraussetzungen oder Kosten für die verschiedenen Handlungsoptionen regeln (siehe Kapitel 2.3.1). Dies können Richtlinien sein, die Anforderungen an potenzielle Adoptiveltern definieren (Eignungskriterien) oder gesetzliche Regelungen der Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen. Zu berücksichtigen ist zudem die internationale Variation in den institutionellen Rahmenbedingungen

³⁸ Bei der Debatte über den Krankheitsstatus von Infertilität, der sich in den Regelungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen spiegelt, geht es letztendlich auch um eine kulturelle Deutung von Infertilität.

der Reproduktionsmedizin (Kapitel 2.3.3). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, reproduktionsmedizinische Behandlungen im Ausland durchzuführen (reproduktives Reisen). Die Gründe für eine solche Entscheidung können vielfältig sein, hängen aber häufig mit den institutionellen Regelungen zusammen. Die Dimension weist Verbindungen zu anderen aufgeführten Dimensionen auf. Institutionen können formalisierte kulturelle Praktiken darstellen, die zunächst als Bräuche und Sitten oder Handlungsroutrinen auftreten.³⁹ Weiterhin bestehen enge Verbindungen zur Politik. Institutionen bilden zudem einen wichtigen Rahmen für wirtschaftliches Geschehen und setzen Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Reproduktionsmedizin.

Politik. Der Dimension Politik kommt auf der Makroebene eine wichtige Bedeutung zu. Politik umfasst institutionelle Strukturen, Inhalte und Prozesse. Vor allem aber schafft Politik Rahmenbedingungen für das Handeln auf der Mikroebene, unter anderem, indem sie verbindliche Regelwerke (Institutionen) aufstellt und für Rahmenbedingungen sorgt, um deren Durchsetzung zu kontrollieren. Dies ist besonders für die Reproduktionsmedizin relevant, da es sich um eine relativ neue Technik handelt, die der Regulierung bedarf. Die Dimension Politik betrifft generatives Handeln im Allgemeinen sowie Handeln bei Infertilität im Speziellen. Für Letzteres sind insbesondere die Familien- und Gesundheitspolitik relevant. Damit ist zunächst ganz allgemein die Gesamtheit aller politischen Maßnahmen gemeint, welche die Familie beziehungsweise die Gesundheit betreffen. Allerdings kann die Trennung zwischen den Bereichen teilweise schwierig sein, beispielsweise wenn es wie bei der Reproduktionsmedizin um die Möglichkeiten der Gründung oder Erweiterung einer Familie geht.

Die Wirkung familienpolitischer Maßnahmen auf generatives Handeln gilt teilweise als umstritten (siehe u. a. Gauthier 2007; Hoem 2008a). Die zugrundeliegende Frage ist, inwieweit sich Individuen oder Familien durch finanzielle Anreize, die Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur oder Elternzeitregelungen in der Realisierung von Kinderwünschen beeinflussen lassen. Beispielsweise zeigt sich hinsichtlich des 2007 eingeführten Elterngeldes nur für ältere Frauen beziehungsweise Akademikerinnen ein positiver Effekt der Maßnahme auf die Fertilität (Bujard/Passet 2013). Für die gesellschaftliche Teilpopulation der von Infertilität Betroffenen kann die Gesundheitspolitik jedoch eine relativ starke Wirkung entfalten, da sie ansetzt, wenn bereits eine Entscheidung für ein Kind getroffen wurde. Sie beeinflusst die für die Paare anfallenden Kosten, sie bestimmt, welche Behandlungsmethoden zur Auswahl stehen und wer unter welchen Bedingungen Zugang zu diesen erhält. Dies ist umso bedeutsamer, als es sich bei der Reproduktionsmedizin um eine relativ neue und sich schnell entwickelnde Medizintechnik handelt. Wie für Deutschland gezeigt werden konnte, sind durch die Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, mit dem die Kostenübernahme für gesetzlich Versicherte reduziert wurde, die Nutzungszahlen deutlich zurückgegangen (siehe Kapitel 2.3.2). Bedeutsam ist auch, dass sich in politischen Maßnahmen immer auch bestimmte Vorstellungen von Familie oder von Kindeswohl spiegeln. Auch die Frage, ob Infertilität eine Krankheit darstellt oder nicht, ist Gegenstand politischer Debatten und politischer Regulierung.

Wirtschaft. Die Makrodimension Wirtschaft umfasst ein breites Spektrum an Einflussfaktoren, die ihre Wirkung auf infertilitätsbezogenes Handeln jedoch eher indirekt entfalten. Die ökonomische Situation und der Modernisierungsgrad können einen Einfluss auf den Entwicklungsstand der Reproduktionstechnologie eines Landes haben; sie beeinflussen die Einnahmen des Staates und damit auch das Potenzial für Umverteilung

³⁹ Geht man von einem breiteren Institutionenbegriff aus, lassen sich Sitten, Bräuche und Gewohnheiten auch als Institutionen verstehen (Hasse/Krücken 2008: 164).

und die Finanzierung von Unterstützungsangeboten für Personen mit unerfülltem Kinderwunsch. Sie wirken sich auf den Arbeitsmarkt und darüber auf Beschäftigungsformen und -bedingungen sowie auf die Einkommensverteilung aus.

Technik. In der demografischen Fertilitätsforschung werden in dieser Dimension vor allem zwei Techniken thematisiert: Medizintechniken wie Verhütungsmittel und zunehmend auch die Reproduktionsmedizin (Balbo et al. 2013: 23). Beides ist für infertilitätsbezogenes Handeln relevant, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Die Verfügbarkeit effektiver Verhütungsmittel hilft zu verstehen, warum Paare heute vermehrt in vergleichsweise hohem Alter (noch) ein Kind bekommen wollen. Wenn Verhütung der Normalzustand ist, gehen die Menschen davon aus, dass sie ohne Verhütung schwanger werden würden. Wenn dies dann nicht passiert, ist es für viele überraschend und mit Stress belastet. Die Verhütungsmöglichkeiten vermitteln ein in manchen Fällen falsches Gefühl der Kontrolle über die eigene Fertilität.

Die modernen medizinischen Reproduktionstechniken weisen einen direkteren Bezug zu infertilitätsbezogenem generativen Handeln auf. Sie stellen den von Infertilität Betroffenen eine zusätzliche Handlungsoption zur Realisierung eines Kinderwunsches zur Verfügung. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Reproduktionsmedizin vergrößert sich das Angebot ständig. Die staatliche Regulierung hinkt der Technik oft hinterher.

Mesoebene

Individuen handeln in der Regel nicht autark, sondern eingebettet in soziale Strukturen. Diese *sozialen Beziehungen* im Nahumfeld von Individuen sind auf der Mesoebene angesiedelt. Dazu zählen vor allem soziale Netzwerke, wie der persönliche Freundeskreis, Arbeitskollegen oder der Verein. Aber auch der *Wohnort* beziehungsweise die *Nachbarschaft* können relevant sein. Es besteht eine enge Verbindung zur Makrodimension Kultur. Über die sozialen Beziehungen werden immer auch kulturelle Vorstellungen, Werte und Normen vermittelt und ihre Umsetzung unterstützt oder sanktioniert. Soziale Einflüsse spielen in allen oben vorgestellten Theorien eine Rolle. In der TPB sind sie beispielsweise in Form von subjektiven sozialen Normen berücksichtigt, welche die Intention und darüber auch das Verhalten beeinflussen.

Soziale Netzwerke entfalten ihre Wirkung auf generative Entscheidungen über vier verschiedene Mechanismen: soziales Lernen, sozialen Druck, soziale Ansteckung und soziale Unterstützung (Bernardi/Klaerner 2014: 644; siehe auch Lois 2013: 398). Personen lernen von anderen, was sich in der Übernahme, aber auch in der Ablehnung bestimmter Verhaltensmodelle ausdrücken kann. Sie nehmen aber auch sozialen Druck wahr und passen ihr Verhalten an akzeptierte soziale Normen an, um Anerkennung zu erhalten oder Sanktionen zu vermeiden. Soziale Ansteckung beschreibt den Prozess der Übernahme von Verhaltensweisen anderer. In Bezug auf Fertilitätsverhalten wird darunter beispielsweise die zeitliche Synchronisation von Geburten in einem sozialen Netzwerk verstanden. Soziale Netzwerke können auch eine Ressource in Form von sozialer Unterstützung darstellen. Das Unterstützungspotenzial von Netzwerken wird auch als soziales Kapital bezeichnet. Es kann verschiedene Formen annehmen, beispielsweise emotionale Unterstützung, praktische Unterstützungsleistungen (wie zum Beispiel die Betreuung von Kindern) oder materielle Unterstützung.

In dem medizinsoziologischen Modell von White et al. (siehe Kapitel 4.3) sind bestimmte Aspekte dieser Variablen in den „social cues“ berücksichtigt. Gemessen werden sie indirekt über die subjektive Wahrnehmung der untersuchten Individuen, was dem Verständnis der TPB entspricht. Demnach ergibt sich die Bedeutung und Handlungsrelevanz

von sozialen Beziehungen gerade über die Interpretation durch das handelnde Individuum. Sowohl bei der Verarbeitung der Symptome von Infertilität als auch bei der Nutzung medizinischer Hilfe handeln Individuen und Paare nicht isoliert, sondern eingebettet in einen sozialen Kontext (Greil et al. 2013; Pescosolido 2006). Das soziale Umfeld beeinflusst über die genannten Mechanismen, ob, wann und in welcher Form medizinische Hilfe genutzt wird. Dies zeigt für die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität die Studie von Greil et al. (2013): Kinder im Freundeskreis und in der Familie, die Wahrnehmung von Stigma sowie Personen im Umfeld, welche die Nutzung medizinischer Hilfe befürworten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme maßgeblich.

Mikroebene

In der Darstellung konzentriert sich das Modell auf die Mikrodeterminanten infertilitätsbezogenen Handelns. In dem Modell sind der Einfachheit der Darstellung wegen sowohl Individual- als auch Paarmedkmale der Mikroebene zugeordnet. Formal, das heißt im Rahmen einer Mehrebenenklärung, handelt es sich bei einem (Ehe-)Paar bereits um ein „soziales Gebilde“, dessen Verhalten aus dem Handeln der beiden Partner erklärt werden muss (Esser 1999a: 113). Das Modell geht entsprechend davon aus, dass die Partner zunächst auf individueller Ebene Entscheidungen treffen, die dann in eine gemeinschaftliche Paarentscheidung überführt werden. Konzeptionell ist die individuelle Entscheidung der Paarentscheidung vorgelagert, praktisch kann beides zeitlich versetzt oder zeitgleich erfolgen. Es wird angenommen, dass die Partner individuelle Kinderwünsche und Einstellungen aufweisen. Diese können über verschiedene Mechanismen durch die jeweiligen Ausprägungen des Partners beeinflusst sein (siehe dazu in Kapitel 4.2.2 den Abschnitt zu Miller und Pasta).

In dem hier vorgestellten Mehrebenenmodell werden Individualmerkmale und Merkmale des Paares unterschieden. Erstere sind eindeutig dem Individuum zugeordnet. Die Einflussfaktoren sind für beide Geschlechter die gleichen, können sich aber in ihrer Ausprägung zwischen den Partnern unterscheiden. Hinsichtlich der Individualmerkmale lassen sich geschlechtsspezifische Effekte sowie das Zusammenwirken der Merkmale beider Partner untersuchen. Andere Merkmale sind dagegen dem Paar zugeordnet. Hier lassen sich zwei Typen von Variablen unterscheiden: echte Paarmedkmale und aggregierte Paarmedkmale. Erstere zeichnen sich dadurch aus, dass sie für beide Partner gleich sind, da sie das Paar beschreiben. Dies gilt unter anderem für die Merkmale der Paarbiografie. Aggregierte Paarmedkmale basieren auf Individualmerkmalen beider Partner. Sie werden aggregiert und der Paarebene zugeordnet, weil angenommen wird, dass sich ihre Bedeutung für infertilitätsbezogenes Handeln im Partnerschaftskontext erst auf Paarebene ergibt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hier nicht von Interesse. Beispielsweise fällt die finanzielle Ressourcenausstattung des Haushaltes in diese Kategorie.

Individualmerkmale

Soziodemografie. Zu den soziodemografischen Merkmalen können Alter, Migrationshintergrund, Bildungsstand oder auch der sozioökonomische Status gezählt werden. Es wird davon ausgegangen, dass soziodemografische Merkmale beider Partner einen direkten Einfluss auf die individuelle und partnerschaftliche Entscheidung haben. Die Merkmale liefern Hinweise auf die soziale Position und die Lebensumstände der Individuen. Das Alter verortet die Individuen in einer bestimmten Lebensphase und ist hinsichtlich altersbedingter Infertilität und des biologisch begrenzten Zeitfensters für die Reproduktion relevant. Bil-

dungsstand und sozioökonomischer Status können als Indikatoren für die soziale Position interpretiert werden. Merkmale wie die Parität oder auch das Einkommen lassen sich sowohl als Individual- als auch als Paarmedkmale klassifizieren. Die Zuordnung muss abhängig von Forschungsinteresse und Theorie erfolgen.

Kinderwunsch. In den vorgestellten sozialpsychologischen Erklärungsansätzen spielen die internen psychologischen Vorläufer von Handeln in Form von Intentionen eine wichtige Rolle, indem sie Einfluss auf die Entscheidung für eine Handlungsoption haben. Wie weiter oben herausgearbeitet wurde, stellt der Kinderwunsch eine zentrale Voraussetzung für das Erkennen von Infertilität und damit für infertilitätsbezogenes Handeln dar (siehe bspw. Greil/McQuillan 2004). Das TDIB-Modell unterscheidet drei Formen von Kinderwünschen beziehungsweise Intentionen: die Existenz eines Kinderwunsches (und dessen Stärke), die gewünschte Kinderzahl und den Zeitpunkt der Umsetzung (siehe Kapitel 4.2.2). Die Existenz eines Kinderwunsches kann für infertilitätsbezogenes Handeln vorausgesetzt werden. Stattdessen sollte es hier stärker um Abstufungen und graduelle Unterschiede in der Stärke des Kinderwunsches, der gewünschten Kinderzahl und in den zeitlichen Vorstellungen gehen, die beeinflussen, ob und mit welcher Intensität die Umsetzung des Kinderwunsches mit Hilfe der Reproduktionsmedizin verfolgt wird. Bei der Entscheidung für eine Handlungsoption werden die Kosten und der Nutzen zum Kinderwunsch in Relation gesetzt. Die Ausprägung des Kinderwunsches kann als Ausdruck der individuellen Präferenz für Kinder interpretiert werden. Die Wahrscheinlichkeit und auch das Timing der Nutzung einer Handlungsoption sollten durch die Bedeutung, die beide Partner dem Kinderwunsch aktuell zumessen, direkt beeinflusst sein. Anders als in den familienökonomischen Erklärungsansätzen wird hier allerdings davon ausgegangen, dass die Kinderwünsche in ihren Dimensionen im Lebensverlauf grundsätzlich dynamisch sind, sich also über die Zeit verändern können. Beeinflusst werden sie unter anderem von verschiedenen externen Rahmenbedingungen, vom Partner und vom weiteren sozialen Umfeld. Auch eigene Erfahrungen können eine Rolle spielen, zum Beispiel das Erleben der Infertilität.

Einstellungen. Einstellungen werden hier als relativ breite Oberkategorie verstanden für individuelle, subjektive Variablen, die die Entscheidung für ein Kind beeinflussen können. Es werden Einstellungen zu Familie und Kindern im Allgemeinen und Einstellungen mit einem konkreteren Bezug zu Infertilität und den Handlungsoptionen unterschieden. Zu den allgemeinen Einstellungen können beispielsweise Geschlechterrollenvorstellungen oder die Wichtigkeit, die der eigenen Elternschaft aktuell beigemessen wird, gezählt werden. In der Theorie des geplanten Verhaltens spielen Einstellungen zu Familie und Kindern als Determinanten der Verhaltensintention und damit auch des Verhaltens eine wichtige Rolle. Geschlechterrollenvorstellungen werden von Ajzen und Klobas (2013: 206) dagegen aufgrund ihres relativ allgemeineren Charakters den individuellen Hintergrundfaktoren zugeordnet.⁴⁰ Für alle Faktoren unterstellt die TPB einen indirekten Einfluss der Einstellungen über die Intentionen auf das tatsächliche Handeln. Für das Handeln bei Infertilität wird angenommen, dass Einstellungen einen direkten Einfluss auf die Entscheidung zur Nutzung von Maßnahmen zur Erfüllung des Kinderwunsches haben.

Weiterhin sind Einstellungen mit einem konkreten Bezug zu einer oder zu mehreren Handlungsoptionen relevant. Eine Handlungsoption kann aus ethischen Gründen abgelehnt werden oder weil sie die Erfüllung des Kinderwunsches in der gewünschten Form nicht ermöglicht. Beispielsweise schließt eine Adoption das Erleben von Schwangerschaft und

⁴⁰ Auch in anderen Handlungstheorien kommt Einstellungen eine wichtige Bedeutung zu (für einen Überblick siehe bspw. Bujard/Lück 2015a: 9ff). In der Regel sind sie nicht der alleinige, jedoch ein wichtiger Antrieb für das Handeln.

Geburt aus. Entscheidend ist, dass die Einstellungen den Umgang mit der eigenen Infertilität und die Bewertung der Handlungsoption beeinflussen und sich damit auf die mit der Verwendung der Handlungsoption verbundenen subjektiven Kosten und den Nutzen auswirken. Für die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität konnte beispielsweise gezeigt werden, dass diese von ethischen Bedenken zu den Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktionsmedizin beeinflusst wird (Greil et al. 2011a: 501).

Paarmerkmale

Partnerschaftssituation. Grundsätzlich ist von einer starken Interaktion der Lebensbereiche Familie und Partnerschaft auszugehen. Da sich das Modell auf infertilitätsbezogenes generatives Handeln in heterosexuellen Partnerschaften konzentriert, wird vom Vorliegen einer Partnerschaft grundsätzlich ausgegangen. Es interessiert vor allem die aktuelle Partnerschaftssituation des Paares, weil vor deren Hintergrund der aktuelle Kinderwunsch umgesetzt werden soll. Die Partnerschaftssituation lässt sich zunächst anhand objektiver Merkmale des Paares beschreiben. Zu nennen sind hier Indikatoren wie der Kohabitations- und Ehestatus und aus einer Lebensverlaufperspektive heraus die jeweiligen Übergänge beziehungsweise die Verweildauern in einem Zustand. Sie sind Ausdruck des Institutionalierungsgrades einer Beziehung (Kopp et al. 2010: 45ff). Für Fertilitätsentscheidungen ist der Institutionalierungsgrad relevant, weil er die mit einem (weiteren) Kind assoziierten Kosten und den Nutzen beeinflusst. Zwar werden heute immer mehr Kinder außerhalb von Ehen geboren, jedoch ist die Ehe für viele immer noch eine wichtige Voraussetzung für Elternschaft. Sie schützt auch vor Risiken wie Trennung oder Scheidung, die in Ehen eine höhere Hürde darstellen.

Entsprechende Indikatoren werden deshalb in den meisten Studien berücksichtigt.⁴¹ Die Partnerschaftsdauer als Indikator für die Institutionalisierung ist für sich genommen dagegen nur bedingt aussagekräftig, unterstellt sie doch, dass alle Partnerschaften sich in einem vergleichbaren Tempo entwickeln (Kopp et al. 2010: 44). Andererseits nimmt mit der Dauer der Beziehung die Bindung der Partner aneinander zu, so dass die Beziehungsdauer als Ausdruck der Partnerschaftsstabilität betrachtet werden kann (Arránz Becker 2008: 98).

Bei der Interpretation von Effekten der Partnerschaftssituation müssen auch die Interaktionen mit institutionellen Rahmenbedingungen infertilitätsbezogenen Handelns berücksichtigt werden, die sich länderspezifisch und abhängig von der betrachteten Handlungsoption unterscheiden können. In Deutschland ist beispielsweise der Ehestatus hinsichtlich der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin relevant, da er für die Mehrzahl gesetzlich versicherter Paare die von diesen selbst zu tragenden Kosten beeinflusst (siehe Kapitel 2.3.1). Auch die Adoption ist in Deutschland per Gesetz auf verheiratete Personen beschränkt. Personen in nichtehelichen Partnerschaften werden als Alleinstehende behandelt, die zwar grundsätzlich adoptieren dürfen, aber häufig nicht als geeignet betrachtet werden (Bach 2001).

Neben den objektiven Merkmalen der Partnerschaftssituation können auch die subjektiven Bewertungen der Partner hinsichtlich der Partnerschaftsqualität und -stabilität relevant sein. Für die Ausprägung des partnerschaftlichen Kinderwunsches zeigt dies beispielsweise

⁴¹ Es ist zu beachten, dass sich die Bedeutung von Kohabitation und Ehestatus zwischen Ländern unterscheiden kann. In ihrer Übersichtsarbeit verweisen Balbo et al. (2013: 6) exemplarisch auf Studien, die unterschiedliche Muster in Frankreich und den USA aufzeigen. Auch innerhalb von Deutschland zeigen sich Unterschiede in der Bedeutung des Ehestatus für Geburten im Ost-West-Vergleich (Kreyenfeld et al. 2011). Es ist anzunehmen, dass hier kulturelle Unterschiede zwischen Ländern beziehungsweise Regionen relevant sind.

Kuhnt (2013). Die Bedeutung für den Übergang zu einer Geburt zeigen Studien wie die von Rijken und Liefbroer (2009), Rijken und Thomson (2011), Myers (1997) sowie Lillard und Waite (1993). Generell ist davon auszugehen, dass der Institutionalierungsgrad und auch die Qualität von Partnerschaften auch für infertilitätsbezogenes Handeln von Bedeutung sind.

Ökonomische Situation des Haushaltes. In die individuellen und partnerschaftlichen Kosten- und Nutzenabwägungen fließen auch die antizipierten finanziellen Kosten und die eigenen verfügbaren Ressourcen ein. Eine zentrale Ressource ist hier das Haushaltsnettoeinkommen. Dessen Bedeutung kann sich abhängig von der untersuchten Handlungsoption sowie von den jeweiligen nationalen institutionellen Rahmenbedingungen unterscheiden. Auch der Krankenversicherungsstatus des Paares (gesetzlich, privat oder gemischt) kann als Ressource betrachtet werden, wenn davon die selbst zu tragenden Kosten abhängen (siehe Kapitel 4.3). Für Deutschland ist zu erwarten, dass die Art der Versicherung für die Nutzung der Handlungsoption Reproduktionsmedizin relevant ist, da sie die selbst zu tragenden Kosten und damit den eigenen Ressourceneinsatz beeinflusst. Dies wurde bisher noch kaum untersucht. In Bezug auf die Handlungsoption Adoption sind die finanziellen Ressourcen des Haushalts eher als Voraussetzung für die Möglichkeit der Versorgung eines Kindes zu betrachten.

Infertilität. Infertilität selbst ist in dieser Arbeit als Paarmerkmal definiert und entsprechend sind Aspekte der Infertilität der Paarebene zugeordnet. Diese Aspekte beziehen sich unter anderem auf die weiter oben beschriebenen Charakteristika von Infertilität. Aus der Relativität von Infertilität (kein eindeutiger Zustand) und der Abhängigkeit vom individuellen Kinderwunsch kann sich ergeben, dass Infertilität von beiden Partnern zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt als Problem wahrgenommen wird. Zudem gibt es verschiedene Ursachen von Infertilität und diese können sich einem Partner oder dem Paar zuordnen lassen oder es lässt sich gar keine eindeutige Ursache identifizieren. Es wird angenommen, dass entsprechende Aspekte vom Paar bei Entscheidungen berücksichtigt werden. Geht es beispielsweise um die Frage, ob überhaupt irgendwelche Maßnahmen genutzt werden, dann kann das Fehlen einer Diagnose und die damit verbundene Unsicherheit, ob überhaupt ein echtes Problem vorliegt, dazu führen, dass sich das Paar nicht für eine Behandlung entscheidet.

Prozesscharakter

Das infertilitätsbezogene Handeln wird grundsätzlich als Prozess verstanden, der in eine Paarbiografie und die Lebensverläufe zweier Partner eingebettet ist. Der Prozess kann sich über einen längeren Zeitraum ziehen. Im Verlauf dieses Prozesses müssen immer wieder Entscheidungen getroffen werden. Dabei ist zu beachten, dass sich auf individueller und auf Paarebene die Rahmenbedingungen des Handelns auf den übergeordneten Ebenen ändern können. Denkbar ist hier beispielsweise, dass sich im sozialen Umfeld die Einstellungen zur Reproduktionsmedizin durch eigene Erfahrungen verändern oder dass die eigene gesetzliche Krankenkasse sich entscheidet, für ihre Mitglieder einen höheren Anteil der Behandlungskosten zu erstatten. Es ist auch davon auszugehen, dass Erfahrungen infertilitätsbezogenen Handelns in folgende Entscheidungen mit einfließen. Das heißt, dass sich die Relation von Kosten und Nutzen einer Handlungsoption in die eine oder andere Richtung verschieben kann. Paare wechseln dann beispielsweise zu einer anderen Handlungsoption, um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen oder sie bewerten die Wichtigkeit des Kinderwunsches insgesamt neu.

5 Empirische Forschungsfragen und Hypothesen

In dieser Arbeit werden zwei Forschungsfragen empirisch untersucht:

- Welche Paare nutzen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung und wie ist sie in deren Lebensverläufe eingebettet?
- Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung?

Diese werden nachfolgend präzisiert und erläutert. Anknüpfend an die diskutierten theoretischen Ansätze, das daraus entwickelte Paarmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns und unter Berücksichtigung des Forschungsstandes werden außerdem forschungsleitende Hypothesen formuliert.

5.1 Welche Paare nutzen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung und wie ist sie in deren Lebensverläufe eingebettet?

5.1.1 Präzisierung der Forschungsfrage und Relevanz

Der erste Teil der empirischen Analysen beschäftigt sich mit der Frage, welche Paare die Kinderwunschbehandlung nutzen und wie sie in die Lebensverläufe der Partner und die Paarbiografie eingebettet ist. Es geht dabei nicht darum zu analysieren, wie sich Nutzer der Reproduktionsmedizin von Nicht-Nutzern unterscheiden. Dafür existieren in Deutschland nach Kenntnis der Autorin keine geeigneten Daten. Vielmehr sollen die Nutzer anhand soziodemografischer und sozialstruktureller Merkmale umfassend beschrieben werden. Dies erfolgt mit dem Ziel, besser zu verstehen, in welcher Lebensphase und Lebenssituation sich deutsche Paare befinden, wenn sie eine Infertilitätserfahrung machen und wenn sie sich an die Reproduktionsmedizin wenden.

Wie an den Formulierungen deutlich wird, ist das Ziel der Analyse Deskription und nicht Erklärung. Aus medizinischer und psychologischer Perspektive ist die Situation von Frauen und teilweise auch von Männern und deren Belastung im Kontext der Kinderwunschbehandlung mittlerweile recht gut erforscht. Aus einer sozialwissenschaftlichen und stärker lebensverlaufsbezogenen Perspektive, welche die Infertilitätserfahrung der Frauen und Männer und das darauf bezogene generative Handeln in deren Lebensverläufe eingebettet betrachtet, ist dagegen nur sehr wenig über die Betroffenen bekannt. Soziodemografische Kerninformationen und bestimmte Aspekte der Paarbiografie werden in fast allen Befragungen von Paaren in Kinderwunschbehandlung miterfasst, sie werden allerdings nicht in dem hier intendierten Sinne ausgewertet und interpretiert, da die Ziele der Analysen meist andere sind (siehe Kapitel 4.1). Die Relevanz der Forschungsfrage aus soziologisch-demografischer Sicht ergibt sich daraus, dass sich inhaltliche Zusammenhänge aufzeigen lassen zwischen Beziehungsmustern und Mustern des generativen Verhaltens, wie sie von Familiensoziologie und Demografie allgemein beschrieben werden (siehe Kapitel 2.1), und der Notwendigkeit infertilitätsbezogenen generativen Handelns. Studien zur Verbreitung von Infertilität zeigen, dass über ihre reproduktive Phase hinweg etwa jede fünfte Frau Infertilitätserfahrungen macht (Helfferich 2001: 306) und dass die Zahl der durchgeführten reproduktionsmedizinischen Behandlungen steigt (DIR 2014: 11). Viele der

Frauen, die im Verlauf ihrer reproduktiven Phase eine Infertilitätsbefahrung machen, bekommen noch (weitere) Kinder, viele auf natürlichem Wege, manche mit Hilfe der Reproduktionsmedizin. Aber in welcher Lebensphase und Partnerschaftssituation befinden sich die Paare, wenn sie eine Infertilitätsbefahrung machen und wenn sie ein Kinderwunschzentrum aufsuchen? Gibt es mehrere typische Konstellationen und wie verbreitet sind diese jeweils in einer Population von Kinderwunschaaren? Diese Fragen sollen anhand der empirischen Analysen beantwortet werden.

Den aktuellen Daten des Deutschen IVF-Registers zufolge sind Frauen in Kinderwunschbehandlung im Mittel 35,2 und Männer 38,6 Jahre alt (DIR 2014: 28). Die im Forschungsstand (Kapitel 3) vorgestellten Studien aus anderen Ländern sowie die wenigen Befunde zu Deutschland verweisen darauf, dass es unter den von Infertilität Betroffenen im Mittel die älteren, kinderlosen, verheirateten und sozioökonomisch besser situierten Frauen sind, die medizinische Hilfe suchen. Die Beschreibung der Kinderwunschaare anhand der Durchschnittswerte verdeckt allerdings den Blick auf die durchaus starke Heterogenität in der Population. Dies lässt sich exemplarisch an der breiten Altersspanne in den Daten der PinK-Studie, einer Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung, verdeutlichen, die in dieser Arbeit auch als Datengrundlage verwendet wird: In Kinderwunschbehandlung befinden sich Frauen zwischen 22 und 44 Jahren und Männer zwischen 23 und 62 Jahren (Passet-Wittig et al. 2014: 19). Das Infertilitätsrisiko und die Erfolgsaussichten einer Behandlung, die Lebenssituation und auch die ökonomische Lage dieser Paare können sich abhängig vom Alter immens unterscheiden. Die Heterogenität innerhalb der Population, die sich hier abzeichnet, wurde bislang noch kaum genutzt, um ein differenzierteres Bild der Zusammensetzung der Population von Paaren in Kinderwunschbehandlung zu zeichnen.

Wie wird dies umgesetzt? Im Zuge der Analyse wird mittels clusteranalytischer Verfahren untersucht, ob sich verschiedene „Situations-Typen“ von Kinderwunschaaren identifizieren lassen. Für die Analyse werden Variablen verwendet, welche die Lebenssituation der Paare zu dem Zeitpunkt beschreiben, an dem sich erstmals einer der Partner Sorgen wegen des Ausbleibens einer Schwangerschaft macht. Also dann, wenn erstmals ein Fertilitätsproblem wahrgenommen und infertilitätsbezogenes generatives Handeln möglich wird. Die Paartypen werden beschrieben und ihr Anteil an der Gesamtpopulation der betrachteten Kinderwunschaare quantifiziert. Die Zugehörigkeit zu jeweils einem Typus kann darüber hinaus später, im Kontext der zweiten Forschungsfrage, auch als unabhängige Variable in der erklärenden Analyse verwendet werden.

5.1.2 Annahmen

Da bislang keine differenzierte Beschreibung der Population von Kinderwunschaaren vorliegt, ist die geplante Analyse in gewisser Weise als explorativ anzusehen. Weder für die Zahl der Cluster noch für deren Merkmalsausprägungen lassen sich vor der Durchführung der Analyse konkrete Erwartungen formulieren. Allerdings können unter Berücksichtigung des Forschungsstandes einige allgemeinere Annahmen formuliert werden, die hier anstelle von forschungsleitenden Hypothesen im engeren Sinne vorgestellt werden.

Das Durchschnittsalter der Kinderwunschpatienten in Deutschland ist relativ hoch: Bei Frauen liegt es bei Mitte dreißig und bei Männern sogar noch darüber (DIR 2014: 28). Es ist deshalb zu erwarten, dass sich in der Typologie von Paaren in Kinderwunschbehandlung mindestens eine Gruppe älterer Paare identifizieren lässt. Die breite Altersspanne in den PinK-Daten deutet jedoch darauf hin, dass sich auch deutlich jüngere Paare in Kinderwunschbehandlung begeben (Passet-Wittig et al. 2014: 20). Interessant ist die Frage, wie viele dies sind und ob diese eine spezifische Gruppe bilden. Das Alter hat für Lebensver-

läufe eine stark strukturierende Wirkung: Es kann nicht nur als Proxy für die biologische und psychologische Entwicklung, sondern auch für die Lebenssituation und Lebensphase betrachtet werden (Settersten/Mayer 1997: 234). Dies ist gerade in Deutschland mit seinen relativen starren Bildungs- und Erwerbsbiografien relevant. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich die Lebens- und Partnerschaftssituation und möglicherweise auch die sozioökonomischen Ressourcen der Kinderwunschaare abhängig vom Alter deutlich unterscheiden.

Onnen-Isemann (1996) identifiziert in narrativen Interviews mit kinderlosen Frauen, die Erfahrungen mit der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung haben, zwei Gruppen von Frauen.⁴² Sie nennt diese „Nicht-Verzögerinnen“ und „Verzögerinnen“. Bei Ersteren handelt es sich um Frauen, die nach der Eheschließung direkt mit der Umsetzung des Kinderwunsches begonnen und eine eher traditionelle Familienorientierung haben. Letztere haben den Kinderwunsch nach der Eheschließung zunächst aufgeschoben. Dafür ist Onnen-Isemann zufolge ein Zielkonflikt verantwortlich zwischen der generellen Familienorientierung (die einen Kinderwunsch impliziert und zur Eheschließung geführt hat) und einer Erwerbsorientierung. Es ergeben sich hieraus Hinweise darauf, dass sich mindestens zwei Gruppen von Paaren unter den Nutzern der Reproduktionsmedizin finden sollten. Darunter eine Gruppe von eher älteren Paaren mit längerer Beziehungsdauer, die den Kinderwunsch innerhalb der aktuellen Partnerschaft aufgeschoben haben. In Onnen-Isemanns Terminologie wären dies die „Verzögerer“. Eine zweite Gruppe würden Paare bilden, die im Vergleich zur ersten eher kürzere Beziehungsdauern aufweisen, also bezogen auf ihre Paarbiografie noch weiter am Anfang stehen.

Weiterhin stellt sich die Frage nach der Bedeutung der Parität für eine solche Typologie. Obwohl Frauen mit und ohne Kinder etwa gleichhäufig von Infertilität betroffen sind (Helffferich 2001: 306; Passet-Wittig et al. 2016: 84), finden sich unter den Nutzern der Reproduktionsmedizin vor allem kinderlose Frauen und Männer (Passet-Wittig et al. 2016: 85f). Es ist davon auszugehen, dass sich Kinderlose und Eltern unter den Kinderwunschpatienten in ihrer Lebenssituation unterscheiden. Entsprechend wird angenommen, dass die Variable für die Typologie relevant ist.

5.2 Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung?

5.2.1 Präzisierung der Forschungsfrage und Relevanz

Die zweite Forschungsfrage beschäftigt sich mit dem partnerschaftlichen Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin und deren Umsetzung. Das Erkennen eines Fertilitätsproblems ist die Voraussetzung für infertilitätsbezogenes Handeln des Paares und damit der natürliche Startpunkt dieses Prozesses (siehe Kapitel 4.1 und Kapitel 4.4.1). Der erste Besuch eines Kinderwunschzentrums markiert den Zeitpunkt der Umsetzung einer Entscheidung des Paares für die Nutzung der Reproduktionsmedizin mit dem Ziel, sich dadurch seinen Kinderwunsch zu erfüllen. Die Dauer der Phase zwischen dem Zeitpunkt des Erkennens eines Problems durch den ersten Partner und dem Aufsuchen eines

⁴² Onnen-Isemann betrachtet nur verheiratete Paare, da zum Zeitpunkt der Durchführung der narrativen Interviews (1993-1995) die Ehe eine rechtliche Voraussetzung für den Zugang zur Kinderwunschbehandlung war.

Kinderwunschzentrums kann damit als zeitliche Dimension des Entscheidungsprozesses, mit klar definiertem und theoretisch abgeleitetem Anfangs- und Endpunkt, verstanden werden.

Zunächst soll die Frage beantwortet werden, wie lange es bei den Paaren, ausgehend vom Zeitpunkt des Erkennens eines Fertilitätsproblems, dauert, bis sie sich an ein Kinderwunschzentrum wenden. In einem zweiten Schritt wird dann untersucht, welche Merkmale der Partner und des Paares die Länge des Entscheidungsprozesses beeinflussen.⁴³ Dahinter steht zunächst ganz allgemein die Frage nach Faktoren, welche diesen Prozess verkürzen oder verlängern. Dafür wird, ausgehend von dem allgemeinen Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns, ein Analysemodell vorgestellt. Dieses berücksichtigt Einflussfaktoren, die aus theoretischer Sicht von Bedeutung sind und sich in bisherigen Studien in verschiedenen nationalen Kontexten als empirisch relevant erwiesen (Kapitel 3). Es lässt sich die Annahme formulieren, dass Faktoren, welche die Entscheidung für oder gegen medizinische Hilfe beeinflussen, auch für die Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses relevant sind, indem sie verlängernd oder verkürzend wirken. Theoretisch abgeleitete Wirkungsmechanismen werden im nachfolgenden Abschnitt formuliert. Für einige wenige Variablen, wie das Alter beider Partner, deren Bildungsstand, das Einkommen und den Ehestatus liegen erste Befunde zum Zusammenhang mit der Dauer vom Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs bis zum Beginn einer Behandlung vor (Costa et al. 2013; Domar et al. 2012; Jain 2006; Sanders et al. 2014). Diese sind jedoch nur schwer vergleichbar, weil die abhängige Variable in den Studien nicht gleich definiert ist, unterschiedliche erklärende Variablen verwendet werden und sich die Untersuchungen auf verschiedene Länder beziehen.

Die Beantwortung dieser Forschungsfrage ist in mehrfacher Hinsicht relevant. Für eine Gruppe von Paaren kann eine lange Dauer bis zum ersten Besuch eines Kinderwunschzentrums aus medizinischen Gründen problematisch werden. Nicht nur die natürliche Fruchtbarkeit nimmt mit dem Alter der Frau deutlich ab, sondern auch die Erfolgswahrscheinlichkeit von reproduktionsmedizinischen Behandlungen (Templeton et al. 1996; van Noord-Zaadstra et al. 1991). Je länger also vor allem Paare, bei denen die Frau über 30 Jahre alt ist, mit dem Beginn einer Kinderwunschbehandlung warten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Kinderwunsch auch auf diesem Wege nicht umgesetzt werden kann. Multivariate querschnittliche Analysen zur Nutzung medizinischer Hilfe durch von Infertilität betroffene Frauen zeigen deutlich, dass ältere Frauen häufiger medizinische Hilfe suchen (siehe u. a. Bitler/Schmidt 2006: 862; Chandra/Stephen 2010: 729; Kalmuss 1987: 581; Staniec/Webb 2007: 980; Terävä et al. 2008: 63), für die Dauer zwischen Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs und dem Aufsuchen eines Facharztes oder Kinderwunschzentrums sind die bisherigen Befunde dagegen uneindeutig (Costa et al. 2013). Domar et al. (2012: 1078) stellen sogar fest, dass ältere Frauen länger brauchen, bis sie einen Arzt konsultieren. Das kann für die Betroffenen problematisch sein. Inwiefern dies für deutsche Paare gilt ist zu prüfen.

Darüber hinaus können längere Phasen in bestimmten sozialstrukturellen Gruppen Hinweise liefern auf soziale Ungleichheit in der Nutzung der Reproduktionsmedizin. Dies ist angesichts der relativ hohen Behandlungskosten relevant (bis zu 5.000 €), die für eine einzelne Behandlung mit IVF oder ICSI entstehen können. Finanziell benachteiligte Gruppen sollten unter Kontrolle anderer Einflussfaktoren längere Dauern aufweisen, da sie sich

⁴³ Der hier interessierende Zeitraum umfasst neben der Entscheidung selbst immer auch deren Umsetzung. Wenn nachfolgend der Begriff der „Dauer des Entscheidungsprozesses“ verwendet wird, ist immer beides gemeint.

aufgrund der möglicherweise auf sie zukommenden Kosten mit der Entscheidung schwerer tun. Zu prüfen ist dabei, inwiefern die ungleiche Nutzung von den aktuellen institutionellen Rahmenbedingungen abhängig ist. Relevant sind hier die Bedingungen für die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beispielsweise müssen unverheiratete Paare die Behandlungskosten komplett selbst tragen (siehe Kapitel 2.3.1). Hierzu haben Revermann und Hüsing in einer Studie des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag (2011: 99) die These aufgestellt, „[...] dass die finanzielle Belastung die betroffenen Paare länger zögern lässt, bevor sie sich zu einer ART-Behandlung entschließen“. Analysen der Auswirkungen der Gesundheitsreform, die Anfang 2004 in Kraft trat und in deren Rahmen die Kostenübernahme für gesetzlich Versicherte deutlich reduziert wurde, zeigen, dass die Nutzungszahlen nach Inkrafttreten deutlich zurückgegangen sind (Connolly et al. 2009; Dietrich/Wevers 2010). Erste Untersuchungen geben Hinweise auf einen verlängernden Effekt der ökonomischen Situation von Infertilität Betroffener (siehe Sanders et al. 2014: 261). Für Deutschland wurde dies auf der Mikroebene der handelnden Individuen jedoch noch nicht systematisch untersucht.

Wie der Forschungsstand (Kapitel 3.2) gezeigt hat, ist bislang besonders wenig über die zeitliche Dimension der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität bekannt. Auch die Paarebene wurde bislang in der quantitativen Forschung zu dem Themenkomplex kaum berücksichtigt, obwohl gerade, wenn es um Kinderwünsche und deren Erfüllung geht, in der Regel beide Partner involviert sind. Eine der wenigen vorliegenden quantitativen Arbeiten zeigt, dass Einstellungen beider Partner zur Elternschaft die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe beeinflussen (Johnson/Johnson 2009). Die zeitliche Dimension ist gerade für das Verständnis der Paarinteraktion im Entscheidungsprozess von Bedeutung. Denn die Dauer zwischen dem Erkennen eines Fertilitätsproblems und dem Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums repräsentiert einen komplexen, dynamischen und partnerschaftlichen Entscheidungsprozess, in dem die Partner zunächst beide die Infertilität als Problem erkennen, eine gemeinsame Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe treffen und diese in partnerschaftliches Handeln umsetzen müssen (Sol Olafsdottir et al. 2012: 84). Dieser Prozess benötigt Zeit und kann gerade bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Partnern hohe Anforderungen an die Paare stellen. Es wird angenommen, dass die Dauervariable die zeitliche Dynamik der individuellen und partnerschaftlichen Entscheidung in geeigneter Weise abbilden kann. Dabei interessieren zum einen Übereinstimmung und Nicht-Übereinstimmung in Einstellungen und Motiven. Denn Nicht-Übereinstimmung stellt erhöhte Anforderungen an die Paare, die ihre Positionen synchronisieren müssen, bevor sie zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen. Von Interesse ist in diesem Kontext auch, ob sich die Auswirkung von Nicht-Übereinstimmung unterscheidet, abhängig davon welche Position der Mann und welche die Frau vertritt.

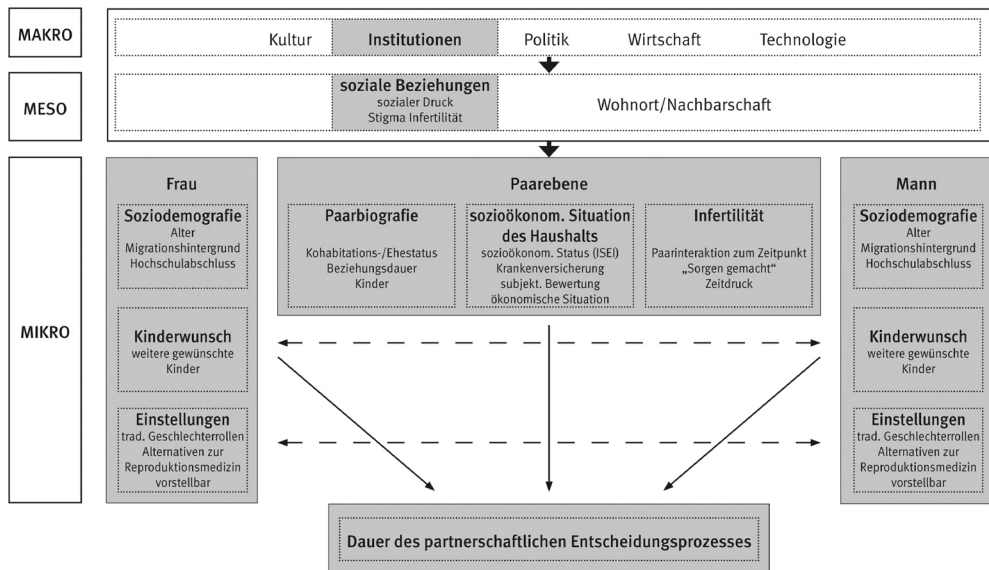
5.2.2 *Analysemodell und Hypothesen*

Anders als im Hinblick auf die soziodemografische Beschreibung der Kinderwunschaare (siehe Kapitel 5.1), lassen sich in Bezug auf die Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin konkrete theoriegeleitete Hypothesen formulieren.

Basis für die Ableitung von Hypothesen ist das handlungstheoretisch fundierte allgemeine Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen Handelns im Paarkontext, das in Kapitel 4.4.2 vorgestellt wurde. Dieses wird hier auf die Entscheidung für die Nutzung der Kinderwunschbehandlung in Deutschland angewendet, wobei die Dauer des Entscheidungsprozesses im Fokus steht. Abbildung 5-1 zeigt das dahingehend angepasste Modell. Es enthält

in den relevanten Kategorien eine Auflistung der als bedeutsam erachteten und im Datensatz verfügbaren Merkmale für die Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses. Diese stellen eine Auswahl aus den in Kapitel 4.4.2 als für infertilitätsbezogenes Handeln potenziell bedeutsam identifizierten Merkmalen dar, wobei die Auswahl sowohl inhaltlich durch die abhängige Variable als auch methodisch durch die Datenverfügbarkeit begründet ist. Basierend auf dem in dieser Weise angepassten Modell werden im Folgenden Hypothesen formuliert: zum Alter der Frau, zur Paarbiografie, zur Bedeutung ökonomischer Ressourcen, zu infertilitätsbezogenen Merkmalen und schließlich zum Kinderwunsch und zu Einstellungsvariablen.

Abbildung 5-1: Analysemodell zur Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin



Quelle: eigene Darstellung.

Alter der Frau und des Mannes

Die reproduktive Phase der Frau ist natürlich begrenzt. Die Fruchtbarkeit lässt bereits ab dem 30. oder spätestens dem 35. Lebensjahr deutlich nach. Auch bei Männern nimmt die Fruchtbarkeit mit dem Alter ab, anders als Frauen können Männer jedoch noch bis in ein hohes Alter Kinder zeugen. Doch nicht nur die natürliche Fruchtbarkeit, sondern auch die Erfolgsaussichten einer Kinderwunschbehandlung reduzieren sich mit dem Alter der Frau deutlich (van Noord-Zaadstra et al. 1991; Templeton 1996). Das bedeutet, dass ein höheres Alter mit einem kürzeren verbliebenen Zeitfenster für die Umsetzung des Kinderwunsches und reduzierten Erfolgsaussichten einhergeht. Wenn die Paare dies berücksichtigen, sollte ein höheres Alter der Frau negativ mit der Dauer des Entscheidungsprozesses assoziiert sein, weil sich Paare in vorangeschrittenem Alter beeilen müssen, um die Chance auf eine Geburt zu wahren. Dies setzt voraus, dass die Paare über ein gewisses biologisches Grundwissen über die „biologische Uhr“ der Frau verfügen oder sich dieses spätestens in der Auseinandersetzung mit der Infertilitätsthematik aneignen.

A1 Mit dem steigenden Alter der Frau ist eine Verkürzung der Dauer des Entscheidungsprozesses verbunden.

Dabei ist zu prüfen, ob der Zusammenhang tatsächlich linear ist, oder ob es möglicherweise einen Altersschwellenwert gibt, ab dem die Paare schneller ein Kinderwunschzentrum aufsuchen. Dieser könnte beispielsweise bei 35 Jahren liegen, einem Alter, ab dem in der Reproduktionsmedizin ein zügigerer Beginn von Diagnostik und gegebenenfalls einer Behandlung empfohlen wird (Gnoth et al. 2004: 277; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine 2013: 63). Weiterhin ist nach dem aktuellen Kenntnisstand nicht davon auszugehen, dass das Alter des Mannes einen eigenständigen Einfluss auf die Dauer hat.

A2 Das Alter des Mannes steht nicht in Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.

Paarbiografie

Partnerschaften unterscheiden sich in ihrem objektiven Institutionalierungsgrad, der sich am Kohabitations- und Ehestatus ablesen lässt. Typischerweise ist die Kohabitation in Deutschland ein Schritt, der vor der Eheschließung vollzogen wird. Deshalb kann bei Partnerschaftsbiografien von einer Institutionalisierung in drei Phasen ausgegangen werden: von der Partnerschaft ohne Kohabitation über das zusammenlebende unverheiratete Paar bis hin zur Ehe.

Wie die demografischen Trends in Kapitel 2.1 verdeutlichen, gilt dies jedoch heute nicht mehr uneingeschränkt. Die nichteheliche Lebensform ist weit verbreitet und nicht immer nur eine Testphase für die Ehe. Geht es jedoch um die Geburt von Kindern, dann ergibt sich ein etwas anderes Bild. Für Westdeutschland gilt, dass die Geburtswahrscheinlichkeit in Ehen höher ist als in unverheirateten Partnerschaften, in Ostdeutschland ist es dagegen umgekehrt (Kreyenfeld et al. 2011: 171). In Westdeutschland kann die Ehe damit, anders als in Ostdeutschland, als das relevante Setting für eine Geburt betrachtet werden. Dies wird mehrere Gründe haben. Zum einen hängt es sicherlich damit zusammen, dass die kulturelle Vorstellung von der Ehe als Voraussetzung der Familiengründung (zumindest in Westdeutschland) immer noch relativ weit verbreitet ist (Dorbritz/Ruckdeschel 2015: 147), auch wenn der Zusammenhang empirisch tendenziell an Bedeutung verliert (Kreyenfeld/Konietzka 2015: 361). Zum anderen bietet die Ehe durch ihre formal-rechtliche Verankerung eine bessere Absicherung, zum Beispiel im Falle einer Trennung der Eltern. Entsprechend reduziert die Ehe Unsicherheit für beide Partner und erleichtert die gemeinsame Entscheidung für eine Kinderwunschbehandlung.

Ausgehend von diesen Überlegungen zur Institutionalisierung von Partnerschaften lässt sich folgende Hypothese zum Ehestatus formulieren.

PB1 Verheiratete Paare sollten sich schneller für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden als unverheiratete Paare.

Die Partnerschaftsdauer soll als Kontrollvariable in den Analysen mitgeführt werden, um sicherzustellen, dass ein eventueller Einfluss des Institutionalierungsgrades nicht auf diese Drittvariable zurückgeht.

Wie der Forschungsstand (Kapitel 3.1) gezeigt hat, sind länderübergreifend kinderlose Frauen im Vergleich zu Müttern häufiger Nutzer medizinischer Hilfe. Geht man davon aus, dass Paare bei der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin die damit assoziierten Kosten und Nutzen sowie die Erfolgsaussichten abwägen, dann lässt sich anneh-

men, dass diese aus Sicht von kinderlosen Paaren und aus Sicht von Paaren mit Kind(ern) in einem unterschiedlichen Verhältnis zueinander stehen. Die meisten Paare mit Kindern haben bereits die Erfahrung einer natürlichen Schwangerschaft und Geburt gemacht und haben entsprechend ein größeres Vertrauen in ihre eigene Fortpflanzungsfähigkeit. Dies sollte dazu führen, dass Elternpaare länger abwarten, bis sie sich für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden. Zudem haben diese Paare bereits ein Kind und der zusätzliche Nutzen eines weiteren Kindes ist, bei vergleichbaren sonstigen Kosten, wahrscheinlich niedriger als bei kinderlosen Paaren. Die materiellen, physischen und psychologischen Kosten sind bei beiden Gruppen von Paaren gleich, fallen aber aufgrund des geringeren Nutzens stärker ins Gewicht. Es wird deshalb erwartet, dass es Paaren mit Kindern schwerer fällt sich für eine Kinderwunschbehandlung zu entscheiden und sie deshalb länger brauchen, bis sie ein Kinderwunschzentrum aufsuchen.

PB2 Paare, die bereits eine Familie gegründet haben, weisen eine längere Dauer bis zum Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums auf, als kinderlose Paare.

Auswirkung institutioneller Rahmenbedingungen und soziale Ungleichheit

Bevor Hypothesen über soziale Ungleichheit in der Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung formuliert werden können, muss zunächst definiert werden, was darunter verstanden werden soll. Da es sich bei der Kinderwunschbehandlung um ein medizinisches Angebot handelt, bilden die Ausführungen von Andersen zu gleichem beziehungsweise ungleichem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen einen geeigneten Ausgangspunkt (siehe auch Kapitel 4.3). Andersen (1968: 59ff) zufolge liegt gleicher Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vor, wenn dieser ausschließlich vom individuell wahrgenommenen oder vom diagnostizierten Bedarf abhängt. Das bedeutet, dass all diejenigen, die sich krank fühlen oder bei denen eine Krankheit diagnostiziert wurde, auch gleichermaßen Zugang zu der entsprechenden Behandlung bekommen. Somit können auch soziodemografische Merkmale mittelbar einen statistischen Einfluss darauf haben, wer Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nimmt. Soziodemografische Merkmale, die den Bedarf beeinflussen, sind – abhängig vom Krankheitsbild – solche, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Krankheit erhöhen. Im Falle von Infertilität wäre dies insbesondere das Alter der Frau, weil die Wahrscheinlichkeit, von Infertilität betroffen zu sein, mit deren Alter ansteigt. Sozioökonomische Merkmale sollten in einer Situation völlig gleichen Zugangs in keinem Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses stehen.

Die Definition scheint grundsätzlich geeignet, um ungleichen Zugang zur Reproduktionsmedizin zu identifizieren, besonders weil sie Bedarf weit fasst, indem sie sowohl den über einen Arzt diagnostizierten als auch den subjektiven Bedarf darunter versteht. Die subjektive Komponente impliziert nicht nur ein Müssen, sondern auch ein Wollen. Dieses Wollen ist in zweifacher Hinsicht relevant. Zunächst ist der Bedarf, dem Verständnis von Infertilität dieser Arbeit zufolge, insofern immer sozial konstruiert, als Infertilität nicht vorrangig als Krankheit betrachtet wird, sondern auf Schwierigkeiten bei der Erfüllung eines Kinderwunsches verweist. In der Regel wird die Infertilität irgendwann in dem Gesamtprozess auch durch einen Arzt diagnostiziert, aber ohne einen Kinderwunsch ist diese Diagnose nicht relevant. Zum zweiten müssen die Paare eine reproduktionsmedizinische Behandlung wollen. Andersens Definition folgend würde gleicher Zugang also vorliegen, wenn alle Paare, die einen unerfüllten Kinderwunsch haben, bei denen Infertilität diagnostiziert wurde und die ihren Kinderwunsch mit Hilfe der Reproduktionsmedizin realisieren wollen, auch gleichen Zugang zur Kinderwunschbehandlung haben.

Angesichts der institutionellen Rahmenbedingungen in Deutschland (siehe Kapitel 2.3.1), zu denen hier nicht nur die formelle Zugangsberechtigung, sondern auch die Regelungen zur Kostenübernahme gezählt werden, ist nicht mit einem gleichen Zugang für alle zu rechnen. Allerdings können die Auswirkungen dieser Zugangsvoraussetzungen in einer Analyse der Dauer nur sehr eingeschränkt untersucht werden, da alle Paare, für die in dem verwendeten Datensatz eine Dauer vorliegt, letztendlich medizinische Hilfe gesucht haben (siehe Kapitel 6.1). Jene, die sich möglicherweise aus rechtlichen oder finanziellen Gründen gegen eine Behandlung entschieden haben, sind nicht Teil der Stichprobe. Entsprechend liegt der Fokus nicht auf der formellen Zugangsberechtigung, sondern auf den Regelungen zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherer in Deutschland. Diese Regelungen wirken sich auf die Kosten aus, die durch die Paare bei einer Behandlung selbst zu tragen sind. Verheiratete Paare, bei denen die Frau zwischen 25 und 40 Jahren und der Mann zwischen 25 und 50 Jahren alt ist, bekommen die Hälfte der Behandlungskosten für bis zu drei Behandlungen erstattet. Paare, die diese Bedingungen nicht erfüllen, müssen die vollständigen Behandlungskosten selbst tragen.

Dabei ist keineswegs von vornherein klar, welcher Stellenwert den Kosten durch die Paare in diesem Fall beigemessen wird: Einerseits geht es hier um die Umsetzung eines zentralen Lebenszieles, für das viele eine hohe finanzielle Belastung in Kauf nehmen würden. Andererseits muss davon ausgegangen werden, dass diese potenzielle Belastung bei einkommensschwächeren Paaren die Entscheidung zumindest erschwert. Die Entscheidung erfordert gegebenenfalls die Beschaffung zusätzlicher Informationen (Versicherungspolice, bundeslandspezifische Regelungen) und macht ein stärkeres Abwägen unter Unsicherheit nötig (anfallende Kosten sind nicht von vornherein klar). Dies sollte sich auf die benötigte Zeit für die Entscheidung auswirken.

Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Ausstattung des Haushaltes mit finanziellen Ressourcen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ehestatus und Alter) die Dauer beeinflussen.

SU1 Bei gesetzlich versicherten Paaren, welche die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht erfüllen, dauert der Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin länger als bei Paaren, welche die Voraussetzungen erfüllen.

Sowohl hinsichtlich des Alters als auch des Ehestatus sei angemerkt, dass hier für die gesetzlich Versicherten eine konkurrierende Hypothese zu Hypothese A1 beziehungsweise PB1 formuliert wird. Während die Hypothese AI zum Alter der Frau davon ausgeht, dass sich mit jedem Altersjahr der Zeitraum bis zum ersten Zentrumsbesuch verkürzt, weil die Paare zügiger mit der Umsetzung des Kinderwunsches beginnen wollen, geht SU1 von einem unteren und oberen Altersschwellenwert aus, der durch die Versicherungsbedingungen der GKV bedingt ist und sich auf die durch die Paare zu tragenden Kosten auswirkt. Weiterhin wird hier wie auch in Hypothese PB1 angenommen, dass unverheiratete Paare längere Dauern aufweisen. Oben wird postuliert, dass die Norm der „kindorientierten Eheschließung“ zumindest in Westdeutschland noch relevant ist, während in Hypothese SU1 ein Kostenargument im Vordergrund steht.

Da die Finanzierung der Behandlung meist vor dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum noch nicht klar ist, treffen die Paare ihre Entscheidung in der Regel unter Unsicherheit. Unklarheit über die potenzielle Kostenerstattung sollte bei allen Paaren mit geringen finanziellen Ressourcen die Unsicherheit erhöhen und die Entscheidung erschweren, ungeachtet dessen, ob am Ende eine Kostenübernahme bewilligt wird.

SU2 Je besser die finanzielle Ressourcenausstattung der Paare, desto eher können sie sich die Behandlung leisten und desto kürzer die Dauer bis zum ersten Besuch im Kinderwunschzentrum.

Ergänzend ist anzunehmen, dass es zu einer Kumulation von Nachteilen bei gesetzlich versicherten Paaren kommt, die über geringe finanzielle Mittel verfügen, da die Kosten für sie deutlich höher sind als für die anderen Versicherungsgruppen.

SU3 Gesetzlich versicherte Paare, welche die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht erfüllen und über geringe finanzielle Ressourcen verfügen, weisen eine besonders lange Dauer auf.

Einflüsse anderer soziodemografischer Merkmale der Partner wie des Migrationshintergrundes und des Bildungsstandes sind möglich bis wahrscheinlich. Es lässt sich aber a priori schwer einschätzen, von welcher Art diese Einflüsse sind und in welche Richtung sie sich auswirken. Daher werden diese Merkmale kontrolliert, ohne dass zu ihrem Einfluss Hypothesen formuliert werden.

Infertilität

Weiter oben wurde zum Alter die Hypothese A1 formuliert, der zufolge sich Paare, in denen die Frau älter ist, schneller an die Reproduktionsmedizin wenden. Dahinter stand die Annahme, dass je mehr sich die Paare dem Ende der reproduktiven Phase der Frauen nähern, sie desto eher das Risiko sehen, dass die Umsetzung ihres Kinderwunsches nicht mehr gelingt. In gewisser Weise ging es dabei um den objektiven Zeitdruck. Im subjektiven Empfinden kann die Realisierung eines Kinderwunsches aber auch aus anderen Gründen als dringlich wahrgenommen werden, sodass ein Gefühl von Zeitdruck entsteht. Je stärker ein Partner diesen Zeitdruck empfindet, desto mehr wird er oder sie auf eine zeitnahe Realisierung hinwirken. Dies sollte einen verkürzenden Effekt auf die Dauer des Entscheidungsprozesses haben.

IN1 Hat die Partnerin das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen, dann wendet sich das Paar schneller an die Reproduktionsmedizin als wenn kein Zeitdruck wahrgenommen wird.⁴⁴

Partnerschaftliches infertilitätsbezogenes Handeln, wie es hier definiert ist, ist nur möglich, wenn das „Symptom“ des Ausbleibens einer Schwangerschaft nicht nur von einem, sondern von beiden Partnern als Problem erkannt beziehungsweise definiert wurde (siehe auch Kapitel 4.4.1). Bei dem Erkennen eines Fertilitätsproblems handelt es sich zunächst um einen individuellen Prozess, der dadurch beeinflusst ist, dass Infertilität schwer zu fassen ist, die Symptome uneindeutig sind und die Situation sich jeden Monat ändern könnte (Sandelowski 1987: 70, 1995: 128). Partner können demnach im Zeitpunkt der Realisierung eines Fertilitätsproblems übereinstimmen oder abweichen. Solange beispielsweise ein Partner glaubt, dass es sicherlich demnächst auf natürlichem Wege klappen wird, besteht kein Grund, sich mit alternativen Wegen zur Erfüllung des Kinderwunsches auseinanderzusetzen. Unabhängig von den Gründen kann festgehalten werden, dass erst dann, wenn das Problem von beiden Partnern als handlungsrelevant betrachtet wird, der eigentliche partnerschaftliche Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

⁴⁴ Da die Information zum subjektiven Empfinden von Zeitdruck in dem verwendeten Datensatz nur für Frauen vorliegt, bezieht sich die Hypothese nur auf Frauen.

beginnen kann (Sol Olafsdottir et al. 2012: 183f). Zumal die Kinderwunschbehandlung die Zustimmung beider Partner erfordert (siehe Kapitel 2.3.1). Hier wird deshalb grundsätzlich davon ausgegangen, dass es für den Entscheidungsprozess bis zum Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums von Bedeutung ist, ob die Partner sich zeitgleich oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten Sorgen machen. Denn durch die Ungleichzeitigkeit verschiebt sich der Zeitpunkt, ab dem partnerschaftliches infertilitätsbezogenes Handeln überhaupt möglich ist, nach hinten und entsprechend kann auch die Entscheidung für die Kinderwunschbehandlung erst später getroffen und umgesetzt werden.

IN2 Paare, die in dem Zeitpunkt, zu dem sie sich erstmals Sorgen über das Ausbleiben einer Schwangerschaft gemacht haben, übereinstimmen, weisen kürzere Dauern bis zum Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums auf als Paare, die nicht übereinstimmen.

Einstellungen und Motive auf Paarebene

In dem Modell infertilitätsbezogenen Handelns wird subjektiven Einstellungen und Motiven eine große Bedeutung beigemessen. Insbesondere die sozialpsychologischen Erklärungsansätze generativen Handelns betonen deren Bedeutung. Es wird deshalb angenommen, dass sie auch für die Entscheidung zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe relevant sind. Viele der im Analysemodell aufgeführten Variablen (siehe Abbildung 5-1) wurden bereits im Zusammenhang mit generativem Handeln untersucht. Auch für die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität liegen teilweise Befunde vor. Wenig klar ist bislang, welche Bedeutung den Dispositionen des Mannes im Vergleich zu denen der Frau zukommt und wie beide im Paarkontext zusammenwirken. Dies wird für die folgenden Einstellungen untersucht: Wahrnehmung sozialen Drucks, Wahrnehmung von Stigma, Zahl der weiteren gewünschten Kinder, Geschlechterrollenvorstellungen und Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung (Adoption, Pflegeelternschaft).

Nachfolgend wird etwas von der bisherigen Vorgehensweise in diesem Kapitel abgewichen. Es werden zunächst in allgemeiner Form und einheitlich für alle untersuchten subjektiven Dispositionen Hypothesen dazu formuliert, welche Muster der Paarinteraktion erwartet werden. Erst im Anschluss daran wird auf die einzelnen Variablen eingegangen und spezifiziert, welche Richtung des Zusammenhangs mit der Dauer bis zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum für das Merkmal erwartet wird.

In der quantitativen Forschung zur Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität dominieren bislang Analysen, die ausschließlich Merkmale der Frau berücksichtigen. Implizit wird damit angenommen, dass die Nutzung medizinischer Hilfe bei Infertilität durch die Merkmale der Frau ausreichend gut erklärt werden kann. Vor dem Hintergrund, dass Kinderwünsche und deren Umsetzung bei heterosexuellen Paaren grundsätzlich ein Paarthema sind (Miller/Pasta 1996: 207), ist dies kritisch zu sehen. Basierend auf dem bisherigen Kenntnisstand zu Fertilitätsentscheidungen (siehe u. a. Bauer/Kneip 2013; Pavetic 2008; Thomson 1997) und der Nutzung medizinischer Hilfe im Paarkontext (Greil et al. 1988; Johnson/Johnson 2009; Lorber/Bandlamudi 1993; Sol Olafsdottir et al. 2012) ist davon auszugehen, dass beide Partner einen eigenen Beitrag zur Erklärung der Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses leisten.

PI Merkmale beider Partner beeinflussen die Entscheidung zur Nutzung der Kinderwunschbehandlung und damit auch die Dauer des Entscheidungsprozesses.

Grundsätzlich ist, anders als in der klassischen Haushaltsökonomie, nicht per se davon auszugehen, dass beide Partner dieselben Interessen verfolgen. Auch wenn die Partnerwahl

tatsächlich häufig dem Muster „gleich und gleich gesellt sich gern“ folgt und Partner sich in ihren Wahrnehmungen über die Zeit einander annähern, ist nicht von vollständiger Homogamie auszugehen. Hinsichtlich des Zusammenwirkens der Merkmale beider Partner ist deshalb von besonderem Interesse, wie sich Übereinstimmung beziehungsweise Nicht-Übereinstimmung in subjektiven Merkmalen auf die Dauer des Entscheidungsprozesses auswirkt. Dafür ist es hilfreich, Befunde der Entscheidung für oder gegen ein (weiteres) Kind heranzuziehen. In einigen Studien wurden bei nicht übereinstimmenden Kinderwünschen im Paarkontext Timing-Effekte festgestellt. Hat nur ein Partner einen Kinderwunsch, schieben die betroffenen Paare die Entscheidung für ein Kind tendenziell auf (Bauer/Kneip 2014; Jansen/Liefbroer 2006; Schoen et al. 1999; Testa 2012; Thomson 1997). Unterscheiden sich die Partner in ihren Zeitvorstellungen der Realisierung eines Kinderwunsches, einigen sie sich eher auf einen Kompromiss, der zwischen den präferierten Zeitpunkten beider Partner liegt (Miller/Pasta 1995). Die Befunde der zitierten Studien deuten darauf hin, dass Übereinstimmung eine wichtige Bedingung für eine Einigung auf Paarebene ist und dass das Erreichen einer Einigung Zeit erfordert. Nichtübereinstimmung ist hier Ausdruck eines Zielkonfliktes, mit dem das Paar umgehen muss. Für dessen Lösung kann das Paar beispielsweise auf die in Kapitel 4.2.1 thematisierten Entscheidungsregeln zurückgreifen, die sich damit beschäftigen, wie Paare trotz eines fehlenden Konsenses zu einer Entscheidung kommen. Bei entscheidungsrelevanten subjektiven Merkmalen sollten sich Übereinstimmung und Nicht-Übereinstimmung unterschiedlich auf die Dauer auswirken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Übereinstimmung jeweils auf zwei Polen möglich ist: Die Partner können beide für oder gegen etwas sein.

P2 Abhängig davon, ob sie sich in der Zustimmung oder Ablehnung einig sind, weisen Paare, die in ihren subjektiven Dispositionen übereinstimmen, entweder die kürzeste oder längste Dauer des Entscheidungsprozesses auf.

Weiterhin soll geprüft werden, ob sich bei Nicht-Übereinstimmung der Partner unterschiedliche Muster ergeben, abhängig davon, welcher Partner welche Position vertritt. Es geht also darum, ob sich die Zusammenhänge mit der Dauer des Entscheidungsprozesses geschlechtsspezifisch unterscheiden. Mehrere der im Forschungsstand diskutierten Studien stellen fest, dass die Frauen im partnerschaftlichen Aushandlungsprozess häufig eine wichtige Position haben (Greil et al. 1988: 192; Lorber/Bandlamudi 1993: 44f; Sol Olafsdottir et al. 2012: 359). Sie übernehmen häufiger den aktiven Part, indem sie das Thema ansprechen und Kontakt zu Ärzten aufnehmen. Das hängt auch damit zusammen, dass Frauen unmittelbarer von der Infertilität (dem Ausbleiben einer Schwangerschaft) und auch von der Behandlung betroffen sind. Zudem ist die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung stark auf die Frau fokussiert, das heißt, auch wenn die Ursache beim Mann diagnostiziert wurde, findet die Behandlung hauptsächlich bei der Frau statt. Das führt dazu, dass skandinavische Männer die finale Entscheidung über Nutzung der Reproduktionsmedizin der Frau überlassen (Sol Olafsdottir et al. 2012: 185). Man kann nun annehmen, dass die Kinderwunschbehandlung aus den genannten Gründen stärker der „sphere of interest“ der Frau zuzuordnen ist als der des Mannes und die Frauen deshalb bei Nicht-Übereinstimmung der Partner einen stärkeren Einfluss auf den Entscheidungsprozess ausüben.

P3 Bei dem gleichen untersuchten Einstellungsmerkmal steht die subjektive Disposition der Frau bei Nicht-Übereinstimmung der Partner in einem stärkeren Zusammenhang zur Dauer des Entscheidungsprozesses als die des Mannes.

Wirkungszusammenhänge zu Einstellungen und Motiven

In einem nächsten Schritt wird nun für die einzelnen Variablen deren Relevanz für die Dauer des Entscheidungsprozesses zur Nutzung der Reproduktionsmedizin und der erwartete Wirkungszusammenhang (Richtungseffekt) hergeleitet.

Greil et al. (2013) thematisieren in Bezug auf die Nutzung medizinischer Hilfe beim Vorliegen von Infertilität nicht nur sozialen Druck hinsichtlich der Umsetzung eines Kinderwunsches, sondern auch eine infertilitätsspezifische Norm: die *Stigmatisierung von Infertilität*. Stigma ist ein soziales Phänomen, wobei ein Merkmal einer Person als Makel wahrgenommen wird, also als eine sozial unerwünschte Abweichung von einer Norm, womit häufig eine Diskriminierung verbunden ist (Engelhardt 2010: 125). Infertilität kann ein solches als Makel wahrgenommenes Merkmal sein. Bunting und Boivin (2007: 1666) zeigen, dass Frauen, die Angst davor haben, als infertil bezeichnet zu werden, in der Gruppe derjenigen, die bereits seit längerer Zeit ohne Erfolg versuchen, ein Kind zu zeugen und noch keinen Arzt kontaktiert haben, stärker vertreten sind. Andere Studien zur Nutzung medizinischer Hilfe stellen dagegen fest, dass Frauen, die Infertilität als stigmatisiert wahrnehmen, sich entgegen der von den Autoren formulierten Erwartung häufiger für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden (Greil et al. 2011a: 501; Greil et al. 2013: 230). Es wird hier angenommen, dass die Wahrnehmung von Stigmatisierung eine betroffene Person in der Auseinandersetzung mit der eigenen Infertilität hemmt und deshalb die Konfrontation mit medizinischem Personal eher gescheut wird.⁴⁵

SBI Die Wahrnehmung von Stigma steht in einem verlängernden Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses.

Wie das theoretische Mehrebenenmodell darstellt, werden individuelles und partnerschaftliches Handeln als eingebettet in einen breiteren Kontext sozialer Beziehungen betrachtet. Dieser determiniert das Handeln nicht vollständig, beeinflusst es aber in relevanter Weise. Von den vier vorgestellten Mechanismen, über die soziale Beziehungen wirken (siehe Kapitel 4.4.2), wird hier der *soziale Druck* fokussiert. In der Terminologie der Theorie des geplanten Verhaltens kommt den Verhaltenserwartungen relevanter Dritter für die Erklärung von Fertilitätsintentionen und Verhalten eine wichtige Bedeutung zu, denn neben anderen Faktoren führen sie zu der Ausbildung einer subjektiven Norm. In Bezug auf generatives Verhalten kann die Verhaltenserwartung darin bestehen, dass Personen aus dem Nahumfeld, wie Eltern, Schwiegereltern oder Freunde, sich wünschen, dass ein Individuum oder ein Paar ein (weiteres) Kind bekommt. Diese Verhaltenserwartungen werden vom Individuum als handlungsrelevant angenommen, wenn es Sanktionen bei Nonkonformität fürchtet oder auf Anerkennung durch Konformität hofft. Die Wahrnehmung sozialen Drucks beeinflusst also die sozialen Kosten und den Nutzen einer Handlung (Bernardi 2003: 536). Studien zu Deutschland und anderen Ländern zeigen, dass sozialer Druck durch Familie und Freunde die Wahrscheinlichkeit einer Geburt erhöht (Fried/Udry 1980; Keim 2011; Richter et al. 2012; Udry 1982). Für die Nutzung medizinischer Hilfe ist die Evidenz gemischt (Bunting/Boivin 2007: 1665; Greil et al. 2013). Laut einer deutschen Studie wird der Wunsch nach Enkelkindern durch Eltern und Schwiegereltern von kinderlosen verhei-

⁴⁵ Dass dies bei der Kinderwunschbehandlung eine Rolle spielt, zeigte sich in persönlichen Gesprächen der Autorin mit Mitarbeitern von Kinderwunschzentren, die betonten, dass seitens der Patienten teilweise ein großes Bedürfnis nach Geheimhaltung der Infertilität beziehungsweise der Behandlung besteht, weshalb Briefe an Patienten in neutralen Briefumschlägen verschickt werden. Bei der Durchführung der Befragung wurde deshalb auch auf ein Logo auf den Umschlägen mit den Studienunterlagen verzichtet.

rateten und von Infertilität betroffenen Frauen als belastend empfunden (Bruckert 1991: 247). Entsprechend sollte die Wahrnehmung sozialen Drucks die Dringlichkeit der Umsetzung des Kinderwunsches erhöhen und deshalb die Dauer des Entscheidungsprozesses verkürzen.

SB2 Nimmt ein Partner sozialen Druck wahr, wendet sich das Paar schneller an die Reproduktionsmedizin.

Dem Kinderwunsch beider Partner kommt als Ausdruck der individuellen Präferenz für ein weiteres Kind/weitere Kinder bei Fertilitätsentscheidungen eine zentrale Bedeutung zu. Das Vorliegen eines Kinderwunsches ist auch die Voraussetzung für infertilitätsbezogenes Handeln. Die Zahl *weiterer gewünschter Kinder* sollte beeinflussen, ob und mit welcher Intensität der Kinderwunsch verfolgt wird und entsprechend auch wie schnell. Für den Übergang zum dritten Kind haben beispielsweise Thomson et al. (Thomson et al. 1990) festgestellt, dass die gewünschte Kinderzahl relevant ist: Die Übergangswahrscheinlichkeit ist am höchsten, wenn sich mindestens ein Partner mehr als 3 Kinder wünscht. Daran anknüpfend lässt sich annehmen, dass für Paare, die sich noch mehr als ein (weiteres) Kind wünschen, die Erfüllung des Kinderwunsches dringlicher ist und deshalb eine schnellere Hinwendung zur Reproduktionsmedizin erfolgt.

KW1 Je höher die angestrebte Zahl der Kinder, desto kürzer die Dauer des Entscheidungsprozesses.

Ein weiterer potenziell wichtiger Einflussfaktor auf infertilitätsbezogenes Handeln sind die Vorstellungen von Familie, die sich in Geschlechterrollenbildern ausdrücken. Als besonders relevant werden Einstellungen zu der Rolle der Frau und der des Mannes im familiären Kontext betrachtet. Die empirischen Befunde zur Auswirkung von Geschlechterrollenvorstellungen auf Fertilitätsintentionen und Fertilität sind ambivalent. In einem aktuellen Überblick über den Stand der Forschung stellen Neyer et al. fest (2013: 248), dass sich die Studienergebnisse teilweise stark unterscheiden, abhängig unter anderem vom nationalen Kontext, von der untersuchten Parität und vom betrachteten Geschlecht (siehe auch Lappegård et al. 2015). Es wird angenommen, dass die Realisierung des Kinderwunsches für Personen mit traditionellen Geschlechterrollenvorstellungen dringlicher ist. Das lässt sich damit begründen, dass sich traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen stärker an der Existenz von Kindern ausrichten, indem sie entweder die Fürsorge für Kinder oder die materielle Versorgung einer Familie mit Kindern und nichtberufstätiger Mutter zum Rollenverständnis erheben. Ein Verzicht auf Kinder fällt vor diesem Hintergrund schwerer, da er das Rollenselbstverständnis der Partner in Frage stellt. Hinweise darauf, dass das Rollenselbstverständnis für die Nutzung medizinischer Hilfe relevant ist, ergeben sich aus mehreren Analysen anhand der Daten des National Survey of Fertility Barriers, die zeigen, dass ein Index zur Bedeutung von Mutterschaft beziehungsweise Vaterschaft die Nutzung medizinischer Hilfe durch von Infertilität Betroffene beeinflusst (Greil et al. 2011a: 502; Johnson/Johnson 2009: 441).

G1 Je traditioneller die Geschlechterrollenvorstellungen, desto schneller erfolgt die Hinwendung an die Reproduktionsmedizin.

Eine weitere Einstellungsvariable weist einen direkten Bezug zu der betrachteten Handlungsoption reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung auf. Dies ist die Bedeutung von Adoption und Pflegeelternschaft als *Alternativen zur Kinderwunschbehandlung*. Die Relevanz ergibt sich daraus, dass die Handlungsoptionen unterschiedliche mit dem Kinderwunsch verknüpfte Motive befriedigen. Miller et al. (2008: 11) unterscheiden drei Aspekte

des Kinderwunsches: den Wunsch nach genetischer Verbundenheit, den Wunsch, eine Schwangerschaft und Geburt selbst zu erleben, und den Wunsch, ein Kind großzuziehen. Im Rahmen des TDIB-Modells ordnen sie diese den Kinderwunschemotiven zu, die in der Kindheit bis zum jungen Erwachsenenalter geprägt werden (siehe Kapitel 4.4.2). Während das letzte Motiv durch alle drei Handlungsoptionen gleichermaßen realisiert werden kann, unterscheiden sich die Kinderwunschbehandlung einerseits, und Adoption und Pflegeelternschaft andererseits in der Möglichkeit, die ersten beiden Motive zu befriedigen.⁴⁶ In der Bewertung der Handlungsoptionen sollten sich diese Motive spiegeln. Das heißt, dass Personen, für die eine leibliche Elternschaft oder das Erleben von Schwangerschaft und Geburt zentral ist, die Alternativen Adoption und Pflegeelternschaft negativ bewerten, während sich diejenigen, für die der Wunsch ein Kind großzuziehen entscheidend ist, eine Adoption oder eine Pflegeelternschaft vorstellen können. Deutliche Hinweise darauf ergeben sich aus einer Studie von Waxman (2009: 55), die zeigt, dass je wichtiger den Frauen und Männern die genetische Verbundenheit mit dem Kind ist, desto negativer bewerten sie auch die Handlungsoption Adoption. Studien zur Adoption zeigen, dass sich unter den Adoptiveltern verhältnismäßig viele mit Fertilitätsproblemen befinden (für die USA siehe Fisher 2003), von Infertilität Betroffene bevorzugen allerdings meist die Handlungsoptionen, die eine biologische Verwandtschaftsbeziehung ermöglichen (Halman et al. 1992: 193; van Balen et al. 1997: 22). Personen, die sich Alternativen vorstellen können, müssen einen aufwendigeren und damit zeitintensiveren Entscheidungsprozess für die Kinderwunschbehandlung durchlaufen. Sie müssen die durchaus vielfältigen Vor- und Nachteile der Optionen abwägen und mit ihren Motiven abgleichen und sollten deshalb mehr Zeit für die Entscheidung benötigen.

ALTI Die Vorstellbarkeit von Alternativen zur genetischen Elternschaft ist mit einer längeren Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe assoziiert.

⁴⁶ In ihrer Arbeit argumentieren Miller et al. (2008: 11) vor allem hinsichtlich der Bedeutung der Motive für die Wahl einer Behandlungsmethode, denn nicht alle ermöglichen eine biologische Elternschaft oder das Erleben einer Schwangerschaft.

6 Daten, Operationalisierungen und Methodik

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die empirisch zu untersuchenden Forschungsfragen präzisiert und forschungsleitende Annahmen beziehungsweise Hypothesen formuliert wurden, wird hier auf die methodische Anlage eingegangen. Für die Analysen werden die Daten der Basiserhebung der Studie „Paare in Kinderwunschbehandlung“ (PinK-Studie) verwendet. Diese wird in Kapitel 6.1 vorgestellt. Im Anschluss daran wird eine erste Einschränkung des Analysesamples vorgenommen (Kapitel 6.2). Die Operationalisierung aller relevanten Variablen wird in Kapitel 6.3 beschrieben und in Kapitel 6.4 wird die Vorgehensweise bei den multivariaten Analysen erläutert.

6.1 Daten: eine Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung

Für die empirischen Analysen dieser Arbeit werden die Daten der Basiserhebung der PinK-Studie verwendet.⁴⁷ Es handelt sich dabei um eine schriftliche Befragung von heterosexuellen Paaren, die ein Kinderwunschzentrum aufgesucht haben und ganz am Anfang einer Kinderwunschbehandlung stehen. Die PinK-Studie wurde gemeinsam von den folgenden Institutionen durchgeführt: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde der Universitätsmedizin Mainz und Evangelischen Fachhochschule Darmstadt durchgeführt.

Mit der Datenerhebung war das Ziel verbunden, mehr über den Weg der Paare ins Kinderwunschzentrum zu erfahren und ein besseres Verständnis der Situation von Paaren bei Behandlungsbeginn zu erlangen. Die Daten der PinK-Studie sind aus zwei Gründen für die Zwecke dieser Arbeit besonders geeignet. Erstens verfolgt die Studie einen interdisziplinären Ansatz. Das drückt sich darin aus, dass im Fragebogen neben medizinischen Aspekten auch umfassende Informationen zur Soziodemografie und Partnerschaftssituation sowie zu Einstellungen der Befragten zu Familie und zur Kinderwunschbehandlung erhoben wurden. Der zweite Grund besteht darin, dass Paare in der PinK-Studie die zentrale Erhebungseinheit darstellen. Darin unterscheidet sich die PinK-Studie maßgeblich von vorliegenden Studien, die häufig nur Frauen befragen (siehe Kapitel 3.3). Unter den insgesamt 565 Studienteilnehmern befinden sich 236 Paare, bei denen beide Partner an der Studie teilgenommen haben. Die Daten ermöglichen es, die Paare umfassend zu beschreiben und das vorgestellte Analysemodell der Determinanten des Entscheidungsprozesses empirisch zu testen. Für die Analysen werden ausschließlich die Paardaten verwendet. Hier werden zentrale Aspekte des Studiendesigns der PinK-Studie vorgestellt. Eine umfassende Beschreibung der PinK-Studie, ihrer Ziele und der Methodik der Datenerhebung erfolgte bereits an anderer Stelle (Passet-Wittig et al. 2014). Die folgenden Informationen zur Studie beziehen sich auf diese Publikation.

Zielgruppe der PinK-Studie sind heterosexuelle Paare am Anfang einer Kinderwunschbehandlung. Repräsentative zufallsbasierte Erhebungsmethoden waren für diese kleine und spezifische Zielgruppe aus Zeit- und Kostengründen nicht geeignet. Stattdessen wurden die

⁴⁷ Die Bezeichnung Basiserhebung wird zur Abgrenzung von der Wiederholungsbefragung verwendet, die ein Jahr nach der ersten Teilnahme der Paare (2013/14) durchgeführt wurde.

Paare über alle fünf rheinland-pfälzischen Kinderwunschzentren und später zusätzlich noch über das Kinderwunschzentrum Wiesbaden in Hessen rekrutiert.⁴⁸ Die Studienunterlagen wurden durch das Personal in den Kinderwunschzentren an deren Patienten übergeben. Als Zeitpunkt für die Fragebogenübergabe wurde das erste Aufklärungsgespräch im Kinderwunschzentrum zum aktuell unerfüllten Kinderwunsch festgelegt. Ein solches Gespräch findet in allen Kinderwunschzentren vor Beginn der Behandlung statt. Es dient der Aufklärung der Paare über die anstehende Behandlung und den Paaren werden wichtige Unterlagen für die Krankenkasse ausgehändigt. Durch die Festlegung des Übergabezeitpunktes sollte sichergestellt werden, dass die Paare sich in dem jeweiligen Kinderwunschzentrum am Anfang der Behandlung zur Erfüllung ihres aktuellen Kinderwunsches befinden. Paare, die aus einem anderen Kinderwunschzentrum gewechselt sind sowie Paare, die sich früher schon einmal wegen eines unerfüllten Kinderwunsches behandeln ließen, können weiterhin Teil der Studienpopulation sein. Zwei zusätzliche Einschlusskriterien wurden festgelegt: Die Paare sollten einen Wohnsitz in Deutschland haben und mindestens ein Partner sollte über ausreichend Sprachkenntnisse verfügen, um den schriftlichen Fragebogen selbstständig ausfüllen zu können. Das Personal in den Kinderwunschzentren war instruiert, die Studienunterlagen an alle Paare mit einem ersten Aufklärungsgespräch auszuhändigen, welche die genannten zusätzlichen Einschlusskriterien erfüllen. Die Datenerhebung war entsprechend als Vollerhebung aller neuen Patienten in den Kinderwunschzentren im Erhebungszeitraum angelegt. Mit der Ausgabe der Fragebögen wurde in den fünf rheinland-pfälzischen Kinderwunschzentren im Juli 2012 begonnen.

Vor Beginn der Erhebung wurde das Personal der Kinderwunschzentren geschult und Informationsunterlagen wurden ausgehändigt. Die Ausgabe der Studienpakete mit den Fragebögen für beide Partner, Anschreiben sowie frankierten und adressierten Rücksendumschlägen erfolgte entweder über einen Arzt oder über einen anderen Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums. Es wurde zunächst geschätzt, dass etwa vier bis sechs Monate benötigt würden, um die angestrebte Fallzahl von etwa 500 Paaren zu erreichen. Diese Annahme basiert auf den Angaben der Kinderwunschzentren zur Zahl neuer Patienten pro Jahr und Erfahrungen aus einem Pretest. Da die Rückläufe anfangs hinter den Erwartungen zurückblieben, wurde die Feldphase verlängert und zum Dezember 2012 das Kinderwunschzentrum Wiesbaden in Hessen aufgenommen. Rückläufe wurden bis Ende Juli 2013 berücksichtigt.

Insgesamt wurde die Ausgabe von 916 Studienpaketen an Patientenpaare dokumentiert (das entspricht 1832 Fragebögen). Teilgenommen haben 565 Personen, darunter 323 Frauen und 242 Männer. Die Gesamtrücklaufquote der Basisbefragung liegt bei 31 %, variiert aber deutlich zwischen den Kinderwunschzentren (26-45 %). Da für Deutschland kaum Kenntnisse über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit von Kinderwunscha Paaren vorliegen, ist es aktuell nicht möglich, fundierte Aussagen über die Repräsentativität der realisierten Studienpopulation der PinK-Studie zu machen. Angesichts der relativ niedrigen Rücklaufquote und der Schwierigkeiten, die angestrebte Fallzahl zu erreichen, ist von einer gewissen Selektivität der Studienpopulation auszugehen. Dies ist bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen.⁴⁹

⁴⁸ Bei den rheinland-pfälzischen Kinderwunschzentren handelt es sich um das Universitäts-Kinderwunschzentrum Mainz, das Kinderwunsch Zentrum Mainz, das Kinderwunschzentrum Ludwigshafen, das Kinderwunschzentrum Mittelrhein und die Kinderwunsch Praxisklinik Trier (Bezeichnung der Kinderwunschzentren wie auf den Internetseiten der Zentren).

⁴⁹ Für eine umfassende Beschreibung der Frauen und Männer in der Studienpopulation anhand wichtiger soziodemografischer Variablen siehe Passet-Wittig et al. (2014: 19-21).

In Kapitel 2.3.1 wurde festgestellt, dass sich die Regelungen des Zugangs zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung und die Regelungen für die Kostenübernahme zwischen den Bundesländern unterscheiden können. Vor diesem Hintergrund ist es eine relevante Frage, ob sich die analysierte Population von Paaren in Kinderwunschbehandlung in Rheinland-Pfalz und Hessen systematisch von der in anderen Bundesländern unterscheidet. Für beide Bundesländer können Unterschiede in der Zusammensetzung der Kinderwunschnachpatienten aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen weitestgehend ausgeschlossen werden. Die Richtlinien zur Reproduktionsmedizin der zwei Bundesländer unterschieden sich zum Zeitpunkt der Erhebung der Daten nicht in den Zugangsvoraussetzungen. Unverheiratete Paare müssen in beiden Bundesländern nicht mehr bei der Ethikkommission vorsprechen, wie dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Weiterhin gibt es weder in Rheinland-Pfalz noch in Hessen Vereinbarungen mit dem Bund über eine staatliche Unterstützung gesetzlich versicherter Paare bei der Finanzierung des Eigenanteils bei den Behandlungskosten.⁵⁰

6.2 Eingrenzung der Untersuchungspopulation

Die Ausgangsbasis für die Datenaufbereitung bilden die 234 Paare, die an der Basiserhebung der PinK-Studie teilgenommen haben. Tabelle 6-1 gibt einen Überblick über die Auswirkungen der verschiedenen Schritte der Datenbereinigung auf die Fallzahlen, die für die Analysen zur Verfügung stehen. Die Fallzahl reduziert sich aufgrund der in diesem Kapitel beschriebenen Eingrenzung der Untersuchungspopulation. Das Analysesample wird zusätzlich darüber definiert, dass für die Paare Datumsangaben zu zwei zentralen Ereignissen vorliegen müssen: zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft (t_1) sowie zum Zeitpunkt des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum (t_2). Beide Ereignisse markieren den Anfangs- und Endpunkt der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin, der zentralen abhängigen Variablen der Arbeit. Aber auch für die Beschreibung der Paare in der ersten Forschungsfrage sind die Zeitpunkte relevant. Aufgrund fehlender Werte auf diesen Variablen und auf Basis von Plausibilitätschecks reduziert sich die Fallzahl. Im Detail wird die Definition des Analysesamples in diesem sowie im folgenden Kapitel erläutert.

Ein Ziel der Basiserhebung der PinK-Studie bestand darin, den Weg der Paare ins allererste Kinderwunschzentrum nachzuvollziehen. Deshalb bezieht sich ein Teil der Fragen im Fragebogen auf die Zeit vor dem allerersten Besuch einer Person in einem Kinderwunschzentrum. Bei diesem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum musste es nicht unbedingt um den aktuell unerfüllten Kinderwunsch gehen. Es ist vorstellbar, dass das Paar bereits ein Kind durch eine Kinderwunschbehandlung bekommen hat oder dass einer der Partner in einer vorherigen Partnerschaft bereits medizinische Hilfe genutzt hat. Für die Analysen dieser Arbeit ist es wichtig, die Fälle zu identifizieren, bei denen sich der Zeitpunkt des allerersten Zentrumsbesuches auf den aktuellen Kinderwunsch bezieht, also auf den Kinderwunsch, der dazu geführt hat, dass das Paar eines der an der PinK-Studie teilnehmenden Kinderwunschzentren aufgesucht und an der Befragung teilgenommen hat. Nur dann können

⁵⁰ Gesetzlich versicherte Paare müssen also mindestens 50 % der Kosten für eine Behandlung selbst tragen. Mit der im April 2012 in Kraft getretenen Bundesförderrichtlinie des BMFSFJ (2012) besteht die Möglichkeit, dass Bund und Länder gemeinsam weitere 25 % der Behandlungskosten übernehmen.

sinnvollerweise Bezüge zwischen den Merkmalen der Partner und der Paarbiografie und der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin hergestellt werden.

Um die Fälle identifizieren zu können, bei denen sich der Zeitpunkt des allerersten Zentrumsbesuches auf den aktuellen Kinderwunsch bezieht, wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob es bei dem allerersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum um den aktuellen Kinderwunsch ging. Knapp 93 % der Paare gaben übereinstimmend an, dass der allererste Besuch in einem Kinderwunschzentrum auch derjenige war, der zur Teilnahme an der PinK-Studie geführt hat. Weitere 3,4 % der Paare ($n = 8$) gaben übereinstimmend an, dass es bei dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum nicht um den aktuell unerfüllten Kinderwunsch ging. Abweichende Angaben der Partner lagen bei 3,8 % der Paare ($n = 9$) vor. Für die weiteren Analysen wurden nur die Paare berücksichtigt, die übereinstimmend angegeben hatten, dass es bei dem allerersten Zentrumsbesuch um ihren aktuell unerfüllten Kinderwunsch ging (siehe Tabelle 6-1).

Tabelle 6-1: Definition des Analysesamples und Fallzahlen für die empirische Analyse

Schritte der Datenaufbereitung	Anzahl Paare
Ausgangsbasis (Gesamtzahl Paare im PinK-Datensatz)	234
Ausschlussgründe:	
Dauer des Entscheidungsprozesses bezieht sich nicht auf aktuellen Kinderwunsch	-17
keine Angabe des Paares zu t_1 und/oder t_2	-8
Paare mit negativer Dauer des Entscheidungsprozesses ($t_1 > t_2$)	-9
gelöschte Fälle aufgrund Checks/Konsistenzprüfungen	-4
Paare mit gültigen/plausiblen Angaben zur Dauer	196
Listenweiser Fallausschluss aufgrund fehlender Werte	-32
Analysesample für multivariate Analyse	164

Quelle: PinK-Basiserhebung 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: t_1 = Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft; t_2 = Zeitpunkt des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum.

6.3 Operationalisierungen

Die Fragetexte und Antwortkategorien aller in dieser Arbeit verwendeten Variablen sind in Tabelle A1 (im Anhang) dokumentiert. Für die Datenaufbereitung und die Klassifikation der Paare mittels clusteranalytischer Verfahren wurde das Statistikprogramm SPSS 22 verwendet. Für die multivariaten Analysen sowie die Erstellung von Abbildungen kam Stata 13 zum Einsatz.

6.3.1 Die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe

Die Dauer des Entscheidungsprozesses ist definiert als die Zeitspanne zwischen zwei Zeitpunkten: dem Datum, zu dem sich das Paar erstmals Sorgen um das Ausbleiben einer Schwangerschaft gemacht hat (nachfolgend auch als t_1 bezeichnet) und dem Datum des

ersten Besuchs des Paares in einem Kinderwunschzentrum (nachfolgend auch als t_2 bezeichnet). Die Bildung der Paardauer erfolgte in zwei Schritten: Zunächst wurden die Datumsangaben beider Partner zu beiden Zeitpunkten zusammengeführt. Anschließend wurde die Dauer berechnet ($t_2 - t_1$).

Ausgangspunkt für die Identifikation des Zeitpunktes t_1 war eine Frage, in der die Teilnehmer gebeten wurden, Ereignisse auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum zu terminieren, das heißt Monat und Jahr des Eintretens anzugeben. Falls das Ereignis für die Befragten nicht relevant war, konnte „betrifft mich nicht“ angekreuzt werden.⁵¹ Eines dieser Ereignisse war der Zeitpunkt, zu dem sich der Befragte erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft gemacht hat. Der Zeitpunkt des allerersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum basiert auf einer separaten Frage.

Bei der Zusammenführung der Datumsangaben der Partner zu den beiden Ereignissen war zu beachten, dass die Datumsangaben nicht unbedingt übereinstimmen müssen. Der Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft ist grundsätzlich ein individuelles Ereignis, da ihm eine subjektive Wahrnehmung zugrunde liegt. Bei dem ersten Besuch eines Kinderwunschzentrums ist es wahrscheinlicher, dass dieser durch das Paar gemeinsam erfolgte. Es ist jedoch auch bei diesem Ereignis vorstellbar, dass ein Partner alleine an einer Informationsveranstaltung oder einem Erstgespräch teilgenommen hat. Weiterhin kam es vor, dass ein Partner „betrifft mich nicht“ angekreuzt oder keine Angabe gemacht hat, außerdem haben manche Personen nur das Jahr, aber nicht den Monat angegeben. Fehlende Monatsangaben kamen bei t_1 deutlich häufiger vor als bei t_2 . Anhand der Jahresangaben war ersichtlich, dass fehlende Monatsangaben bei zeitlich weiter zurückliegenden Ereignissen häufiger auftraten. Dies kann als Ausdruck ungenauer Erinnerung interpretiert werden. Der Ausschluss von Paaren aufgrund fehlender Monatsangaben würde dazu führen, dass Paare, bei denen der Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben einer Schwangerschaft länger zurückliegt, in der Analyse unterrepräsentiert sind. Deshalb wurden fehlende Monatsangaben bei beiden Zeitpunkten zufällig imputiert. Für die Imputation wurde davon ausgegangen, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der Ereignisse in allen Monaten eines Kalenderjahres gleich hoch ist.

Bei der Zusammenführung der Angaben der Partner zu den beiden Ereignissen wurde wie folgt vorgegangen:

- Paare, bei denen beide Partner keine Angabe zu einem der Ereignisse oder zu beiden Ereignissen gemacht haben, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.
- Die Datumsangaben der Partner zu beiden Ereignissen wurden verglichen. Wenn von beiden oder von einem Partner nur das Jahr genannt wurde, dann erfolgte der Vergleich auf Basis der Jahresangaben, in allen anderen Fällen auf Basis der vollständigen Datumsangabe mit Monat und Jahr. Bei Angabe unterschiedlicher Daten (nur Jahr oder Monat und Jahr) wurde immer das frühere Datum verwendet.⁵² Diese Regel lässt sich inhaltlich begründen, denn der Prozess der Entscheidung beginnt, wenn der erste Partner ein Problem bei der Realisierung des Kinderwunsches erkennt und endet, wenn ein Partner deshalb zum ersten Mal ein Kinderwunschzentrum aufsucht.

⁵¹ Im kognitiven Pretest der Befragung wurde diese Frage hinsichtlich ihrer Verständlichkeit des Fragetextes getestet und anschließend überarbeitet (siehe dazu ausführlicher Passet-Wittig et al. 2014: 10-12). Die Antwortoption „betrifft mich nicht“ wurde nach den Pretest-Interviews aufgenommen, die zeigten, dass sich ein Teil der Männer nicht mit manchen Ereignissen auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum identifizieren konnte.

⁵² Bei übereinstimmender Jahresangabe und fehlender Monatsangabe bei einem Partner wurde das Datum des Partners mit der vollständigen Datumsangabe verwendet.

- Wenn durch einen Partner bei einem Ereignis „betrifft mich nicht“ angekreuzt oder keine Angabe gemacht wurde, dann wurde die Angabe des anderen Partners verwendet.

Insgesamt konnte aufgrund von fehlenden Datumsangaben des Paares zu einem oder beiden Ereignissen für neun Paare keine Dauer des Entscheidungsprozesses berechnet werden. Bei acht weiteren Paaren liegt der Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft nach dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum. Die betreffenden Paare haben die Frage nach dem Zeitpunkt t_1 wahrscheinlich nicht in dem intendierten Sinne verstanden oder sich falsch erinnert. Sie wurden aus dem Analysesample ausgeschlossen (siehe Tabelle 6-1). Es wurden weitere Plausibilitätschecks durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die Dauer von den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft bis zum Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums tatsächlich auf den gemeinsamen und aktuell unerfüllten Kinderwunsch des Paares bezieht. Dafür wurden Angaben der Paare zum Partnerschaftsbeginn und zu Geburten von Kindern herangezogen. Ein Hinweis darauf, dass sich die Dauervariable nicht vollständig auf den aktuellen Kinderwunsch bezieht, sind Geburten zwischen dem Ereignis der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem Besuch im Kinderwunschzentrum sowie Geburten nach diesem ersten Besuch.⁵³ Weiterhin wurde der Beziehungsbeginn des Paares herangezogen, um zu prüfen, ob Anfang und Ende der Paarsequenz innerhalb der aktuellen Paarbeziehung liegen.⁵⁴ Auf Basis der Plausibilitätschecks wurden vier Paare aus den Analysen ausgeschlossen (siehe Tabelle 6-1).

6.3.2 Operationalisierung der weiteren Variablen

Die Variablenkonstruktion folgt zwei Prämissen: Zum einen sollten die theoretischen Konstrukte möglichst adäquat umgesetzt werden. Zum anderen sollte die Umsetzung aufgrund der begrenzten Fallzahl für die Analyse so sparsam wie möglich erfolgen, das heißt bei kategorialen Variablen mit möglichst wenigen, aber aussagekräftigen Ausprägungen. Für einen Teil der verwendeten Variablen konnte auf im Datensatz bereitgestellte generierte Variablen zurückgegriffen werden, die im Methodenbericht für die Basiserhebung ausführlich beschrieben wurden (Passet-Wittig et al. 2014: 17-19). Zu beachten ist, dass die Befragung der Paare nach dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum stattfand. Für einen Teil der Variablen, wie das Alter der Partner oder den Ehestatus, konnte auf Basis retrospektiver Informationen der Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben einer Schwangerschaft abgebildet werden. Diese Variablen wurden mit (t_1) markiert.

Soziodemografie der Partner

Alter (t_1). Im Fragebogen wurde das Alter zum Zeitpunkt der Befragung erhoben. Unter Berücksichtigung des Jahres der Studienteilnahme konnte das Alter zum Zeitpunkt t_1 jahresgenau berechnet werden.

⁵³ Es ist zu beachten, dass im Fragebogen nur für das älteste und jüngste Kind das Geburtsjahr erhoben wurde. Die Prüfung ist deshalb nur für diese Kinder möglich. Für Geburten im selben Jahr wie t_1 wurde angenommen, dass diese vor dem Zeitpunkt t_1 des Paares erfolgten.

⁵⁴ Prinzipiell ist es möglich, dass sich einer der Partner bereits vor dem Beginn der aktuellen Partnerschaft Sorgen um das Ausbleiben einer Partnerschaft gemacht hat. Da in dieser Arbeit das Paar die zentrale Analyseseinheit darstellt, wurde für die Paare, bei denen sich nur ein Partner bereits vor Beginn der aktuellen Beziehung Sorgen gemacht hat, t_1 auf den Beziehungsbeginn datiert ($n = 6$).

Migrationshintergrund. Die Bildung des Indikators zum Vorliegen eines Migrationshintergrunds erfolgte auf Basis der im Datensatz enthaltenen generierten Variablen zum Migrationshintergrund (ebd.: 18). Diese hatte drei Ausprägungen: kein Migrationshintergrund, erste Migrantengeneration, zweite Migrantengeneration. Grundlage für diese generierte Variable bildeten zwei Fragen über das Geburtsland der Befragten und deren leiblichen Eltern. Es wurde eine binäre Variable gebildet, die angibt, ob eine Person einen Migrationshintergrund hat. Zwischen erster und zweiter Migrantengeneration wurde nicht differenziert.

Hochschulabschluss. Der in dieser Arbeit verwendete binäre Indikator basiert auf einer generierten Variablen zum Bildungsstand (ebd.: 18). Im Fragebogen der PinK-Studie wurden der Schul- und Berufsabschluss abgefragt, aus dem das Bildungsniveau, basierend auf der „International Standard Classification of Education“ (ISCED-97) gebildet wurde. Es wird zwischen Personen mit Hochschulabschluss (ISCED-Kategorien 5 und 6) und Personen ohne Hochschulabschluss differenziert (ISCED-Kategorien 1, 2, 3 und 4).

Paarbiografie

Für drei Dimensionen der Paarbiografie liegen Angaben beider Partner vor: Partnerschaft, Kohabitation und Ehestatus. Es wurde jeweils nach dem Status zum Zeitpunkt der Befragung gefragt und, wenn zutreffend, in welchem Monat und Jahr die Partnerschaft, die Kohabitation oder die Ehe begannen. Die allgemeinen Regeln, die für die Synchronisation der Datumsangaben zum Partnerschafts-, Kohabitations- und Ehebeginn angewendet wurden, entsprechen denen für die zwei Ereignisse, die für die Dauer des Entscheidungsprozesses verwendet wurden (s. o.). Bei unterschiedlichen Angaben beider Partner wurde das zeitlich frühere Datum verwendet. Die Entscheidung ist letztlich pragmatisch, da der „wahre“ Zeitpunkt, zu dem das Paar die Beziehung begonnen hat, zusammengezogen ist oder geheiratet hat, nicht bekannt ist. Wenn man davon ausgeht, dass dieser Zeitpunkt entweder dem frühen Datum, dem späteren Datum oder einem beliebigen Zeitpunkt dazwischen entspricht, dann wird über die angewendete Regel die maximale Dauer der Beziehung, der Kohabitation oder der Ehe abgebildet.⁵⁵

Kohabitations-/Ehestatus (t_1 , t_2). Um den Status des Paares zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und zum Zeitpunkt des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum (t_2) zu identifizieren, wurde das Datum des Kohabitations- und Ehebeginns mit dem jeweiligen Zeitpunkt verglichen. Lag der Kohabitations- beziehungsweise Ehebeginn vor t_1 beziehungsweise t_2 , wurde das Paar als zu diesem Zeitpunkt zusammenwohnend oder verheiratet codiert. Für Paare, bei denen das Partnerschaftsereignis dagegen zeitlich nach dem Zeitpunkt liegt, wurde immer „trifft nicht zu“ codiert. Für alle Paare, die keine Datumsangabe gemacht hatten, weil sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens nicht zusammenwohnten oder unverheiratet waren, wurde „trifft nicht zu“ codiert.

Beziehungsdauer (t_1). Für die Berechnung der Beziehungsdauer wurde die Differenz aus dem Datum des Partnerschaftsbeginns und dem Datum der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft gebildet.

⁵⁵ Anhand der Paarindikatoren für die drei Partnerschaftsereignisse (Beziehungsbeginn, Zusammenzug, Ehebeginn) wurde geprüft, ob deren Abfolge plausibel ist. Dabei fielen zwei Paare mit Ehebeginn vor Beziehungs- und Kohabitationsbeginn auf. Jeweils ein Partner hatte den Ehebeginn vor Beziehungsbeginn angegeben, während der zweite Partner ein Datum nach Beziehungs- und Kohabitationsbeginn genannt hat. Für diese beiden Paare wurde von der Regel abgewichen und das plausiblere, spätere Datum verwendet.

Kinder (t_1). Der Indikator basiert auf der generierten Variablen Parität (ebd.: 18), die zwischen keinen Kindern, einem Kind, zwei Kindern und drei oder mehr Kindern differenziert. Es wurde ein binärer Indikator für das Vorhandensein von Kindern gebildet. Die Ausprägung „keine Kinder“ wurde zugewiesen, wenn das Paar zum Zeitpunkt t_1 kinderlos war, die Ausprägung „mind. 1 Kind“ wenn mindestens ein Kind von einem der Partner genannt wurde. Eine weitere Differenzierung von höheren Paritäten war nicht sinnvoll, weil nur äußerst selten mehr als ein Kind angegeben wurde. Die abgefragten Informationen erlauben es, zwischen gemeinsamen leiblichen Kindern und Stiefkindern zu differenzieren. Für deskriptive Analysen wird diese Differenzierung teilweise vorgenommen.

Sozioökonomische Situation des Haushaltes

SES. Das Haushaltseinkommen konnte in der PinK-Studie nicht abgefragt werden. Als Indikator für den sozioökonomischen Status („socio-economic status“, SES) wird der Internationale Sozioökonomische Index des beruflichen Status (ISEI) nach Ganzeboom und Treiman (1992) verwendet. Der ISEI basiert auf der Codierung der offenen Angaben einer Frage zum aktuellen oder letzten Beruf anhand der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (ISCO-88).⁵⁶ Bei dem Index handelt es sich um eine kontinuierliche Variable, die zwischen 16 und 88 variiert. Der ISEI ist für die Zwecke der Arbeit zudem gut geeignet, weil er eine sparsame Modellierung des sozioökonomischen Status ermöglicht (Schimpl-Neimanns 2004: 167). Für den Paarindikator wurde der ISEI des Partners mit dem höchsten Status verwendet. Liegt nur die Angabe eines Partners vor, wird diese herangezogen.

Gesetzlich versichert. Für die Konstruktion des Indikators wird die entsprechende generierte Variable aus dem PinK-Datensatz verwendet, die differenziert, ob eine Person privat, gesetzlich oder über die Bundeswehr versichert ist (Passet-Wittig et al. 2014: 18). Weiterhin wurde ein Paarindikator gebildet, der differenziert, ob beide Partner gesetzlich versichert sind, oder ob mindestens ein Partner privat versichert ist. Bundeswehrmitglieder ($n = 2$) wurden der gesetzlichen Krankenkasse zugeordnet, da die Regelungen der Bundeswehr eher jenen der gesetzlichen als jenen der privaten Versicherung entsprechen.

Infertilität des Paares

Paarinteraktion in t_1 . Der Zeitpunkt der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft ist ein individuelles Ereignis, welches auf einem subjektiven Empfinden basiert. Dieses Empfinden kann, muss aber nicht, zeitgleich mit dem des Partners eintreten. Um untersuchen zu können, wie die Paare in den Paarprozess der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin starten, wurde eine Variable mit fünf Ausprägungen gebildet, die differenzieren, ob die Partner zeitgleich ein Problem bei der Umsetzung des Kinderwunsches wahrgenommen haben (1 „Frau = Mann“) oder ungleichzeitig (2 „Frau vor Mann“; 3 „Mann vor Frau“). Zusätzlich wurde berücksichtigt, ob ein Partner angegeben hat, dass das Ereignis ihn nicht betrifft (4 „ein Partner betrifft mich nicht“) oder ob ein Partner keine Angabe zu der Frage gemacht hatte (5 „ein Partner k. A.“). Bei der Kategorie 1 ist zu beachten, dass Abweichungen in den Datumsangaben der Partner von bis zu drei Monaten als Übereinstimmung codiert wurden. Auf eine weitere geschlechtsspezifische Differenzierung bei „keine Angabe“ oder „betrifft mich nicht“ wurde aufgrund geringer Varianz verzichtet. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist es bei den Ausprägungen 4 und 5 der Mann, der keine Angabe gemacht hat.

⁵⁶ Die Codierung der offenen Angaben nach der ISCO-Klassifikation erfolgte nach den Empfehlungen des „GESIS Handbuch für Berufscodierung“ (Geis 2011).

Zeitdruck Frau. Zu ihrem Weg ins Kinderwunschzentrum wurde den Frauen die Aussage vorgelegt „Ich hatte das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen“, mit einer Antwortskala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“. Für Frauen, die einen Skalenwert von 4 oder 5 angegeben hatten, wurde codiert, dass sie Zeitdruck wahrgenommen haben.

Individuelle Einstellungen der Partner

Sozialer Druck. Der Indikator zum subjektiv wahrgenommenen sozialen Druck basiert auf einer aus dem schriftlichen pairfam-Partnerfragebogen übernommenen Frage zum Einfluss des sozialen Nahumfeldes auf die Elternschaftsentscheidung (Thönissen et al. 2014: 73). In drei Items wird abgefragt, inwieweit Freunde, Eltern und die Eltern des Partners finden, dass man ein (weiteres) Kind bekommen sollte. Die Zustimmung zu den Items wird auf einer endpunktbenannten Skala mit fünf Ausprägungen angegeben (von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme voll und ganz zu“). Zusätzlich standen als Antwortoptionen noch „weiß nicht“ und „betrifft mich nicht“ zur Verfügung, Ersteres analog zum pairfam-Fragebogen, Letzteres um Befragten ohne (lebende) Eltern beziehungsweise Schwiegereltern eine Antwortoption zur Verfügung zu stellen. Alle drei Items weisen einige fehlende Werte auf.⁵⁷ Die Zustimmung zu den Items ist sehr hoch, das heißt, die Skalenwerte 4 und 5 sind stark besetzt. Zudem wurde meist mehr als einem Item zugestimmt. Bei der Bildung eines Index führt dies zu einer sehr schiefen Verteilung. Stattdessen bietet sich eine einfache binäre Codierung an. Für alle Items wurde ein Skalenwert von 4 oder 5 als Zustimmung codiert, ein Skalenwert von 1 bis 3 dagegen als Nicht-Zustimmung. Anschließend wurde ein zusammengefasster Indikator über alle drei Items gebildet. Es wurde davon ausgegangen, dass Personen sozialen Druck wahrnehmen, wenn sie mindestens einem der Items zugestimmt haben. In den zusammengefassten Indikator gehen alle Fälle ein, die bei mindestens einem Item eine inhaltliche Angabe gemacht haben.

Stigma. Für die Operationalisierung der Wahrnehmung von Stigma wurde eine retrospektive Frage zu Ängsten und Bedenken in der Zeit vor dem Besuch eines Kinderwunschzentrums herangezogen. In der Frage wurden die Kinderwunschpatienten gebeten, aus einer Liste von Items die für sie zutreffenden auszuwählen. Zwei der Items beziehen sich auf eine stigmatisierte Wahrnehmung der Behandlung in einem Kinderwunschzentrum: „Ein Besuch dort war mir peinlich“; „Ich hatte Bedenken vor negativen Reaktionen in meinem persönlichen Umfeld“. Eine stigmatisierte Wahrnehmung wird angenommen, wenn mindestens eines der beiden Items angekreuzt wurde.

Weitere gewünschte Kinder. Der Indikator basiert auf einer Frage zur realistischen gewünschten Kinderzahl aus dem deutschen „Generations and Gender Survey“ (Ruckdeschel et al. 2006). Es wird explizit nach der Zahl der weiteren gewünschten Kinder, zusätzlich zu möglicherweise bereits vorhandenen, gefragt. Als zusätzliche Antwortoption stand „weiß nicht“ zur Verfügung. Für die geschlechtsspezifischen Indikatoren wurden vier Ausprägungen unterschieden: 1 „kein weiteres Kind“, 2 „ein weiteres Kind“, 3 „2+ weitere Kinder“ und 4 „fehlende Angabe“. Da der Effekt weiterer gewünschter Kinder zusätzlich zu dem aktuell unerfüllten Kinderwunsch untersucht werden soll, wurden Personen, die sich nur ein Kind wünschen, der Kategorie 1 „kein weiteres Kind“ zugeordnet. Der Paarindikator hat folgende Ausprägungen: 1 „beide kein weiteres Kind“, 2 „beide 1+ weiteres Kind“, 3 „unterschiedliche Kinderzahl“, 4 „beide Partner fehlende Angabe“, 5 „Frau fehlende Angabe“ und 6 „Mann fehlende Angabe“.

⁵⁷ Bei den Frauen haben 69 % keinen, 15 % einen und 16 % mehr als einen fehlenden Wert. Bei den Männern haben 54 % keinen, 18 % einen und 28 % mehr als einen fehlenden Wert.

Traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen. Den Ausgangspunkt bilden insgesamt sechs Items zu Geschlechterrollenbildern, die aus dem ISSP-Modul der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) des Jahres 2002 übernommen wurden.⁵⁸ Die Items wurden auf einer Skala mit fünf Ausprägungen abgefragt von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme voll und ganz zu“. Als weitere Antwortoption stand „kann ich nicht sagen“ zur Verfügung. Für den additiven Index werden zwei der sechs Items verwendet, welche die Dimension Geschlechterrollenideologie abbilden (Braun et al. 1994: 33).⁵⁹ Für die Indexbildung wurden nur Fälle mit gültigen Angaben bei beiden Items verwendet. Der Geschlechterrollenindex variiert zwischen 2 und 10, wobei höhere Werte für traditionellere Einstellungen stehen.

Alternativen zu Kinderwunschbehandlung vorstellbar. Im PinK-Fragebogen wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob die zwei alternativen Handlungsoptionen Adoption und Pflegeelternschaft zur Erfüllung des Kinderwunsches für sie vorstellbar sind. Als Antwortskala wurde eine endpunktbenannte Skala mit fünf Ausprägungen verwendet, von 1 „gar nicht vorstellbar“ bis 5 „sehr gut vorstellbar“. Weitere Antwortoptionen waren „geht nicht“ und „weiß nicht“. Von Interesse in den nachfolgenden Analysen ist vor allem, ob grundsätzlich Alternativen zur Kinderwunschbehandlung vorstellbar waren, deshalb wurden die zwei Handlungsoptionen zusammengefasst. In einem ersten Schritt wurde deshalb für jeden Befragten ein Indikator mit drei Ausprägungen gebildet: 0 „nicht vorstellbar“, 1 „vorstellbar“ und 2 „fehlende Angabe“. Eine fehlende Angabe liegt vor, wenn eine Person bei beiden Alternativen keine inhaltliche Angabe gemacht hat, ansonsten wurde diese verwendet.⁶⁰ Der Paarindikator zur Vorstellbarkeit von Alternativen durch das Paar hat folgende Ausprägungen: 1 „für beide vorstellbar“, 2 „nur für Frau vorstellbar“, 3 „nur für Mann vorstellbar“, 4 „für beide Partner nicht vorstellbar“, 5 „mind. ein Partner fehlende Angabe“.

6.4 Analysestrategie

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise bei der multivariaten Analyse zur Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe beschrieben. Es wird das Verfahren der multiplen Regression angewendet, da es geeignet ist, um die postulierten Zusammenhänge zwischen mehreren unabhängigen Variablen und einer abhängigen Variablen zu untersuchen. Die Wahl des Regressionsmodells hängt vor allem von der abhängigen Variablen ab. Diese misst die Dauer zwischen den ersten Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft und dem ersten Besuch des Paares im Kinderwunschzentrum in Jahren, mit Monaten als Nachkommastellen. Sie hat entsprechend metrisches Messniveau. Das Histogramm in Abbildung 7-4 (Kapitel 7.2.1) zeigt, dass die Dauer deutlich rechtsschief verteilt ist. Der Mittelwert liegt bei 1,5 Jahren (Standardabweichung = 1,4 Jahre), die Variable weist jedoch eine große Spannweite auf, von einem Monat bis zu 10,3 Jahren. Als

⁵⁸ Beim ALLBUS selbst handelt es sich um eine mündliche Befragung. Das Modul des „International Social Survey Program“ (ISSP) wird als schriftlicher Fragebogen den Studienteilnehmern übergeben und von diesen postalisch zurückgesendet (Blohm et al. 2004: 12).

⁵⁹ Eine Faktorenanalyse bestätigte, dass die zwei Items auf einen Faktor laden. Die interne Konsistenz, abgebildet über die Maßzahl Cronbachs Alpha, ergab für Frauen und Männern einen akzeptablen Wert von $\alpha = 0,665$ respektive $\alpha = 0,579$.

⁶⁰ Die wenigen Personen, die bei Adoption und/oder Pflegeelternschaft „geht nicht“ angegeben hatten, wurden als „nicht vorstellbar“ codiert.

Modellierungsverfahren für diese abhängige Variable wurden die normale lineare Regression, die lineare Regression mit log-transformierter abhängiger Variable und ein generalisiertes lineares Modell in Betracht gezogen. Die Entscheidung fiel auf ein generalisiertes lineares Modell mit Gamma-Verteilung und Log-Link. Die Entscheidung soll hier kurz begründet werden, bevor das verwendete Verfahren beschrieben wird.

In den vorläufigen Analysen erwies sich das lineare Regressionsmodell als wenig robust. Da Bedenken hinsichtlich potenziell einflussreicher Datenpunkte bestanden, welche die Regressionskoeffizienten beeinflussen können, wurden robuste Regressionen geschätzt und die Koeffizienten zwischen der klassischen OLS-Schätzung und dem robusten Modell verglichen. Diese Vorgehensweise wird beispielsweise von Jann (2010: 716) empfohlen, um die Auswirkungen von Annahmeverletzungen, insbesondere des Vorliegens einflussreicher Datenpunkte, besser abschätzen zu können (siehe auch Verardi 2009). Da sich deutliche Unterschiede zwischen der klassischen OLS-Schätzung und dem robusten Modell zeigten, wurde dies als Hinweis auf eine Fehlspezifikation des Modells gedeutet.⁶¹ Das Modell ist deshalb nicht für die Analyse geeignet.

Eine Alternative, die bei rechtsschiefer Verteilung der abhängigen Variablen häufig empfohlen wird und zu einer besseren Anpassung an die Daten führt, ist die logarithmische Transformation der abhängigen Variablen (siehe u. a. Brüderl 2000: 603; Fox 1997: 59f; Wolf/Best 2010: 633). Das Modell hat die folgende Form:

$$(1) \quad \log(y_{Dauer}) = \beta_0 + \beta_1 * x_1 + \dots + \beta_k * x_k + \varepsilon$$

Die Interpretation ändert sich in dem Modell mit log-transformierter abhängiger Variable, da diese nun nicht mehr linear ist und die Effekte der Kovariaten entsprechend multiplikativ und nicht additiv sind (Brüderl 2000: 599f). Das bedeutet, dass der Marginaler Effekt für eine Person vom Wert von x_k selbst sowie von der Ausprägung der anderen Kovariaten abhängt. Die Regressionskoeffizienten bilden den Effekt auf die logarithmierte Dauer ab, die in der Regel nicht von Interesse ist. Deshalb wird eine Transformation der Regressionskoeffizienten vorgenommen, nach der sich die Koeffizienten als prozentuale Veränderung des geometrischen Mittels der Dauer bei der Erhöhung der unabhängigen Variablen um eine Einheit interpretieren lassen. Die einfache Retransformation der Regressionskoeffizienten kann problematisch sein, wenn in dem Modell mit log-transformierter Dauer weiterhin Heteroskedastizität beispielsweise in Bezug auf einzelne erklärende Variablen vorliegt und die Residuen nicht normalverteilt sind (Blackburn 2007; Manning/Mullahy 2001; Silva/Tenreiro 2006). Das hängt damit zusammen, dass das Modell nun wie bereits erwähnt multiplikativ ist und somit der Fehlerterm ε und der Regressionskoeffizient x nicht unabhängig sind (Blackburn 2007: 76). Die damit verbundenen Probleme lassen sich umgehen, indem generalisierte lineare Modelle (GLM) verwendet werden. Diese liefern einen einheitlichen Rahmen für die Schätzung einer Vielzahl an verschiedenen Modellen, darunter insbesondere Modelle für nichtlineare abhängige Variablen, wie zum Beispiel die logistische Regression oder Zähldatenmodelle. Das generalisierte lineare Modell besteht aus drei Komponenten (MacCullagh/Nelder 1989: 27; WU 2005: 1031). In Matrixnotation lässt es sich in seiner allgemeinen Form wie folgt darstellen:

$$(2) \quad E(Y) = \mu = g^{-1}(X\beta)$$

⁶¹ Für Stata stehen zwei nutzergeschriebene Programme zur Verfügung, welche die neueste Generation von robusten Schätzverfahren, die MM-Schätzer, implementiert haben (Jann 2010; Verardi 2009). Es wurde das Programm *robreg* von Jann verwendet. Der MM-Schätzer zeichnet sich im Vergleich zu älteren robusten Schätzern durch eine hohe Effizienz und einen hohen Bruchpunkt aus (Jann 2010: 730).

Wobei $X\beta$ der lineare Prädiktor ist, $g(\cdot)$ die Link-Funktion und $E(Y)$ die Zufallskomponente.⁶² Gemeinsam ist allen generalisierten linearen Modellen, dass Y , die abhängige Variable, eine Verteilung hat, die sich mit Hilfe einer Varianzfunktion beschreiben lässt, die der Exponentialfamilie angehört. Dazu gehört neben der Normalverteilung auch nicht-lineare Verteilungen wie die Gamma-, Binomial-, Poisson-, Negativbinomial- und die inverse Gaußverteilung. Die systematische Komponente ($X\beta$) ist der lineare Prädiktor, bestehend aus den unabhängigen Variablen ($\beta_1 * x_1 + \dots + \beta_k * x_k$). Die Linkfunktion verbindet die Zufallskomponente mit der systematischen Komponente, indem sie angibt, wie der lineare Prädiktor und die abhängige Variable zusammenhängen. Als Link kann neben anderen Transformationen auch die Logarithmierung gewählt werden. Anders als bei einem linearen Modell mit log-transformierter abhängiger Variable wird im generalisierten linearen Modell der lineare Prädiktor transformiert, was die Interpretation des Modells maßgeblich erleichtert und eine potenziell problematische Retransformation unnötig macht.

Am wichtigsten für die korrekte Koeffizientenschätzung mittels eines generalisierten linearen Modells ist die Wahl einer geeigneten Linkfunktion. Grundsätzlich erscheint für die Dauer des Entscheidungsprozesses aufgrund der rechtsschiefen Verteilung die Verwendung einer logarithmischen Link-Funktion sinnvoll. Als Varianzfunktionen kommen die Normal-, Gamma- und die Poissonverteilung in Frage. Die Gamma-Verteilung ist besonders geeignet, wenn die abhängige Variable Werte ≥ 0 annehmen kann und viele verschiedene Ausprägungen hat (Hardin/Hilbe 2012: 121). Die Gamma-Varianzfunktion in Kombination mit dem Log-Link wird häufig als Alternative zur Log-Transformation der abhängigen Variablen angewendet (ebd.: 129). Dies gilt auch für die Poisson-Verteilung, sie ist aber vor allem für ganzzahlige Zähldaten oder für Verhältnisdaten geeignet (ebd.: 223).⁶³ Um die Modellspezifikation zu prüfen, wurde ein Modell verwendet, das wichtige erklärende Variablen enthält. Es wird das zweite Modell in Tabelle 7-13 (Kapitel 7.2.3) verwendet, das später noch ausführlicher beschrieben und inhaltlich interpretiert wird. Um die Wahl der Linkfunktion zu prüfen, wurde der Link-Test zur Prüfung der Modellspezifikation verwendet (siehe Hardin/Hilbe 2012: 50f – unter Verweis auf Pregibon 1980). Der Test zeigt, dass der Log-Link geeignet ist.⁶⁴ In einem nächsten Schritt wurde die Varianzfunktion geprüft. Während die Linkfunktion für die Schätzung der Regressionskoeffizienten selbst relevant ist, beeinflusst die Varianzfunktion die Effizienz der Schätzung und wirkt sich auf die Standardfehler und Konfidenzintervalle aus. Um die am besten geeignete Varianzfunktion zu identifizieren, wurde als statistischer Test der Park-Test durchgeführt (Manning/Mullahy 2001: 471) und ergänzend die Residuen graphisch untersucht (MacCullagh/Nelder 1989: 400) (siehe Abbildung B1 im Anhang). Sowohl der Park-Test als auch die Residuenplots des Modells verweisen auf die Gamma-Verteilung.⁶⁵ Es wird für die nachfolgenden multivariaten Analysen ein generalisiertes lineares Modell mit Gamma-Varianzfunktion und Log-Linkfunktion verwendet.⁶⁶

⁶² Generalisierte lineare Modelle können in Stata mit Hilfe des Befehls *glm* geschätzt werden, wobei anhand der Option *family* die Varianzfunktion und anhand der Option *link* die Linkfunktion spezifiziert werden.

⁶³ Sie hat zusätzlich beim Vorliegen vieler Null-Werte auf der abhängigen Variablen den Vorteil, dass diese nicht wie bei der Log-Transformation der abhängigen Variablen ausgeschlossen werden müssen, weil der Logarithmus von 0 nicht definiert ist (für eine Anwendung siehe beispielsweise Silva und Tenreiro 2006).

⁶⁴ Für eine ausführlichere Beschreibung des Link-Tests siehe u. a. Hardin und Hilbe (2012: 55) oder die Stata-Dokumentation zu dem Befehl *linktest* für Anwendungsbeispiele.

⁶⁵ Eine Erläuterung des Tests mit Stata-Syntax findet sich bei Glick et al. (2014: 116f).

⁶⁶ Die Schätzung erfolgt mittels des Maximum-Likelihood-Schätzverfahrens.

Darstellung und Modellaufbau

In den Gamma-Modellen mit Log-Link sind bei den eigentlichen Regressionskoeffizienten (β_1) nur die Vorzeichen direkt interpretierbar, weil die Koeffizienten den logarithmierten Erwartungswert der abhängigen Variablen abbilden. Deshalb werden entlogarithmierte beziehungsweise exponierte Regressionskoeffizienten ausgewiesen (e^{β_1}). Exponierte Koeffizienten geben an, um welchen Faktor sich der Erwartungswert der abhängigen Variablen ändert, wenn sich die erklärende Variable um eine Einheit erhöht. Die Interpretation ist vergleichbar mit der für Odds Ratios im Falle einer logistischen Regression. Exponierte Koeffizienten können Werte kleiner und größer 1 annehmen, wobei 1 einem Nulleffekt entspricht. Ein exponierter Koeffizient < 1 verweist auf einen negativen und im Falle der hier betrachteten Dauer des Entscheidungsprozesses auf einen verkürzenden Effekt, während ein Koeffizient > 1 auf einen verlängernden Effekt verweist. Weiterhin wurden durchschnittliche marginale Effekte berechnet. Im englischen Sprachgebrauch hat sich dafür die Bezeichnung „average marginal effect“ (AME) durchgesetzt, die nachfolgend auch hier verwendet wird (siehe u. a. Williams 2012: 324). Der AME gibt in Einheiten der abhängigen Variable an, wie sich eine Änderung der unabhängigen Variable um eine Einheit im Durchschnitt auf die Dauer des Entscheidungsprozesses auswirkt. Berechnet wird der AME als „[...] Mittelwert der marginalen Effekte über alle Beobachtungen [...]“ (Best/Wolf 2010: 840). Der AME ist deshalb leicht zu interpretieren und besonders für den Vergleich schrittweise aufgebauter Modelle geeignet, weil er gegenüber unbeobachteter Heterogenität robust ist (ebd.: 840).⁶⁷

Zur Beurteilung der Relevanz der Variablen werden weiterhin die Standardfehler der Regressionskoeffizienten beziehungsweise der durchschnittlichen marginalen Effekte und die jeweiligen exakten p-Werte ausgewiesen. Der exakte p-Wert ist das Resultat eines Signifikanztests. Auf Basis dieses Signifikanztests lassen sich im Rahmen des frequentistischen Wahrscheinlichkeitsmodells Aussagen über die Übertragbarkeit des Zusammenhangs auf eine Grundgesamtheit machen. Dabei ist zu beachten, dass dem frequentistischen Wahrscheinlichkeitsmodell die Annahme zugrunde liegt, dass es sich bei den verwendeten Daten um eine stochastische Zufallsstichprobe aus einer größeren und vorab definierten Grundgesamtheit handelt. Die in der Arbeit verwendeten Daten sind jedoch nicht unter Verwendung einer Zufallsstichprobe gezogen worden. Wie weiter oben beschrieben wurde, war die Basiserhebung der PinK-Studie als Vollerhebung von Paaren mit Fertilitätsproblem angelegt, die im Erhebungszeitraum eines der beteiligten Kinderwunschzentren aufgesucht und sich für eine Behandlung entschieden haben (Kapitel 6.1). Anhand der relativ niedrigen Rücklaufquote von 31 % wird aber deutlich, dass diese nur bedingt realisiert werden konnte, so dass die Studienteilnehmer eine nicht kontrollierte Stichprobe aus einer definierten Grundgesamtheit bilden. Über die Repräsentativität der Daten sind zum aktuellen Zeitpunkt keine fundierten Aussagen möglich, da über die Studienpopulation wenig bekannt ist.⁶⁸ Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie die Grundgesamtheit gut repräsentiert, andererseits ist dies auch nicht pauschal auszuschließen.

Für die Bewertung der Befunde stellen die Signifikanztests, neben der substanziellen Interpretation der Regressionskoeffizienten vor dem Hintergrund der Hypothesen, einen

⁶⁷ Die unbeobachtete Heterogenität kann sich von Modell zu Modell verändern. Da sie die Regressionskoeffizienten beeinflusst, sind Modelle mit unterschiedlicher Variablenzahl nur schwer vergleichbar (Best/Wolf 2010: 838).

⁶⁸ Die Durchführung der PinK-Studie und auch die Analyse dieser Arbeit sind, unter anderem, durch das Fehlen von Kenntnissen über diese Population motiviert.

weiteren Baustein dar (Diekmann 2003: 600): Im Sinne eines Gedankenexperiments wird dann nach der Plausibilität eines Zusammenhangs gefragt, wenn es sich bei der Stichprobe um eine Zufallsstichprobe handeln würde.⁶⁹ Generell sollten die Signifikanztests aus den genannten Gründen nicht überinterpretiert werden. Ein signifikanter Zusammenhang kann nicht als gesichertes Ergebnis betrachtet werden, umgekehrt liefert auch ein nicht signifikanter Zusammenhang keine Sicherheit darüber, dass nicht doch ein solcher existiert. Die empirischen Befunde gelten zunächst einmal für die untersuchte Population. Ihre Übertragbarkeit auf die definierte Grundgesamtheit ist nur unter Vorbehalt möglich und bedarf der weiteren Prüfung.

Die Modellgüte von generalisierten linearen Modellen lässt sich anhand mehrerer Kennzahlen vergleichen (WU 2005: 1037-1039). In den Regressionstabellen werden das Akaike Information Criterion (AIC) und das Bayesian Information Criterion (BIC) sowie ein Pseudo-R² ausgewiesen. Für AIC und BIC gilt, dass das Modell mit dem kleineren Wert vorzuziehen ist (ebd.: 1038). Die Bezeichnung Pseudo-R² ist angelehnt an die lineare Regression, in der das R² die durch das Modell erklärte Varianz angibt. In der nicht-linearen Regressionsanalyse ist eine analoge Interpretation nicht möglich, weshalb die Maßzahl als „Pseudo-R²“ bezeichnet wird. Das verwendete Pseudo-R² gibt die quadrierte Korrelation zwischen der Dauer des Entscheidungsprozesses und der durch das Modell vorhergesagten Dauer an.⁷⁰ Wie Zheng und Agresti (2000: 1780) zeigen, ist es generell zur Beurteilung und zum Vergleich aufeinander aufbauender generalisierter linearer Modelle geeignet.

Der Aufbau des Regressionsmodells erfolgt schrittweise und orientiert sich an dem in Kapitel 5.2 spezifizierten Analysemodell. Die Vorgehensweise hat zwei Vorteile. Zum einen erlaubt sie es, in der zwar theoretisch untermauerten aber auch explorativen Analyse das „Verhalten“ der Variablen und ihr Zusammenwirken sichtbar zu machen: Bleiben die Effekte bestimmter Variablen stabil oder verändern sie sich unter Kontrolle weiterer Variablen? Darüber hinaus macht die relativ kleine für die Analyse zur Verfügung stehende Fallzahl eine schrittweise Selektion der Variablen notwendig, um zu vermeiden, dass die Modelle zu groß und damit instabil werden. Als Kriterium für den Ausschluss einer Variablen wird deren Relevanz für die Erklärung der abhängigen Variablen herangezogen. Variablen ohne nennenswerten Effekt und mit einem p-Wert > 0,250 werden in folgenden Schritten nicht mehr berücksichtigt. Der schrittweise Modellaufbau wird dokumentiert, so dass der Selektionsprozess für den Leser nachvollziehbar ist.

Zum Umgang mit fehlenden Werten

Die hier vorgestellten Operationalisierungen theoretischer Konstrukte weisen unterschiedlich viele fehlende Werte auf. Einen Überblick über Anzahl und Anteil fehlender Werte für alle Variablen liefert Tabelle A2 (im Anhang). Die Anzahl fehlender Werte variiert pro Variable zwischen 0 und 47. Die mit Abstand höchsten Anteile weisen die geschlechtsspezifischen Indikatoren zu zwei Einstellungsmerkmalen auf: die traditionellen Geschlechterrollenvorstellungen (Frau: 20,9 %; Mann: 21,9 %) und der soziale Druck (Frau: 11,2 %; Mann: 24,0 %). Diese hohen Anteile lassen sich maßgeblich darauf zurückführen, dass im Fragebogen zusätzliche, nicht inhaltliche Antwortkategorien wie „weiß nicht“ zur Verfügung gestellt wurden und die Befragten von diesen häufig Gebrauch ge-

⁶⁹ Für die Anwendung von Inferenzstatistik spricht zusätzlich, dass die Erhebung von Befragungsdaten immer auch von stochastischen Prozessen wie zufälligen Messfehlern und entsprechend von Unsicherheit geprägt ist, selbst wenn keine Zufallsstichprobe zugrunde liegt (Broscheid/Gschwend 2003).

⁷⁰ Zur Berechnung wurde der von Nicholas J. Cox zur Verfügung gestellte Stata-Befehl `glmcorr` verwendet.

macht haben. Generell erhöht das Vorhandensein solcher Antwortkategorien die Wahrscheinlichkeit, dass keine inhaltliche Angabe gemacht wird. Andererseits besteht beim Weglassen das Risiko, dass sich Befragte, die zu den Statements keine Meinung haben, sich nicht wahrgenommen fühlen und durch das Fehlen für sie passender Antwortkategorien demotiviert werden.

Für die multivariaten Analysen wurde der listenweise Fallausschluss angewendet. Dabei wurden die Indikatoren zu den traditionellen Geschlechterrollen und zum sozialen Druck für beide Geschlechter nicht berücksichtigt. So wird sichergestellt, dass für die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Dauer des Entscheidungsprozesses und den anderen erklärenden Variablen ausreichend Fälle zur Verfügung stehen. Durch die Vorgehensweise reduziert sich die Anzahl der Paare für die Analyse von 196 auf 164. Der Anteil an Paaren mit mindestens einem fehlenden Wert liegt bei 16,3 %.

Der Zusammenhang der genannten subjektiven Indikatoren mit der Dauer des Entscheidungsprozesses kann jeweils nur für diejenigen Fälle untersucht werden, für die Informationen zu der Variablen und zu den anderen interessierenden Variablen zur Verfügung stehen. Diese Vorgehensweise ist nicht optimal, erzielt jedoch im Vergleich zu anderen Strategien im Umgang mit fehlenden Angaben bei Einstellungsfragen akzeptable Ergebnisse (Young 2012: 75). Strategien wie die Vergabe des Skalenmittelwertes, die Zuweisung eines Extremwertes oder die Verwendung einer zusätzlichen Dummy-Variablen für die Fälle mit fehlenden Werten schneiden in der Regel schlechter ab als der listenweise Fallausschluss und die multiple Imputation. Gerade zur Auswirkung der multiplen Imputation von Einstellungsitems auf die Schätzergebnisse gibt es jedoch bislang noch nicht genügend Untersuchungen (Johnson/Young 2013: 943).

Grundsätzlich wurde als Alternative zum listenweisen Fallausschluss die multiple Imputation erwogen. Bei der multiplen Imputation werden für die fehlenden Werte, basierend auf im Datensatz vorhandenen Informationen, Werte geschätzt. Dieser Prozess wird mehrfach wiederholt und die Ergebnisse jeder Wiederholung in separaten Datensätzen abgelegt. Die multivariaten Analysen werden dann für alle imputierten Datensätze durchgeführt und die Ergebnisse gemittelt, wodurch der Unsicherheit einer solchen Schätzung Rechnung getragen wird. Das Verfahren hat den Vorteil, dass sich die Fallzahl für die Analyse nicht reduziert, wodurch eine höhere Präzision der Schätzung erreicht werden kann. Die multiple Imputation wird heute vielfach empfohlen und als dem listenweisen Fallausschluss überlegen präsentiert (siehe u. a. Enders 2010; Graham 2012). Jedoch ist der Fallausschluss unter den konventionellen Verfahren immer noch das Beste und in bestimmten Datensituationen den neuen Imputationsverfahren sogar überlegen (für eine ausführlichere Diskussion siehe Allison 2001: 5-12).

Wie jedes statistische Verfahren beruht auch die multiple Imputation auf bestimmten Annahmen. Sie geht davon aus, dass die zu imputierenden Variablen multivariat normalverteilt sind, was in sozialwissenschaftlichen Erhebungen und gerade in kleineren Datensätzen häufig nicht der Fall ist. In der klassischen Regressionsanalyse ist das meist unproblematisch, bei der multiplen Imputation kann es jedoch dazu führen, dass Zahlen außerhalb des Wertebereichs der Variablen imputiert werden (Horton/Kleinman 2007). Für große Datensätze ist die Performanz der multiplen Imputation gut belegt, für kleine Datensätze gilt dies jedoch nicht gleichermaßen (Yuan et al. 2012: 601). Ein weiteres praktisches Problem stellt im Fall der Analysen dieser Arbeit die relativ große Zahl an erklärenden Variablen dar. Diese Zahl ergibt sich aus dem Forschungsstand sowie theoretischen Überlegungen und ist zusätzlich dadurch bedingt, dass bei der Analyse von Paaren Individual- und Paarmerkmale von Interesse sind. Aus diesem Grund wird, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, das Modell sequenziell aufgebaut und nicht relevante Variablen werden

schrittweise ausgeschlossen. Um valide Imputationsergebnisse zu erzielen, müssen im Imputationsmodell sämtliche Variablen enthalten sein, die später in der Regressionsanalyse verwendet werden inklusive aller Interaktionseffekte, quadrierter Terme sowie zusätzlicher Hilfsvariablen, die für die Erklärung der fehlenden Werte relevant sind (Johnson/Young 2013: 936-938). Zu beachten ist jedoch, dass auch in Imputationsmodellen eine Überparametrisierung problematisch ist: Das Modell wird instabil und bei der Verwendung vieler kategorialer Variablen besteht zusätzlich das Problem perfekter Prädiktion (siehe u. a. Hardt et al. 2012: 10).

Sensitivitätsanalysen

In diesem Abschnitt wird noch auf drei Sensitivitätsanalysen eingegangen. Diese wurden vorgenommen, um die Robustheit der methodischen Vorgehensweise zu prüfen – eine wichtige Voraussetzung für eine substantielle Interpretation der Befunde. Die erste Sensitivitätsanalyse berücksichtigt, dass die Teilnehmer an der Basiserhebung der PinK-Studie über sechs Kinderwunschzentren in Rheinland-Pfalz und Hessen rekrutiert wurden (siehe dazu ausführlicher Kapitel 6.1). Das führt dazu, dass die PinK-Daten formal eine hierarchische Struktur aufweisen. Die Beobachtungen im Datensatz sind entsprechend nicht unabhängig. Dies stellt eine Verletzung der Annahmen der Regressionsanalyse dar, die bei der Analyse berücksichtigt werden sollte, da sie sich auf die Standardfehler der Regressionskoeffizienten auswirken kann. Bei geringer Clusterzahl, wie im Falle der Daten der PinK-Studie, wird vorgeschlagen, die Cluster als binäre Indikatoren in das Modell aufzunehmen (Snijders/Bosker 2012: 46-48). Unterschiede zwischen den Clustern aufgrund der Clusterstruktur werden dadurch aufgeklärt und herausgerechnet.⁷¹ Aufgrund der insgesamt niedrigen Fallzahlen für die Analyse war es nicht möglich, standardmäßig fünf zusätzlich binäre Indikatoren zu berücksichtigen. Exemplarisch wurde für das Modell „Infertilität“ (Tabelle 7-13) geprüft, ob Grund zu der Annahme besteht, dass die gezeigten Analysen durch die Clusterstruktur beeinflusst sind (siehe Tabelle B1 im Anhang). Die inhaltlich interessierenden Koeffizienten unterscheiden sich zwischen den Modellen nur geringfügig, in keinem Fall in substantieller Weise. Auch bei den Standardfehlern zeigen sich nur minimale Unterschiede. Die p-Werte unterscheiden sich im Niveau etwas. Auffällig ist aber lediglich, dass der quadrierte Altersterm nun knapp nicht mehr signifikant ist. Allerdings ist dieser nicht-lineare Effekt insgesamt nicht sehr stabil. Insgesamt legt der Vergleich nahe, dass die Inferenz und damit die Schlussfolgerungen aus den vorgestellten Analysen durch die Nicht-Berücksichtigung der Clusterung nur unwesentlich beeinflusst sind.

Weiterhin wurde im Rahmen eines Robustheitschecks exemplarisch für das Modell „Infertilität“ untersucht, ob einflussreiche Datenpunkte vorliegen und wie robust die Analyseergebnisse gegenüber diesen Fällen sind. Ein solcher Robustheitscheck ist besonders bei Analysen mit kleiner Fallzahl sinnvoll, in denen einzelne Datenpunkte sehr einflussreich sein können (Jann 2009: 95). Dafür wurden die Residuen für das Modell inspiziert und als Maßzahl für den Einfluss einzelner Fälle auf die Koeffizientenschätzung Cook's D verwendet. Dabei fiel nur ein Paar auf, das testweise aus dem Modell ausgeschlossen wurde.⁷²

⁷¹ Andere Verfahren, wie die Korrektur der Standardfehler für die Korrelation zwischen den Fällen eines Kinderwunschzentrums oder die explizite Modellierung der Variation zwischen und innerhalb der Cluster im Rahmen einer Mehrebenenanalyse, sind aufgrund der geringen Clusterzahl nicht geeignet (Maas/Hox 2005; Snijders/Bosker 2012: 200).

⁷² Es handelte sich dabei um das Paar mit der besonders langen Dauer des Entscheidungsprozesses von circa 10 Jahren (siehe Abbildung 7-4 in Kapitel 7.2.1).

Insgesamt erwies sich das Modell als sehr robust. Die substanziellen Schlussfolgerungen ändern sich durch den Ausschluss nicht.

Zusätzlich wurde geprüft, ob die Schätzung des Modells mit robusten Standardfehlern angebracht ist (Huber 1967; White 1982).⁷³ Robuste Standardfehler werden verwendet, wenn Unsicherheit darüber besteht, ob die angenommene Varianzfunktion tatsächlich korrekt ist, was häufig schwer einzuschätzen ist. Ihre Verwendung wirkt sich ausschließlich auf Standardfehler und Signifikanztests aus. Sie sind zwar einerseits robuster, aber auch deutlich weniger präzise, wenn die Varianzfunktion doch korrekt ist (Elff 2015: 26). Unterscheiden sich die robusten deutlich von den normalen Standardfehlern, ist dies ein Hinweis auf eine Fehlspezifikation des Modells, der wenn möglich durch eine Modellanpassung begegnet werden sollte (King/Roberts 2015: 177). Ein Vergleich des zweiten Modells in Tabelle 7-13 (Kapitel 7.2.3) mit Gamma-Varianzfunktion und Log-Link mit und ohne robuste Standardfehler zeigt keine nennenswerten Unterschiede. Die Interpretation (Signifikanz) ändert sich nicht. Es wird deshalb für die nachfolgenden Analysen auf die Verwendung robuster Standardfehler verzichtet.

⁷³ In Stata kann die Schätzung robuster Standardfehler über die für viele Regressionsverfahren verfügbare Option *vce(robust)* angewiesen werden.

7 Empirische Untersuchungen

Die Untersuchung dient dem übergeordneten Ziel dieser Arbeit, ein besseres Verständnis der Situation und des Handelns von Paaren zu erlangen, die von Infertilität betroffen sind und sich mit der Handlungsoption Reproduktionsmedizin auseinandersetzen. Ganz bewusst und in Abgrenzung zu vielen bisherigen Untersuchungen, die sich auf die Frau (als Repräsentantin des Paares) konzentrieren, werden dabei Paare als zentrale Analyseeinheit betrachtet. Denn die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin wird in aller Regel im Paarkontext getroffen. Denn es geht es bei deren Nutzung um die Erfüllung eines Kinderwunsches und damit um infertilitätsbezogenes generatives Handeln. Für die Analysen werden die Paardaten der Basiserhebung der PinK-Studie verwendet. Der bereinigte Datensatz enthält Informationen zu 196 Paaren mit gültigen Angaben zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft und des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum. Diese beiden Ereignisse bilden Anfangs- und Endpunkt des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Denn handlungsfähig im engeren Sinne sind die Paare erst, wenn mindestens einer der Partner in der ausbleibenden Schwangerschaft ein Problem bei der Umsetzung eines Kinderwunsches wahrnimmt. Mit dem Besuch im Kinderwunschzentrum wurde dann eine zentrale Hürde für die Nutzung der Reproduktionsmedizin überwunden.

In den Analysen zur ersten Forschungsfrage geht es darum, die Paare zu beschreiben und deren Infertilitätserfahrung sowie die Kinderwunschbehandlung in die individuellen Lebensverläufe und die Paarbiografie einzubetten. Aus dieser Lebensverlaufsperspektive heraus ergeben sich dadurch Anknüpfungspunkte an die Muster generativen Verhaltens in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Vielfalt biografischer Lebenswege, auf denen Paare ein Fertilitätsproblem erleben und sich an die Reproduktionsmedizin wenden, wird dann zu einer Paartypologie zusammengefasst. Die Untersuchung zur zweiten Forschungsfrage beschäftigt sich mit der zeitlichen Dimension des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Basierend auf dem Analysemodell und den forschungsleitenden Hypothesen werden Zusammenhänge zwischen Merkmalen und Einstellungen der Partner sowie des Paares und der Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses untersucht.

7.1 Wer die Paare sind, die sich in Kinderwunschbehandlung begeben

In diesem ersten Teil der Analysen geht es darum, herauszuarbeiten, was die Paare, die sich in eine Kinderwunschbehandlung begeben, auszeichnet. Zunächst werden die Frauen und Männer anhand soziodemografischer und partnerschaftsbezogener Variablen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und des ersten Zentrumsbesuchs beschrieben (Kapitel 7.1.1). Anschließend kommen clusteranalytische Verfahren zum Einsatz, um Heterogenität in der Population von Kinderwunschpaaren zu reduzieren und die Paare zu Clustern zusammenzufassen (Kapitel 7.1.2). Dabei rückt dann das Zusammenwirken verschiedener biografischer Merkmale der Partner und der Paare in den Fokus. Am Ende des Kapitels werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst (Kapitel 7.1.3).

7.1.1 Einbettung von Infertilitätserfahrung und Kinderwunschbehandlung in die Lebensverläufe der Partner und in die Paarbiografie

In diesem Kapitel wird anhand deskriptiver Analysen herausgearbeitet, wie der unerfüllte Kinderwunsch und die Kinderwunschbehandlung in die Lebensverläufe der Partner und in die Paarbiografie eingebettet sind. Ausgangspunkt der nachfolgenden Analysen bilden die 196 Paare mit plausiblen Angaben zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft (t_1) und zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum (t_2) (siehe Tabelle 6-1). Es werden immer alle Fälle mit gültigen Werten auf den jeweiligen Variablen verwendet, um die vorhandenen Informationen auszunutzen. Dadurch kann sich die Gesamtzahl der analysierten Paare je nach Variablen unterscheiden.

In Tabelle 7-1 ist das durchschnittliche Alter der Frauen und Männer zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 abgebildet. Es zeigt sich, dass die Frauen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft im Mittel etwa 30 und die Männer 34 Jahre alt sind.⁷⁴ Beim ersten Zentrumsbesuch sind sie dann im Mittel etwa ein Jahr älter.⁷⁵ Hinter den Mittelwerten verbirgt sich eine breite Variation. Die jüngste Frau ist erst 18 Jahre alt, wenn sie sich erstmals Sorgen macht, der älteste Mann 52 Jahre. Die gesetzliche Krankenkasse knüpft die Kostenübernahme für eine Kinderwunschbehandlung unter anderem an das Alter beider Partner. Die Frau muss zwischen 25 und 40 Jahre alt sein, der Mann zwischen 25 und 50 Jahre. Diese Altersvorgabe für die Kostenübernahme wird von der überwiegenden Mehrzahl, aber nicht von allen Frauen und Männern erfüllt. Zum Zeitpunkt des ersten Zentrumsbesuchs sind jeweils 5,6 % aller Frauen und 1,6 % der Männer unter beziehungsweise über dieser Altersgrenze. Von 190 Paaren mit Altersangaben beider Partner erfüllen 7,4 % zu dem Zeitpunkt die Altersvorgabe nicht. Sind diese Paare gesetzlich versichert, müssen sie die Behandlungskosten vollständig selbst tragen.

Tabelle 7-1: Alter beider Partner zum Zeitpunkt der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und des ersten Zentrumsbesuchs (t_2)

	Alter t_1		Alter t_2	
	Frau	Mann	Frau	Mann
Mittelwert	30,2	33,8	31,7	35,4
Std. Abweichung	4,5	5,6	4,3	5,6
Min	18	21	21	23
Max	43	52	43	57
Gesamt	195	191	195	191

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

⁷⁴ Mütter sind zum Zeitpunkt der ersten Sorgen mit im Mittel 30,6 Jahren nur unwesentlich älter als kinderlose Frauen (30,2 Jahre). Bei Männern ist der Unterschied zwischen Vätern (Ø 35,0 Jahre) und Kinderlosen (Ø 33,8 Jahre) etwas größer.

⁷⁵ Die durchschnittliche Dauer zwischen den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem Besuch im Kinderwunschzentrum beträgt 1,5 Jahre. Da das Alter nur jahresgenau vorliegt, gibt der durchschnittliche Altersunterschied diese Dauer nur ungenau wieder.

Tabelle 7-2: Bildungsstand (ISCED-97) beider Partner

ISCED-Kategorie ¹	Beschreibung	Frau		Mann	
		%	n	%	n
ISCED 2-3	Sekundarbereich I & II	38,6	71	36,5	69
ISCED 4	Post-sekundärer Bereich	14,7	27	7,4	14
ISCED 5-6	Tertiärbereich I & II	46,7	86	56,1	106
Gesamt			184		189

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

¹ Im Datensatz befinden sich keine Fälle mit ISCED 1 (Primärbildung), Bildungsstand zum Zeitpunkt der Befragung abgebildet.

Tabelle 7-3: Sozioökonomischer Status (SES) beider Partner und des Paares

SES ¹	Frau	Mann
Mittelwert	50,9	52,3
Std. Abweichung	15,8	17,5
Min	23	21
Max	88	88
Gesamt	184	175

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, SES gemessen über den ISEI (Wertebereich 16-88), eigene Berechnungen.

¹ Status zum Zeitpunkt der Befragung abgebildet.

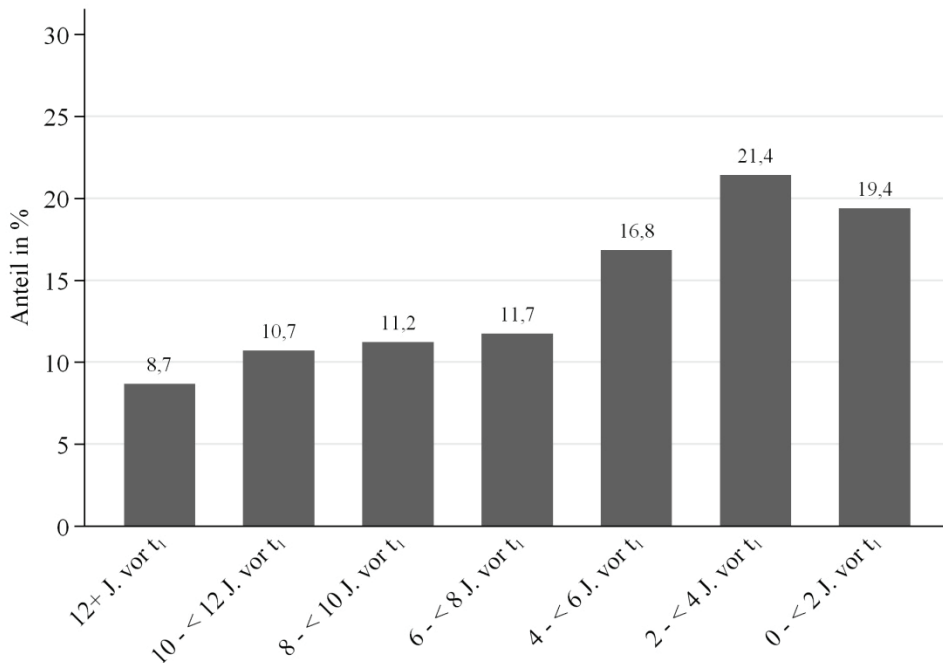
Tabelle 7-4: Anzahl der Kinder der Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1)

Parität	%	n
Kinderlos	87,1	169
Mindestens 1 Kind	12,9	25
davon gemeinsame(s) Kind(er)	44	11
davon leibliche(s) Kind(er) eines Partners	56	14
Gesamt	100	193

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Als Nächstes werden zwei Indikatoren für die sozialstrukturelle Einbettung der Kinderwunschaare in den Blick genommen: der höchste Bildungsabschluss und der sozioökonomische Status (Tabelle 7-2 und Tabelle 7-3). Der Bildungsabschluss liefert darüber hinaus auch Hinweise darauf, wie viel Zeit die Frauen und Männer im Bildungssystem verbracht haben. In der Regel gilt: je höher der Abschluss, desto länger die Bildungsphase. Die Fertilitätsforschung zeigt, dass sich ein längerer Verbleib im Bildungssystem auf den Zeitpunkt der Familiengründung auswirkt und insbesondere Akademiker die erste Geburt lange aufschieben (siehe Kapitel 2.1.2). Interessant ist nun, dass bei beiden Geschlechtern die Akademiker die größte Gruppe bilden (ISCED 5-6). Allerdings ist bei den Männern der Anteil der Akademiker noch deutlich höher als bei den Frauen. Vergleicht man nun das Alter der Frauen verschiedener Bildungsgruppen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft, wird deutlich, dass die Hochschulabsolventinnen mit durchschnittlich 31,7 Jahren am ältesten sind. Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II (Haupt/Realschulabschluss, Lehre, Fachabitur oder Abitur) sind zu diesem Zeitpunkt im Mittel nur 28,2 Jahre alt. Die männlichen Akademiker sind im Mittel sogar 36,2 Jahre alt. In der Population der Kinderwunschaare spiegeln sich also Muster, die aus der Allgemeinbevölkerung bekannt sind. Auch beim sozioökonomischen Status zeigt sich, dass die Männer im Durchschnitt etwas bessergestellt sind. Die Geschlechterunterschiede fallen hier aber im Vergleich zur Bildung relativ gering aus.

Abbildung 7-1: Beziehungsbeginn der Paare in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1)

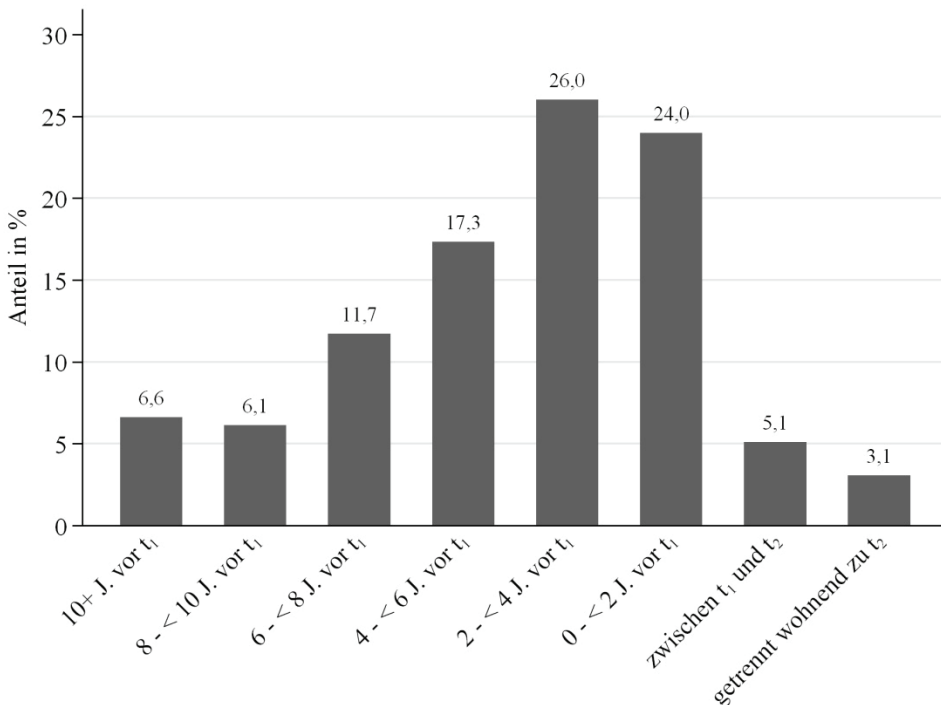


Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 196 Paare, eigene Berechnungen.

Nun werden die Merkmale der Paare stärker in den Fokus gerückt. Es wird zuerst auf die Kinder eingegangen und anschließend auf weitere Aspekte der Paarbiografie. Tabelle 7-4 zeigt die Anzahl vorhandener Kinder für alle Partnerschaften und differenziert zusätzlich zwischen gemeinsamen Kindern des Paares und leiblichen Kindern nur eines Partners. Die überwiegende Mehrheit der Paare ist zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich erstmals Sorgen über das Ausbleiben der Schwangerschaft macht, kinderlos. Die Elternpaare haben überwiegend nur ein Kind. Von den insgesamt 25 Elternpaaren handelt es sich bei 56 % um leibliche Kinder von nur einem Partner. Familienkonstellationen, in denen nur ein Partner ein Kind mit in eine neue Beziehung bringt, werden auch als Stieffamilien bezeichnet. Es handelt sich dabei gleich häufig um das leibliche Kind der Frau oder des Mannes.

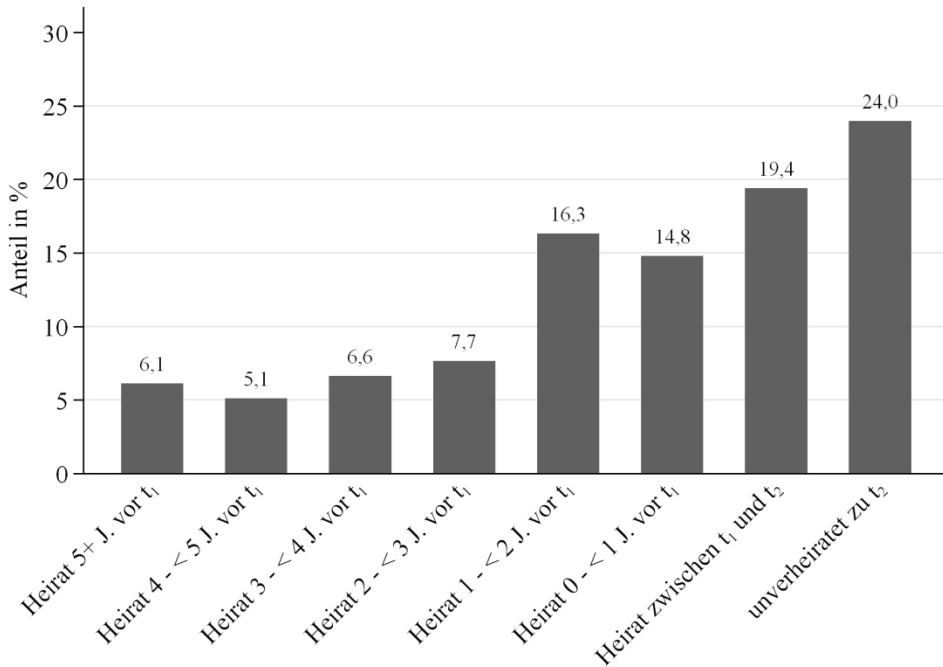
Die Abbildungen 7-1 bis 7-3 zeigen, wie die Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und der erste Besuch in einem Kinderwunschzentrum in die Paarbiografie eingebettet sind. Dafür wurden drei wichtige Beziehungsereignisse herangezogen: der Beginn der Partnerschaft, der Zusammenzug und die Eheschließung. Da die Paare aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches ein Kinderwunschzentrum aufsuchen, deutet die Einbettung in die Paarbiografie auch auf bestimmte Muster generativen Verhaltens hin, denn bei den meisten Paaren geht den ersten Sorgen eine Zeit des Versuchens, ein Kind zu zeugen, voraus. Es ist davon auszugehen, dass nur verhältnismäßig wenige der hier betrachteten Paare bereits wissen, dass ein Problem besteht, wenn sie sich ein Kind wünschen.

Abbildung 7-2: Beginn der Kohabitation der Paare in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft (t_1) und des ersten Zentrumsbesuch (t_2)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 196 Paare, eigene Berechnungen.

Abbildung 7-3: Eheschließungen in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft(t_1) und des ersten Zentrumsbesuch (t_2)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 196 Paare, eigene Berechnungen.

Betrachtet man den Partnerschaftsbeginn in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft, dann fällt zunächst die große Spannweite an Beziehungsdauern auf (siehe Abbildung 7-1). Von den Paaren sind zu diesem Zeitpunkt bereits 42,3 % seit 6 Jahren oder länger in einer Beziehung, 8,7 % sogar bereits seit 12 oder mehr Jahren. Da die Mehrzahl der Paare kinderlos ist, kann davon ausgegangen werden, dass diese Paare sich erst relativ spät in der Beziehung für die Gründung einer Familie entschieden haben. Andererseits hat jedes fünfte Paar bereits in den ersten beiden Jahren der Beziehung versucht, ein Kind zu zeugen und ist auf Schwierigkeiten gestoßen. Wie bei der Beziehungsdauer ist auch bei der Kohabitation die Spannweite groß (siehe Abbildung 7-2). Es zeigt sich jedoch vor dem Beginn der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft eine Häufung von Zusammenzügen. Fast jedes vierte Paar ist in den zwei Jahren vor dem Auftreten von Problemen zusammengezogen. Die überwiegende Mehrzahl der Paare (91,8 %) wohnt in einer gemeinsamen Wohnung, wenn sie beginnen, sich Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft zu machen.

Die Häufigkeit von Eheschließungen im Verhältnis zu den Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum ist in Abbildung 7-3 dargestellt. Anhand der Abbildung wird deutlich, dass 56 % der Paare verheiratet sind, wenn sie erstmals ein Fertilitätsproblem wahrnehmen. Der Rest der Paare hat mit der Umsetzung des Kinderwunsches in einer nichtehelichen Lebensform begonnen. In der differenzierten Betrachtung wird ersichtlich, dass der Anteil der Paare, die heiraten, in den beiden

Jahren vor dem Beginn der ersten Sorgen besonders hoch ist. Es lässt sich annehmen, dass es sich hierbei um kindorientierte Eheschließungen handelt. In Onnen-Isemanns Terminologie sind diese Paare die „Nicht-Verzögerinnen“, die nach der Eheschließung beginnen, ihren Kinderwunsch umzusetzen (Onnen-Isemann 1996: 267). Auffällig ist, dass jedes fünfte Paar im Analysedatensatz in der Zeit zwischen den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem ersten Zentrumsbesuch heiratet. Bezogen auf die Gruppe der bei Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems unverheirateten Paare, sind es 44,7 %, die bis zum ersten Zentrumsbesuch heiraten. Dafür kommen potenziell zwei Erklärungen in Frage. Zum einen könnte man hier einen Zusammenhang zwischen der Finanzierung der Kinderwunschbehandlung und dem Heiratsverhalten unterstellen. Denn alle gesetzlich versicherten Paare müssen mindestens die Hälfte der Behandlungskosten selbst tragen, unverheiratete Paare sogar die gesamten Kosten (Kapitel 2.3.1). Dies könnte ein Anreiz für die Paare sein, vor Behandlungsbeginn zu heiraten. Es ist aber auch plausibel anzunehmen, dass die Paare sowieso zu diesem Zeitpunkt geheiratet hätten, um mit der Eheschließung die für sie passenden Rahmenbedingungen für das Leben mit Kind zu schaffen.

7.1.2 Eine Typologie von Paaren in Kinderwunschbehandlung

In diesem Kapitel geht es darum, die Heterogenität innerhalb der Population von Paaren, die sich am Anfang einer Kinderwunschbehandlung befinden, zu nutzen, um Typen von Kinderwunscha Paaren zu identifizieren und zu beschreiben. Für die Typologie werden fünf Variablen verwendet. Deren Auswahl ergibt sich aus den in Kapitel 5.1 formulierten Annahmen sowie aus den deskriptiven Analysen des vorherigen Abschnittes. Zusammen sollen die Variablen die Paare hinsichtlich ihrer sozialstrukturellen Einbettung und ihrer Lebenssituation und Lebensphase zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft beschreiben. Dieser Zeitpunkt bildet den Ausgangspunkt infertilitätsbezogenen generativen Handelns des Paares. Die „biografischen Lebenswege“, auf denen die Paare die Infertilitätserfahrung gemacht und sich später an ein Kinderwunschzentrum gewendet haben, werden zu diesem Zeitpunkt gut sichtbar.

Tabelle 7-5: Deskriptive Statistik der für die Clusteranalyse verwendeten Paarmerkmale zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1)

	n	Mittelwert	Std. Abweichung	Min	Max
Alter Frau (t_1)	185	30,3	4,7	18	43
Alter Mann (t_1)	185	34,0	5,5	21	52
Kinder (ja/nein; t_1)	185	0,1	0,3	0	1
SES Paar	185	57,8	16,2	25	88
Beziehungsdauer (t_1)	185	5,9	4,2	0	18

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Zur Beschreibung der aktuellen Lebenssituation und Lebensphase werden das Alter beider Partner, das Vorhandensein von Kindern und die Beziehungsdauer zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft verwendet. Das Alter der Partner ist aus zwei Gründen relevant. Es liefert Hinweise auf die Lebensphase, in der sich beide Partner zu dem

Zeitpunkt befinden und ist aufgrund des mit dem Alter steigenden Infertilitätsrisikos von Bedeutung (siehe Kapitel 2.2.3). Die Information über das Vorhandensein von Kindern in der Partnerschaft wird berücksichtigt, weil angenommen wird, dass sich die Ausgangssituation für eine Kinderwunschbehandlung für Paare mit und ohne Kinder unterscheidet. Eine Differenzierung nach Kinderzahl ist nicht sinnvoll, da in der Analysetichprobe sehr wenige Paare mehr als ein Kind haben. Die Beziehungsdauer zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft liefert Hinweise auf den Institutionalisierungsgrad der Partnerschaft und verortet die Infertilitätserfahrung und damit den Versuch, ein Kind zu zeugen, in der Paarbiografie. Als Indikator für die sozialstrukturelle Position des Paares in der Gesellschaft wird ein Index des sozioökonomischen Status (SES) verwendet. Alternativ wurde erwogen, die Bildungsjahre, basierend auf den Angaben zu schulischen und beruflichen Abschlüssen, zu verwenden. Es wird aber angenommen, dass der ISEI mehr Informationen über die soziale Position des Paares und dessen Einkommenssituation enthält als die Bildungsjahre. Eine Übersicht über die Verteilung der für die Clusteranalyse verwendeten Variablen in der Analysepopulation gibt Tabelle 7-5.

Um Vergleichbarkeit zwischen den Variablen zu erreichen und Variablen mit größerer Varianz in der Clusteranalyse nicht stärker zu gewichten, werden alle Variablen z-standardisiert, so dass sie einen Mittelwert von 0 und eine Varianz von 1 aufweisen (Backhaus et al. 2011: 450). Weiterhin wurden die Korrelationen zwischen den verwendeten Variablen geprüft, denn sehr starke Korrelationen führen dazu, dass die korrelierenden Variablen mit einem stärkeren Gewicht in die Analyse eingehen als andere Variablen (ebd.: 450). Es zeigten sich keine auffälligen Korrelationen. Fälle mit fehlenden Werten auf einer oder mehreren Variablen werden aus der Analyse ausgeschlossen. Dadurch reduziert sich die Fallzahl für die Clusteranalyse von ursprünglich 196 auf 185 Paare.

Vorgehensweise

Ziel der Clusteranalyse ist es, die Paare anhand ihrer Merkmale möglichst homogenen Gruppen zuzuordnen, wobei die Gruppen sich möglichst unähnlich sein sollen. Die Zuordnung zu einer Gruppe soll eindeutig sein. Aufgrund dieser Anforderungen an die Klassifikationsaufgabe kommen deterministische Clusteranalyseverfahren zum Einsatz (Bacher et al. 2010: 19). Probabilistische Verfahren, bei denen die Zuordnung zu einer Gruppe mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erfolgt, sind nicht geeignet. Entsprechend der Empfehlung von Wiedenbeck und Züll (Wiedenbeck/Züll 2010: 546f) wird zunächst eine hierarchische Clusteranalyse mit dem Ward-Verfahren durchgeführt und die präferierte Clusterlösung dann mit dem K-Means-Verfahren optimiert.⁷⁶ Die Kombination beider Verfahren hat mehrere Vorteile. Zum einen setzen partitionierende Verfahren wie das K-Means-Verfahren voraus, dass die Zahl der Cluster zumindest ungefähr bekannt ist (ebd.: 534). Da es sich bei der vorliegenden Analyse um eine explorative Analyse handelt, ist es schwierig, diesbezüglich eine Angabe zu machen. Die hierarchisch-agglomerative Clusteranalyse ist geeignet, um die Zahl der Cluster zu bestimmen. Sie hat allerdings den Nachteil, dass die Paare schrittweise, entsprechend ihrer Ähnlichkeit, zusammengefasst werden, wodurch sich eine Pfadabhängigkeit ergibt. Das heißt, dass eine andere Zuordnung von Paaren zu anderen Clustern zu in sich homogeneren Clustern geführt hätte. Das K-Means-Verfahren geht dagegen von einer vorgegebenen Clusterzahl aus und verschiebt die Paare so lange zwischen den Clustern, bis die Varianzen innerhalb der Cluster möglichst klein

⁷⁶ In allen Clusteranalysen wird die quadrierte euklidische Distanz als Abstandsmaß verwendet.

sind. Dies führt dazu, dass eine mit dem K-Means-Verfahren generierte Clusterlösung die „Minimum Distanz Eigenschaft“ (MDE) aufweist. Das bedeutet, dass die Paare dem Cluster zugeordnet werden, bei dem der Abstand zum Clustermittelwert kleiner ist als der Abstand zum Mittelwert anderer Cluster (ebd.: 533). Die hierarchischen Verfahren besitzen die MDE in der Regel nicht.

Da das Ward-Verfahren empfindlich auf Ausreißer reagiert (ebd.: 532), wurde vor dessen Anwendung eine Ausreißeranalyse mit Hilfe des Single-Linkage-Agglomerationsverfahrens durchgeführt. Insgesamt wurden drei Paare als Ausreißer identifiziert und ausgeschlossen.⁷⁷ Als Nächstes wurde mit der bereinigten Datenbasis eine agglomerativ-hierarchische Clusteranalyse mit dem Ward-Verfahren durchgeführt. Um die Zahl der Cluster zu bestimmen, existieren eine Reihe von formalen Maßzahlen und Kriterien, die allerdings zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Neben der Erfüllung formaler Kriterien ist deshalb die inhaltliche Interpretierbarkeit ein wichtiges Merkmal guter Clusterlösungen. Es wurde der so genannte inverse Screamtest und der Test von Mojena angewendet (Backhaus et al. 2011: 244).⁷⁸ Basierend auf den erwähnten Tests wurden Clusterlösungen mit 3 bis 9 Clustern weiter untersucht. Da die finale Clusterlösung nicht zu viele schwach besetzte Gruppen enthalten sollte, wurden nur Clusterlösungen mit maximal 6 Clustern in Betracht gezogen. Letztendlich wurde eine Lösung mit fünf Clustern gewählt, die sich gut interpretieren lässt (siehe Tabelle C1 im Anhang).

Daran anschließend wurde die Clusterlösung mit Hilfe des K-Means-Verfahrens optimiert. Dafür wurden die Clustermittelwerte der zentrierten Variablen der 5-Cluster-Lösung als Startmatrix eingesetzt. Der K-Means-Algorithmus ordnet die Paare so lange den Clustern zu, bis eine Clusterlösung mit der MDE vorliegt. Das Resultat ist die in Tabelle 7-6 dargestellte Clusterlösung, die im nächsten Abschnitt inhaltlich beschrieben wird. Die Optimierung mit Hilfe des K-Means-Verfahrens hat zu einer ausgeglicheneren Verteilung der Fälle auf die Cluster geführt. Das Ziel möglichst homogener Cluster mit minimalen Varianzen innerhalb der Cluster wurde erreicht, wie am Vergleich der Standardabweichungen und F-Werte der finalen Clusterlösung und der Clusterlösung des Ward-Verfahrens (Tabelle C1 im Anhang) deutlich wird. Eine generelle Empfehlung für die Verwendung des K-Means-Verfahrens lautet, das Verfahren vor allem bei großen Fallzahlen (> 500) anzuwenden. Hintergrund ist, dass das Verfahren beim Vorliegen von Objekten, die mehreren Clustern zugeordnet werden könnten, möglicherweise keine Clusterlösung mit der MDE generiert. Entsprechend der Empfehlung von Bacher et al. (2010: 466) wurde die Stabilität der K-Means-Lösung formal geprüft.⁷⁹ Als Ergebnis dieser Prüfung kann festgehalten werden, dass die in Tabelle 7-6 vorgestellte Typologie von Paaren eine gute Stabilität aufweist. In der Tabelle sind auch die F-Werte für alle fünf Variablen in den fünf Clustern abgetragen, anhand derer die Homogenität der Cluster hinsichtlich der Variablen beurteilt werden kann (Backhaus et al. 2011: 446f). Die F-Werte werden berechnet, indem die Varianz einer

⁷⁷ Alle Paare haben mindestens ein Kind und weisen auffällige Alterskombinationen auf: Bei einem Paar ist die Frau 10 Jahre älter als der Mann, bei den anderen beiden Paaren ist der Mann 29 beziehungsweise 14 Jahre älter als die Frau.

⁷⁸ Der Test von Mojena (1977) verwendet die standardisierten Fusionskoeffizienten für die verschiedenen Clusterzahlen. Dem Test zufolge liegt eine gute Clusterlösung vor, wenn der Fusionskoeffizient zum ersten Mal einen Wert zwischen 2,75 und 3,50 annimmt (ebd.: 361f).

⁷⁹ Zur Prüfung der Stabilität wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde das K-Means-Verfahren zum Vergleich ohne die Verwendung der Clustermittelwerte der 5-Cluster-Lösung der hierarchischen Analyse durchgeführt. Die Übereinstimmung mit der finalen Clusterlösung (Tabelle 7-6) ist relativ gut. Da bei der Verwendung von SPSS für die K-Means-Clusterung die Clusterlösung von der Reihenfolge der Objekte im Datensatz abhängen kann, wurden zur weiteren Prüfung der Stabilität die Objekte zufällig neu sortiert und die Analyse wiederholt. Auch hier zeigte sich eine gute Übereinstimmung mit der finalen Clusterlösung.

Variablen in den Clustern durch die Varianz der Variablen in der Erhebungsgesamtheit geteilt wird. Je größer der F-Wert, desto größer ist die Varianz der Variablen in dem Cluster. Die F-Werte sollten bei einer guten Clusterlösung möglichst einen Wert < 1 aufweisen (ebd.: 446). In diesem Fall ist die Varianz innerhalb eines Clusters kleiner als die Gesamtvarianz der Variablen. Dies ist auch in den meisten Clustern der Fall.

Tabelle 7-6: Finale Typologie von Paaren zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft

Paartypen	n	Anteil in %	Statistik	Alter	Alter	Kinder (t_1)	SES Paar	Bezie- hungs- dauer (t_1)
				Frau (t_1)	Mann (t_1)			
Eltern	17	9	Mittelwert	30	33	1,0	50	4
			Std. Abw.	4,6	4,8	0,0	18,5	3,5
			F-Wert	1,07	0,82	0,00	1,34	0,70
Junge Familien- orientierte	51	28	Mittelwert	26	29	0,0	44	4
			Std. Abw.	3,3	3,9	0,0	11,9	2,5
			F-Wert	0,55	0,54	0,00	0,55	0,34
Gutsituierte in stabilen Partnerschaften	45	25	Mittelwert	29	32	0,0	67	9
			Std. Abw.	2,4	2,5	0,0	12,9	2,7
			F-Wert	0,29	0,23	0,00	0,65	0,41
Neu-/ Spätstarter	45	25	Mittelwert	32	37	0,0	64	2
			Std. Abw.	3,5	4,0	0,0	10,1	1,6
			F-Wert	0,62	0,58	0,00	0,40	0,14
Aufschieber	24	13	Mittelwert	36	40	0,0	65	11
			Std. Abw.	2,1	3,3	0,2	15,0	3,3
			F-Wert	0,21	0,39	0,47	0,88	0,59
Gesamt	182	100	Mittelwert	30	34	0,0	58	6
			Std. Abw.	4,5	5,3	0,3	15,9	4,2

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: Clusterlösung basierend auf dem K-Means-Verfahren, die Clustermittelwerte der hierarchischen Clusteranalyse mit dem Ward-Verfahren wurden als Startpartition verwendet (siehe Tabelle C1 im Anhang). Der sozioökonomische Status (SES) wurde gemessen über den ISEI des Paares (siehe Kapitel 6.3), der zwischen 16 und 88 variiert.

Beschreibung der Cluster

Mit Hilfe einer Clusteranalyse konnten fünf verschiedene „Situationstypen“ von Kinderwunschpaaren identifiziert werden. Die Typologie beschreibt die unterschiedliche Lebenssituation und Lebensphase, in der sich die Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft befinden. Nachfolgend werden die in Tabelle 7-6 dargestellten Paartypen anhand der Clustermittelwerte der für die Clusterung verwendeten Variablen beschrieben. Im Anschluss daran werden die Paare noch anhand zusätzlicher Merkmale charakterisiert, die nicht in der Clusteranalyse verwendet wurden.

Eltern (9 %). Anhand dieser kleinen Gruppe wird die starke Trennkraft der Variable zum Vorhandensein von Kindern deutlich. Das Cluster enthält alle Elternpaare, außer einem, welches dem Paartypus der Aufschieber wahrscheinlich aufgrund seines hohen sozioökonomischen Status und der langen Beziehungsdauer zugeordnet wurde. Das Alter der Elternpaare ist im Vergleich über die fünf Paartypen eher jung und ihr sozioökonomischer Status liegt etwas unter dem Durchschnitt aller Paare in der Analysestichprobe. Die Elternpaare sind in Bezug auf die meisten Merkmale relativ heterogen, wie an den F-Werten ersichtlich wird. In der hierarchischen Clusteranalyse, der erste Schritt zur Generierung dieser Clusterlösung, zeigte sich, dass sich die Gruppe der Elternpaare in zwei Subgruppen aufteilt, wenn eine Zuordnung der Paare zu mehr als fünf Clustern zugelassen wird. Eine Subgruppe weist ein relativ hohes mittleres Alter und einen hohen durchschnittlichen Status auf, die andere ist im Vergleich dazu eher jung und hat einen niedrigen Status. Auch wenn die Aufteilung der Elternpaare in diese zwei doch unterschiedlichen Gruppen inhaltlich sinnvoll erscheint, ist dies aufgrund der so schon niedrigen Fallzahl in diesem Cluster nicht möglich.

Junge Familienorientierte (28 %). Der Paartyp der jungen familienorientierten Paare weist im Vergleich zu den anderen Paartypen das niedrigste Durchschnittsalter beider Partner auf. Sowohl die Frauen als auch die Männer sind im Mittel unter dreißig Jahre alt. Die jungen Familienorientierten haben zudem im Gruppenvergleich den niedrigsten mittleren sozioökonomischen Status, sind demnach ökonomisch am schlechtesten gestellt. Das junge Alter der Partner zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft spricht dafür, dass diese Paare vergleichsweise früh einen Kinderwunsch hatten und versucht haben, diesen umzusetzen. Ihnen kann deshalb eine starke Familienorientierung unterstellt werden.

Gutsituierte Paare in stabilen Partnerschaften (25 %). Die Frauen in diesem Paartyp sind im Mittel Ende zwanzig, die Männer Anfang dreißig und kinderlos. Auffällig ist der hohe sozioökonomische Status, der auf eine eher gute Einkommenssituation der Haushalte hinweist und eine lange mittlere Beziehungsdauer von 9 Jahren. Die Paare sind demnach schon seit ihren frühen Zwanzigern in einer Beziehung, die als relativ stabil bezeichnet werden kann.

Neu-/Spätstarter (25 %). Die Bezeichnung Neu- beziehungsweise Spätstarter wurde für diesen Paartyp gewählt, da es sich um eine im Mittel relativ alte Gruppe handelt, welche im Clustervergleich die kürzeste durchschnittliche Beziehungsdauer aufweist. Das spricht dafür, dass die Paare erst relativ spät überhaupt einen Partner beziehungsweise den passenden Partner für eine Familiengründung gefunden haben. Beim Versuch der Umsetzung sind dann Probleme aufgetreten. Das Cluster zeichnet sich zudem durch einen hohen mittleren sozioökonomischen Status aus.

Aufschieber (13 %). Sowohl die Frauen als auch die Männer im Paartyp der Aufschieber weisen im Vergleich zu den anderen Gruppen von Paaren das höchste Durchschnittsalter auf. Wie auch bei den Neu-/Spätstartern ist der sozioökonomische Status der Aufschieber sehr hoch. Der zentrale Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist die im Vergleich sehr lange mittlere Beziehungsdauer von 11 Jahren. Die Aufschieber sind schon sehr lange in einer Beziehung, hätten also, zumindest theoretisch, früher in ihrer Beziehung mit der Familiengründung beginnen können.

Die zwei älteren Cluster mit hohem sozioökonomischem Status umfassen zusammen 38 % der Paare (Neu-/Spätstarter und Aufschieber). Diese beiden Gruppen könnte man aufgrund beider Merkmale als „typische Kinderwunschpatienten“ bezeichnen. Im Angesicht des altersbedingt steigenden Infertilitätsrisikos und basierend auf dem, was man über den durchschnittlichen Kinderwunschpatienten weiß, sind es diese beiden Paartypen, die man

zunächst in Kinderwunschbehandlung erwarten würde. Die große Gruppe der Neu-/Spätstarter mit relativ kurzen Beziehungsdauern macht deutlich, wie wichtig ein passender Partner für eine Familiengründung ist. Wird ein solcher Partner erst spät gefunden, kann die Realisierung des Kinderwunsches problematisch sein. Relativ stark besetzt ist mit 28 % auch der Paartypus der jungen Familienorientierten. Dies erscheint zunächst als überraschender Befund, da es sich hierbei um ein sehr junges Cluster handelt. Deutlich wird daran, dass das Infertilitätsrisiko zwar mit dem Alter zunimmt, Infertilität darüber hinaus aber auch unabhängig vom Alter auftritt (siehe Kapitel 2.2.3). Beispielsweise sind bestimmte Lebensstile, wie starkes Rauchen oder Übergewicht, mit einem höheren Infertilitätsrisiko verbunden. Es können aber auch Vorerkrankungen oder andere medizinische Behandlungen wie die Strahlentherapie bei Krebspatienten für die Infertilität verantwortlich sein. Die kleinste Gruppe wird mit einem Anteil von 9 % an allen Paaren durch die Elternpaare gebildet.

Zur Ergänzung der obigen Clusterbeschreibung werden nun vier weitere Variablen herangezogen und ihre Verteilung in den Clustern betrachtet: der Anteil verheirateter Paare, ein Index zu den Geschlechterrollenvorstellungen der Frauen und Männer, deren weitere gewünschte Kinderzahl und die Wahrnehmung von Zeitdruck durch die Frau (Tabelle 7-7). Es werden Annahmen über den Zusammenhang zwischen den Clustern und den Variablen aufgestellt und geprüft. Die Vorgehensweise dient hier vor allem einer Anreicherung der Beschreibung der Paartypologie, kann aber auch als Prüfung der inhaltlichen Validität der Cluster verstanden werden (Bacher et al. 2010: 27).

Zunächst soll der Anteil verheirateter Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft betrachtet werden. Es lässt sich erwarten, dass der Anteil Verheirateter zwischen den Clustern variiert. Da Kinder, vor allem in Westdeutschland, heute noch häufig in Ehen geboren werden (siehe Kapitel 2.1), wäre zu erwarten, dass bei den Eltern der Anteil Verheirateter relativ hoch ist. Auch bei den jungen Familienorientierten ließe sich eine stärkere Neigung zur Eheschließung annehmen, da Elternschaft in jungem Alter häufig mit eher traditionellen Vorstellungen von Familie verknüpft ist. Die Paartypen mit überdurchschnittlichem ISEI sollten dagegen einen geringeren Anteil Verheirateter aufweisen, da in höheren Statusgruppen nichteheleche Lebensformen verbreiteter sind. Wie Tabelle 7-7 zeigt, unterscheiden sich die Cluster deutlich nach dem Ehestatus. Im Gesamtmittel sind zum Zeitpunkt der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems mit 43 % deutlich weniger als die Hälfte aller Paare verheiratet und dies, obwohl die Paare bereits mit der Familiengründung begonnen haben. Entsprechend der formulierten Erwartung ist der Anteil verheirateter Paare bei den jungen Familienorientierten mit 57 % relativ hoch.

Bei den Elternpaaren ist der Anteil mit 47 % immer noch höher als der Gesamtdurchschnitt, aber deutlich geringer als bei den familienorientierten Paaren. Dies ließe sich einerseits dahingehend deuten, dass Elternschaft und Ehe auch in der Population von Kinderwunschpatienten heute nicht mehr zwangsläufig miteinander verknüpft sind. Andererseits ist zu bedenken, dass es sich bei etwas mehr als der Hälfte der Elternpaare um Stiefelternkonstellationen handelt (siehe Kapitel 7.1.1), die möglicherweise seltener heiraten. Die Erwartung, dass die Paartypen mit hohem sozioökonomischem Status eine geringere Heiratsneigung aufweisen, bestätigt sich nur für die Aufschieber und die gutsituierten Paare in stabilen Partnerschaften, sie erweisen sich als sehr homogen in dieser Hinsicht. Bei den Neu-/Spät-startern ist der Anteil Verheirateter trotz des hohen Status der Paare und der kurzen Beziehungsdauer unerwartet hoch. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Paare, die deutlich über dreißig Jahre alt sind, wenn sie zusammenkommen und noch gemeinsame Kinder wollen, zügig die Rahmenbedingungen dafür schaffen, wozu für viele immer noch die Ehe zu zählen scheint.

Tabelle 7-7: Weitere Beschreibung der Paartypen

		Anteil ver- heirateter Paare (t_1)	Traditionelle Geschlechterrollen		Weitere gewünschte Kinderzahl		Zeit- druck
			Frau	Mann	Frau	Mann	Frau
Gutsituierte in stabilen Partnerschaften	Mittelwert	0,2	2,3	2,4	2,1	1,9	2,9
	Std. Abw.	0,4	0,9	0,9	0,8	0,7	1,5
	n	45	36	36	34	35	45
Neu-/ Spätstarter	Mittelwert	0,6	2,1	2,3	1,9	1,6	3,0
	Std. Abw.	0,5	1,1	0,9	0,5	0,6	1,5
	n	45	36	35	36	38	44
Aufschieber	Mittelwert	0,2	2,0	2,4	1,4	1,3	3,6
	Std. Abw.	0,4	0,9	0,7	0,5	0,8	1,6
	n	24	16	17	16	13	23
Junge Familien- orientierte	Mittelwert	0,6	2,9	3,1	2,2	2,0	2,8
	Std. Abw.	0,5	1,3	1,2	0,8	0,8	1,4
	n	51	41	43	38	38	50
Eltern	Mittelwert	0,5	2,6	2,7	1,5	1,8	2,7
	Std. Abw.	0,5	1,2	1,0	0,6	0,6	1,8
	n	17	15	14	17	16	17
Gesamt	Mittelwert	0,4	2,4	2,6	1,9	1,8	3,0
	Std. Abw.	0,5	1,1	1,1	0,7	0,7	1,5
	n	182	144	145	141	140	179

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: Fallzahlen in der Spalte zum Anteil verheirateter Paare entsprechen der Originalgröße der jeweiligen Cluster aus Tabelle 7-6. Die Fallzahlen bei den Variablen Geschlechterrollenvorstellungen, Zahl weitere gewünschte Kinder und Zeitdruck der Frau variieren aufgrund von fehlenden Werten. Traditionelle Geschlechterrollen und weitere gewünschte Kinderzahl bilden die Wahrnehmung zum Zeitpunkt der Befragung ab, der Indikator zum Zeitdruck der Frau bezieht sich retrospektiv auf die Zeit vor dem ersten Zentrumsbesuch.

Der Index zu den traditionellen Geschlechterrollenvorstellungen variiert zwischen 2 (moderne Vorstellungen) und 10 (traditionelle Vorstellungen), die weitere gewünschte Kinderzahl variiert zwischen 0 und 4 Kindern, der Zeitdruck wurde auf einer Skala mit fünf Stufen gemessen von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu).

Mit traditionellen Geschlechterrollenvorstellungen sind häufig bestimmte Rollenvorstellungen und Muster innerfamiliärer Arbeitsteilung verbunden. Es ist deshalb anzunehmen, dass sich Paare mit spezifischen Geschlechterrollenmustern in Bezug auf ihr Partnerschafts- und Geburtenverhalten unterscheiden. Ähnlich wie beim Ehestatus ließe sich erwarten, dass Paare mit höherem sozioökonomischem Status eher modernere Geschlechterrollenvorstellungen aufweisen. Die jungen Familienorientierten sollten ihrem Namen entsprechend eher traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen aufweisen. Bei dem in Tabelle 7-7 für Frauen und Männer abgebildeten Geschlechterrollenindex weisen höhere Werte auf tradi-

tionellere Vorstellungen hin. Bei den drei ökonomisch bessergestellten Paartypen (die gutsituierten Paare in stabilen Partnerschaften, die Neu-/Spätstarter und die Aufschieber) liegt der mittlere Skalenwert unter dem Durchschnitt des Geschlechts. Diese haben also eher moderne Rollenvorstellungen. Der beim Ehestatus auffällige Paartypus der Neu-/Spätstarter fällt bei den Geschlechterrollenvorstellungen nicht auf, die Vorstellungen sind deutlich moderner als im Mittel, was in einem gewissen Kontrast zu dem hohen Anteil Verheirateter in dieser Gruppe steht. Die beiden jüngeren Paartypen (Elternpaare und junge Familienorientierte) sind im Vergleich zu den drei anderen Gruppen traditioneller. Auffällig ist auch der relativ große Geschlechterunterschied bei den Aufschiebern. Zwar sind in allen Clustern die Frauen im Mittel etwas moderner eingestellt als die Männer, aber bei den Aufschiebern ist der Unterschied besonders groß. Diese Diskrepanz ist auch aufgrund der langen Beziehungsdauer auffällig, denn es ist davon auszugehen, dass sich Paare über die Zeit in ihren Einstellungen ähnlicher werden. Möglicherweise ist in dieser Diskrepanz in den Vorstellungen zur innerfamiliären Rollenaufteilung ein Grund für den Aufschub der Familiengründung innerhalb der existierenden Partnerschaft zu sehen.

Mit den Geschlechterrollenvorstellungen sind bestimmte Vorstellungen der Aufgabenverteilung innerhalb der Familie verknüpft, die gewünschte Kinderzahl sagt etwas darüber aus, wie groß diese Familie sein soll. Gleichzeitig ist bei den hier betrachteten Paaren, die von Infertilität betroffen sind, nicht sicher, ob der Wunsch nach einer bestimmten Kinderzahl auch realisierbar sein wird. Es ist zu erwarten, dass die gewünschte Kinderzahl mit dem Alter der Partner zurückgeht, da die Chancen, noch mehrere Kinder zu bekommen, mit dem Alter abnimmt. Andererseits lässt sich annehmen, dass die jungen familienorientierten Paare nicht nur aufgrund ihres Alters, sondern auch aufgrund der Bedeutung, die Familie und Elternschaft für sie haben, eine eher höhere Kinderzahl anstreben. Die Verteilung der idealen Kinderzahl bestätigt die formulierten Thesen weitestgehend. Die beiden Paartypen mit der höchsten durchschnittlichen Kinderzahl sind die im Mittel eher jungen gutsituierten Paare in stabilen Partnerschaften und die jungen Familienorientierten. Sie wünschen sich jeweils etwa zwei Kinder. Den geringsten Kinderwunsch weisen die Aufschieber auf, die im Mittel älteste Gruppe. Insgesamt wünschen sich Frauen im Mittel etwas mehr Kinder als Männer. Dies ist auch in allen Clustern bis auf das der Eltern so. Möglicherweise sind in diesem Cluster die Väter die stärkeren Treiber der Familienerweiterung.

Paare können sowohl aufgrund des Alters als auch unabhängig davon subjektiv Zeitdruck in Bezug auf die Umsetzung ihres Kinderwunsches empfinden. Es wäre zu erwarten, dass die Wahrnehmung von Zeitdruck durch die Frau in den älteren Paartypen höher ist als in den jungen. Andererseits wäre auch vorstellbar, dass es für die jungen familienorientierten Paare mit ihren traditionellen Vorstellungen wichtig ist, jung Eltern zu werden. Die Elternpaare sollten den geringsten Zeitdruck empfinden, weil sie bereits eine Familie gegründet haben. Wie erwartet zeigt sich in Tabelle 7-7, dass die Frauen mit Kindern im Mittel den geringsten Zeitdruck empfinden. Ansonsten zeigt sich ein klarer Alterstrend: Im Mittel am wenigsten Zeitdruck nehmen die Frauen des Paartypus der jungen Familienorientierten wahr, den höchsten Zeitdruck empfinden die Aufschieber, die, wenn sie ein Fertilitätsproblem wahrnehmen, bereits durchschnittlich 36 Jahre alt sind.

7.1.3 Zusammenfassung

Ziel der Analysen in diesem Kapitel war es, mehr darüber zu erfahren, wer die Paare sind, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden und wie die Infertilitätserfahrung und die Kinderwunschbehandlung in die Lebensverläufe der Partner und in die Paarbiografie eingebettet sind. Der Fokus der Analysen lag auf der Deskription einer Gruppe von Paaren, die

sich zum Zeitpunkt der Teilnahme an der PinK-Studie am Anfang einer Kinderwunschbehandlung befanden. Gemeinsam sind den Paaren ein aus biologischen Gründen unerfüllter Kinderwunsch und die Entscheidung, sich zur Erfüllung des Kinderwunsches an ein Kinderwunschzentrum zu wenden. Darüber hinaus konnten die Analysen zeigen, dass sich die Population durch eine ausgeprägte Heterogenität in ihren soziodemografischen und sozialstrukturellen Merkmalen auszeichnet.

Wenn die Paare sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft machen, sind die Frauen im Mittel 30 Jahre alt, die Männer 34 Jahre. Zum Zeitpunkt des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum sind sie im Durchschnitt eineinhalb Jahre älter. Die Spannweite hinter dem Durchschnittsalter ist jedoch groß, sie reicht bei den Frauen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen von 18 bis 43 Jahre, bei den Männern von 21 sogar bis 52 Jahre. Die Frauen und Männer weisen zudem ein relativ hohes Bildungsniveau auf. Etwa die Hälfte, bei den Frauen etwas weniger, bei den Männern etwas mehr, sind Akademiker. Sie gehören damit einer sozialstrukturellen Gruppe an, die aufgrund ihrer langen Ausbildungszeit besonders prädestiniert ist für einen Aufschub der Familiengründung. Andererseits umfasst die Gruppe derjenigen mit einem Abschluss der Sekundarstufe I oder II, die also höchstens (Fach-)Abitur haben, bei beiden Geschlechtern mehr als ein Drittel der Frauen und Männer.

Relativ homogen ist die untersuchte Population von Kinderwunscha Paaren hinsichtlich der Parität. Die Mehrzahl der Paare (87,1 %) ist kinderlos, wenn sie Probleme bei der Umsetzung des Kinderwunsches feststellt. Es sind demnach zwar überwiegend Kinderlose, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden, aber nicht ausschließlich. Die Elternpaare teilen sich wiederum in zwei Subgruppen auf. 44 % der Elternpaare sind gemeinsame leibliche Eltern und bei 56 % handelt es sich um Stiefelternkonstellationen, bei denen nur einer der Partner mit dem Kind/den Kindern verwandt ist. Hinsichtlich wichtiger Ereignisse der Paarbiografie fällt auf, dass 42,3 % der Paare bereits seit mehr als 6 Jahren mit dem Partner zusammen sind, wenn sie sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft machen. Für das Sample eher untypisch scheint ein früher gemeinsamer Kinderwunsch des Paares zu sein, den es dann auch direkt versucht umzusetzen: nur 19,4 % der Paare sind maximal 2 Jahre vor diesem Zeitpunkt zusammengekommen. Weiterhin lässt sich feststellen, dass dem Versuch ein gemeinsames Kind zu zeugen, in der Regel ein Zusammenzug vorausgeht. Wenn die Paare dann ein Fertilitätsproblem feststellen, wohnen 91,8 % zusammen, zum Zeitpunkt des ersten Zentrumsbesuchs sind es 96,9 %. Die Kohabitation stellt damit für die Paare einen wichtigen Rahmen für eine gemeinsame Elternschaft dar, der nahezu universell gilt. Für die Ehe lässt sich dies dagegen nicht feststellen, was auch deshalb von Bedeutung ist, weil die gesetzliche Krankenkasse die Kostenerstattung für die ersten drei Behandlungszyklen unter anderem an den Ehestatus des Paares knüpft. Wenn die Paare ein Fertilitätsproblem feststellen, ist nur etwas mehr als die Hälfte (56 %) verheiratet. Die andere Hälfte hat demnach im Rahmen einer nichtehelichen Lebensform mit dem Zeugungsversuch begonnen. Auffällig ist, dass in der Zeit zwischen dem Beginn der Sorgen und dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum fast jedes fünfte der hier betrachteten Paare heiratet. Ob die Paare mit der Eheschließung die für sich geeigneten Rahmenbedingungen für eine Elternschaft schaffen oder heiraten, um von der Kostenerstattung zu profitieren, bedarf einer weiteren Prüfung.

An diese Analysen anknüpfend wurde die Heterogenität hinsichtlich soziodemografischer und sozialstruktureller Merkmale der Partner und der Paare genutzt, um die Paare zu Gruppen zusammenzufassen und zu beschreiben. Es wurden die folgenden Merkmale herangezogen: das Alter beider Partner, die Parität, die Beziehungsdauer und der sozioökonomische Status des Paares. Für diese Klassifikationsaufgabe kamen deterministische clusteranalytische Verfahren zum Einsatz. Diese ermöglichen, die Merkmale zu einem mehr-

dimensionalen Bild der Paare zu verdichten. Die Analyse hatte grundsätzlich explorativen Charakter. Die genaue Zahl der Cluster und auch deren Charakteristika waren vorab nicht bekannt. Es konnten jedoch unter Bezugnahme auf den bisherigen Kenntnisstand erste Annahmen zur erwarteten Clusterstruktur formuliert werden. Es wurde die Erwartung formuliert, dass sich neben den „typischen“ Kinderwunschpatienten, bei denen sich die Frau dem Ende ihrer reproduktiven Phase nähert, auch eine Gruppe deutlich jüngerer Paare identifizieren lässt. Weiterhin wurde angelehnt an Onnen-Isemann (1996) die Annahme formuliert, dass die Beziehungsdauer ein wichtiges Differenzierungsmerkmal darstellt. Bezüglich der Parität wurde erwartet, dass diese ein wichtiges differenzierendes Merkmal für die Paartypologie darstellt. Es wurden die folgenden fünf Paartypen identifiziert:

- 1) *Gutsituierte in stabilen Partnerschaften (25 %)*
Zentrale Merkmale: beide Partner Ende zwanzig/Anfang dreißig, hoher SES und lange mittlere Beziehungsdauer (Ø 9 Jahre)
- 2) *Neu-/Spätstarter (25 %)*
Zentrale Merkmale: zweitältester Paartyp (Frauen im Mittel 32 Jahre alt), hoher mittlerer SES und kurze mittlere Beziehungsdauer (Ø 2 Jahre)
- 3) *Aufschieber (13 %)*
Zentrale Merkmale: ältester Paartyp (Frauen im Mittel 36 Jahre alt), hoher SES und sehr lange mittlere Beziehungsdauer (Ø 11 Jahre)
- 4) *Junge Familienorientierte (28 %)*
Zentrale Merkmale: jüngster Paartyp (beide Partner im Mittel < 30 Jahre), niedrigster durchschnittlicher SES
- 5) *Eltern (9 %)*
Zentrale Merkmale: nur Elternpaare, zweitniedrigster mittlerer SES

Die Typologie deckt die große Heterogenität innerhalb der Population von Infertilität betroffener Paare auf, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden, und strukturiert sie. Es wird deutlich, dass sich die Paare zum Zeitpunkt der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems in ganz unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenssituationen befinden.

Im Zusammenhang mit Infertilität und der Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland denkt man zumeist an ältere Paare, die deutlich über dreißig Jahre alt sind. Diese finden sich vor allem unter den Neu- beziehungsweise Spätstärtern und den Aufschiebern. Zusammen umfassen diese beiden „typischen“ Gruppen von Kinderwunschpatienten jedoch nur 38 % aller betrachteten Paare. Tendenziell vernachlässigt wird dabei, dass Infertilität nicht nur altersbedingt auftritt und entsprechend auch jüngere Paare betrifft. Die Bedeutung dieser Nutzergruppe wird an dem Paartyp der jungen Familienorientierten deutlich, dem 28 % der Paare zugeordnet sind. Dabei ist von Bedeutung, dass sich die jüngeren Paare von den anderen kinderlosen Clustern in einem wesentlichen Merkmal deutlich unterscheiden. Ihr sozioökonomischer Status, der hier auch als Proxy für die finanzielle Ressourcenausstattung des Paares betrachtet wird, ist deutlich niedriger. Die Ausgangssituation für eine Kinderwunschbehandlung unterscheidet sich für diese Paare wesentlich von der ökonomisch besser gestellten Gruppen wie den Gutsituierten in stabilen Partnerschaften, den Neu- beziehungsweise Spätstärtern und den Aufschiebern, die sich eine potenziell kostspielige Behandlung eher leisten können.

7.2 Warum sich manche Paare später in Kinderwunschbehandlung begeben als andere

Die Analyse in diesem Kapitel hat das Ziel, wichtige Determinanten der Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für den Besuch in einem Kinderwunschzentrum theoriegeleitet zu untersuchen. Die Basis dafür bildet das in Kapitel 5.2 vorgestellte Analysemodell zur Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin, in dem die relevanten Einflussfaktoren verschiedenen Kategorien zugeordnet sind. Im selben Kapitel wurden auch Hypothesen über die erwarteten Zusammenhänge aufgestellt, die hier überprüft werden.

Zum Einstieg in dieses Kapitel wird die zentrale zu erklärende Variable beschrieben: die Dauer von den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft bis zum Besuch eines Kinderwunschzentrums (Kapitel 7.2.1). Dabei wird sie in Bezug gesetzt zu anderen Ereignissen auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum, wie dem ersten Arztbesuch. Im Anschluss werden die Zusammenhänge zwischen den erklärenden Variablen und der Dauer des Entscheidungsprozesses zur Nutzung der Reproduktionsmedizin bivariat untersucht (Kapitel 7.2.2). Dies wird als zentraler Bestandteil der Analyse verstanden, denn auch wenn die Analyse theoriegeleitet erfolgt, hat sie doch in vielerlei Hinsicht explorativen Charakter. Die Deskription hat den Vorteil, dass ein detaillierterer Blick auf manche Zusammenhänge geworfen werden kann als dies in der multivariaten Analyse sinnvoll möglich ist. In Kapitel 7.2.3 werden dann die Ergebnisse der multivariaten Analysen vorgestellt. Eine abschließende Zusammenfassung und Bewertung in Bezug auf die forschungsleitenden Hypothesen wird in Kapitel 7.2.4 vorgenommen.

7.2.1 Der Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin

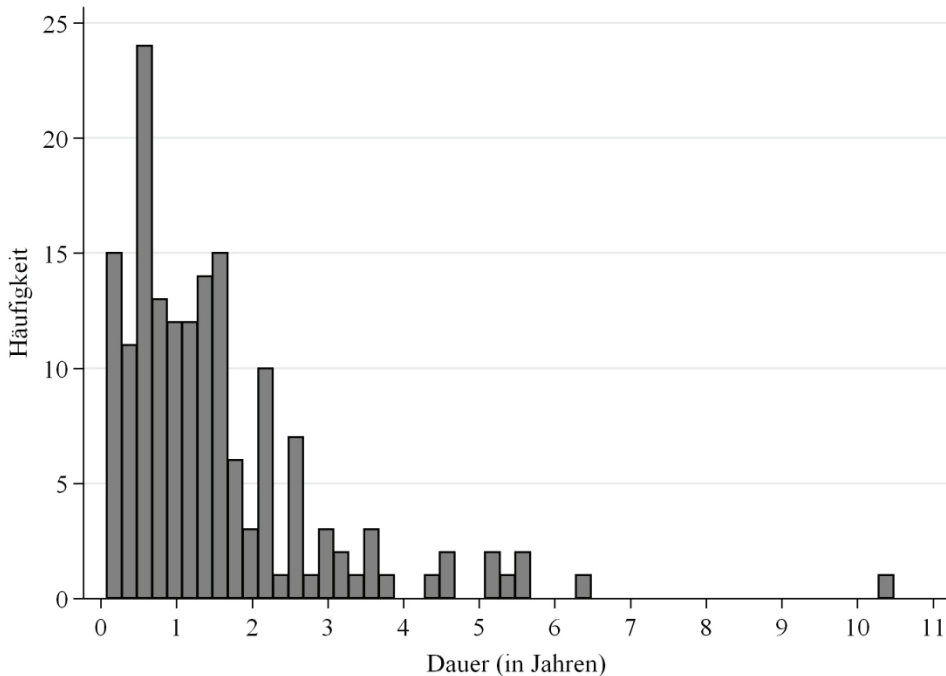
Wie lange dauert es von dem Zeitpunkt, zu dem sich mindestens einer der Partner erstmals Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft macht, bis zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum? Die durchschnittliche Dauer dieser Phase, in der die Paare ein Fertilitätsproblem wahrnehmen, eine Entscheidung treffen müssen und sich dann an ein Kinderwunschzentrum wenden, liegt in der untersuchten Population von Kinderwunschaaren bei 1,5 Jahren (Standardabweichung = 1,4). Der Median, der die Population in zwei gleich große Gruppen teilt, liegt mit 1,1 Jahren deutlich darunter. Daran wird ersichtlich, dass die Dauer des Entscheidungsprozesses stark rechtsschief verteilt ist. Das bedeutet, dass relativ viele Paare sich innerhalb einer recht kurzen Zeitspanne von maximal 2 Jahren an ein Kinderwunschzentrum wenden, einige aber auch deutlich mehr Zeit benötigen, im Einzelfall bis zu 10 Jahre (siehe Abbildung 7-4).

Ziel dieses Abschnittes ist es, ein besseres Verständnis des Prozesses hin zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in einem Kinderwunschzentrum zu erlangen. Dafür werden zwei weitere Ereignisse auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum herangezogen. Zum einen wird gezeigt, in welchem zeitlichen Zusammenhang das Ereignis des ersten Arztgespräches zu dem Thema „ausbleibende Schwangerschaft“ mit dem Beginn der Sorgen um deren Ausbleiben steht. Zum anderen soll herausgearbeitet werden, wann in Relation zum Zeitpunkt der ersten Sorgen und zum ersten Zentrumsbesuch die Entscheidung, medizini-

sche Hilfe in Anspruch zu nehmen, vom Paar getroffen wurde.⁸⁰ Aussagen sind nur über die hier betrachteten Paare möglich, die sich dann am Ende auch für eine Kinderwunschbehandlung entschieden haben.

Zunächst geht es darum, den Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft zeitlich einzubetten: Wenden sich die Paare mit ihren Sorgen an einen Arzt oder nehmen die Paare erst ein Problem wahr, nachdem sie mit einem Arzt über das Thema der ausbleibenden Schwangerschaft gesprochen haben? Die Muster und ihre Auftretenswahrscheinlichkeit sind in Abbildung 7-5 abgetragen.⁸¹ Es zeigt sich, dass der Großteil der Paare sich zuerst Sorgen gemacht hat und dann mit einem Arzt über das Thema gesprochen hat. Mehr als jedes fünfte Paar hat sich erst nach dem ersten Gespräch mit dem Arzt Sorgen über das Ausbleiben der Schwangerschaft gemacht. Bei 6 % der Paare fanden beide Ereignisse im gleichen Monat statt.⁸²

Abbildung 7-4: Histogramm der Dauer des Entscheidungsprozesses



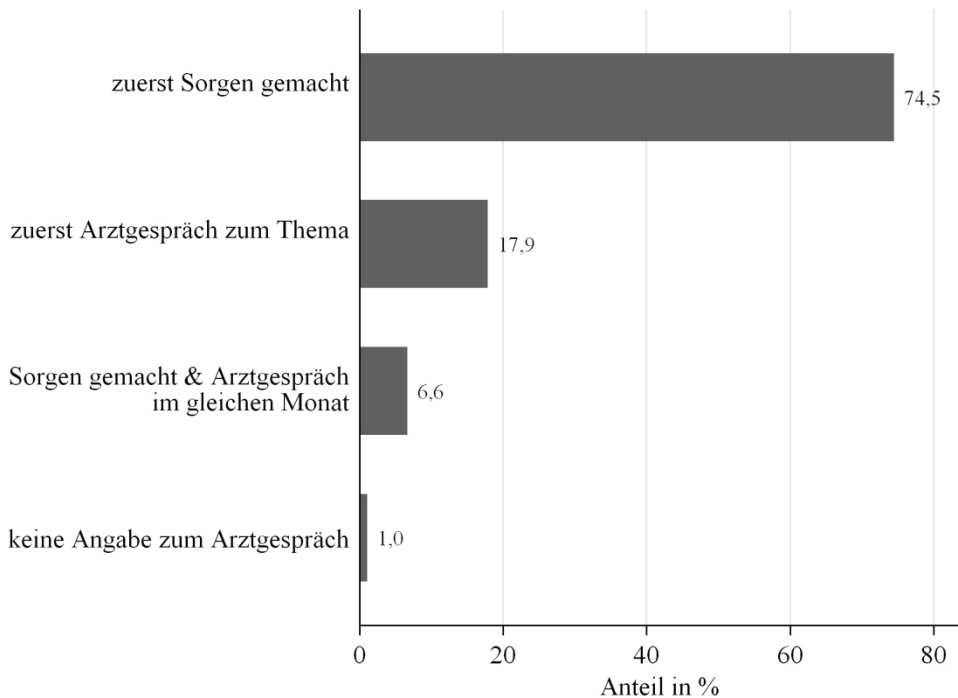
Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 164 Paare, eigene Darstellung.

⁸⁰ Der Zeitpunkt der beiden Ereignisse wurde in derselben Frage wie das Ereignis der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft erhoben (für den Originalfragetext siehe Tabelle A1 im Anhang).

⁸¹ Um den Paarzeitpunkt zu identifizieren, wurde so vorgegangen, wie für den Anfangs- und Endzeitpunkt der Dauer des Entscheidungsprozesses (siehe Kapitel 6.3). Für die Interpretation ist wichtig, dass der erste von einem Partner erwähnte Arztbesuch für das Paar verwendet wurde.

⁸² Auf Basis der vorliegenden retrospektiven Daten können die Muster in den Daten beschrieben werden. Es kann daraus nicht geschlussfolgert werden, dass Paare einen Arzt tatsächlich aufgrund von Sorgen aufgesucht haben oder ob ein Arzt auf ein mögliches Fertilitätsproblem aufmerksam gemacht hat.

Abbildung 7-5: Zeitliche Abfolge der ersten Sorgen über die ausbleibende Schwangerschaft und des ersten Arztgespräches



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, alle Paare mit plausibler Dauer (n = 196 Paare), eigene Berechnungen.

Das nächste betrachtete Ereignis geht noch einen Schritt weiter. Es geht um den Zeitpunkt der grundsätzlichen Entscheidung, medizinische Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches in Anspruch zu nehmen. In Tabelle 7-8 sind die bei den Paaren auftretenden Ereignisabfolgen und die Häufigkeit ihres Auftretens dargestellt. Die Mehrzahl der Paare hat sich zuerst Sorgen gemacht, dann die Entscheidung für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe getroffen und sich im Anschluss an ein Kinderwunschzentrum gewandt (Ereignisabfolge 1). 7,3 % der Paare haben sich in dem Monat, in dem sie sich Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft gemacht haben, für die Nutzung medizinischer Hilfe entschieden und dann ein Kinderwunschzentrum aufgesucht (Ereignisabfolge 3). Eine weitere Gruppe hat im selben Monat, in dem sie sich für die Nutzung medizinischer Hilfe entschieden hat, auch ein Kinderwunschzentrum aufgesucht (Ereignisabfolge 2). Nur eine sehr kleine Gruppe von Paaren hat angegeben, sich an ein Kinderwunschzentrum gewandt und erst nach dem ersten Besuch für die Nutzung medizinischer Hilfe entschieden zu haben (Ereignisabfolge 5). Auffällig sind weiterhin sieben Paare, die sich erst Sorgen gemacht haben, nachdem sie sich für medizinische Hilfe entschieden haben (Ereignisabfolge 4). Möglicherweise handelt es sich hier um Erinnerungsfehler, denn diese Abfolge erscheint ohne zusätzliche Informationen unplausibel.

Tabelle 7-8: Ereignisabfolge: erste Sorgen, Entscheidung für medizinische Hilfe und erster Besuch im Kinderwunschzentrum (KWZ)

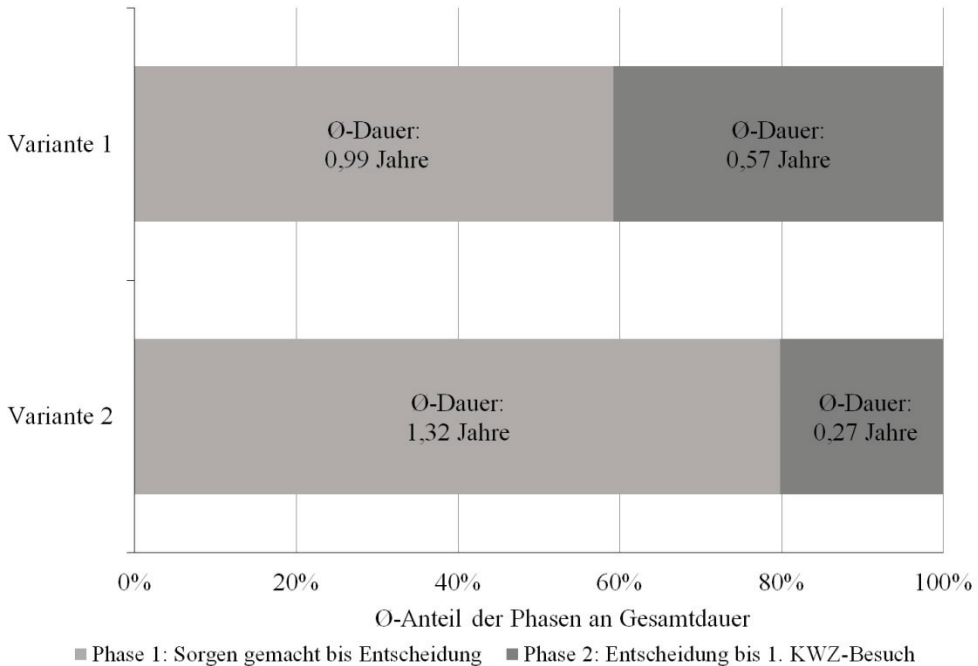
Ereignisabfolge	n	Anteil (in %)
Zuerst Sorgen gemacht, dann Entscheidung med. Hilfe, dann erster KWZ-Besuch	145	75,1
Zuerst Sorgen gemacht, dann Entscheidung für med. Hilfe und erster KWZ-Besuch im gleichen Monat	16	8,3
Im gleichen Monat Sorgen gemacht und Entscheidung für med. Hilfe, dann erster KWZ-Besuch	14	7,3
Zuerst Entscheidung für med. Hilfe, dann Sorgen gemacht, dann erster KWZ-Besuch	7	3,6
Zuerst Sorgen gemacht, dann erster KWZ-Besuch, anschließend Entscheidung für med. Hilfe	7	3,6
Sorgen gemacht, Entscheidung med. Hilfe und erster KWZ-Besuch im gleichen Monat	1	0,5
Angabe zu Entscheidung für med. Hilfe fehlt	3	1,6
Gesamt	193	100,0

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, alle Paare mit plausiblen Angaben, eigene Berechnungen.

Es kann festgehalten werden, dass die Sorge um die ausbleibende Schwangerschaft bei fast allen Paaren am Anfang des Prozesses steht, gefolgt von einer Entscheidung und anschließend einem Besuch in einem Kinderwunschzentrum. Die ersten drei Ereignisabfolgen sind empirisch am relevantesten, sie wurden von insgesamt 90,7 % aller Paare genannt. Die Gesamtdauer des Prozesses lässt sich demnach anhand des Entscheidungszeitpunktes sinnvoll in zwei Phasen unterteilen. Die erste Phase vom Beginn der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft bis zur Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe kann als die eigentliche Entscheidungsphase bezeichnet werden. Daran schließt sich die zweite Phase von der Entscheidung bis zum Besuch im Kinderwunschzentrum an, die wahrscheinlich der Umsetzung der Entscheidung dient. Die durchschnittliche Dauer der beiden Phasen sowie der relative Anteil an der Gesamtdauer des Entscheidungsprozesses können weitere Hinweise darauf geben, wie der Gesamtprozess gestaltet ist. Beides ist in Abbildung 7-6 für die Paare abgetragen, für die dies sinnvoll möglich ist (Ereignisabfolgen 1 bis 3). Es wird zwischen zwei Varianten differenziert, die sich darin unterscheiden, wie die Informationen beider Partner bei Nicht-Übereinstimmung der Angabe zum Zeitpunkt der Entscheidung zusammengefasst werden. Die erste Variante entspricht der Vorgehensweise, die auch für die beiden Ereignisse gewählt wurde, welche Anfangs- und Endzeitpunkt der Gesamtdauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses konstituieren (siehe Kapitel 6.3) und die auch in Tabelle 7-8 verwendet wurde. Demnach liegt eine Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe vor, wenn der erste Partner sich dafür entschieden hat. In dieser Variante wenden die Paare durchschnittlich 59 % der Gesamtdauer für die Entscheidungsphase auf. Es lässt sich jedoch auch argumentieren, dass von einer Entscheidung des Paares im engeren Sinne erst gesprochen werden kann, wenn nicht nur ein Partner, sondern beide sich für die Nutzung medizinischer Hilfe entschieden haben. Deshalb wurde für Variante 2 bei Nicht-Übereinstimmung in den Angaben der Partner das spätere Datum verwendet. In

der zweiten Variante dauert die Entscheidungsphase durchschnittlich 1,3 Jahre und nimmt 80 % der Gesamtdauer ein. Unabhängig davon, welche Variante man für plausibler hält, nehmen sich die Paare für die grundsätzliche Entscheidung im Mittel deutlich mehr Zeit.

Abbildung 7-6: Die zwei Phasen der Dauer des Entscheidungsprozesses: durchschnittliche Dauer und Anteile an der Gesamtdauer



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, für alle Paare mit Ereignisabfolge 1-3 aus Tabelle 7-8, Variante 1: n = 175 Paare, Variante 2: n = 170 Paare, eigene Berechnungen.

Anm.: KWZ wird in der Tabelle als Abkürzung für Kinderwunschzentrum verwendet.

Anknüpfend an den weiter oben aufgearbeiteten Forschungsstand und die theoretischen Überlegungen lässt sich annehmen, dass die Paare in der ersten Phase verschiedene Dinge bewerkstelligen müssen. Zunächst einmal muss eine gemeinsame Identifikation als infertil geschaffen werden. Dann geht es darum, sich zu informieren und Handlungsoptionen abzuwägen. Gerade am Anfang sollte ein großer Bedarf zum Austausch und zur Synchronisation von Gefühlen und Meinungen zwischen den Partnern bestehen. Unabhängig davon, welche Variante man betrachtet, haben fast alle Paare zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe bereits Kontakt mit einem Arzt gehabt (Analyse nicht gezeigt). Daran wird deutlich, dass die Paare die Entscheidung zumindest in Interaktion mit Dritten und damit nicht vollständig isoliert treffen. Welche Bedeutung die Interaktion mit dem medizinischen Personal auf die Entscheidung letztendlich hat, lässt sich auf Basis dieser Auswertung nicht sagen. Anders als dies bei anderen Krankheiten der Fall ist, besteht jedoch seitens der Ärzte kein zwingender Handlungsbedarf. Die Entscheidung darüber, ein Kind mit medizinischer Hilfe zu bekommen, kann den Paaren nicht abgenommen werden. In der zweiten, wesentlich kürzeren Phase ist anzunehmen, dass sich das Paar im medizini-

schen System bewegt, es müssen gegebenenfalls weitere Untersuchungen durchgeführt, Termine vereinbart und über die Art der Behandlung und die Finanzierung entschieden werden. Über diese Fragen muss wiederum ein Konsens auf Paarebene erzielt werden.

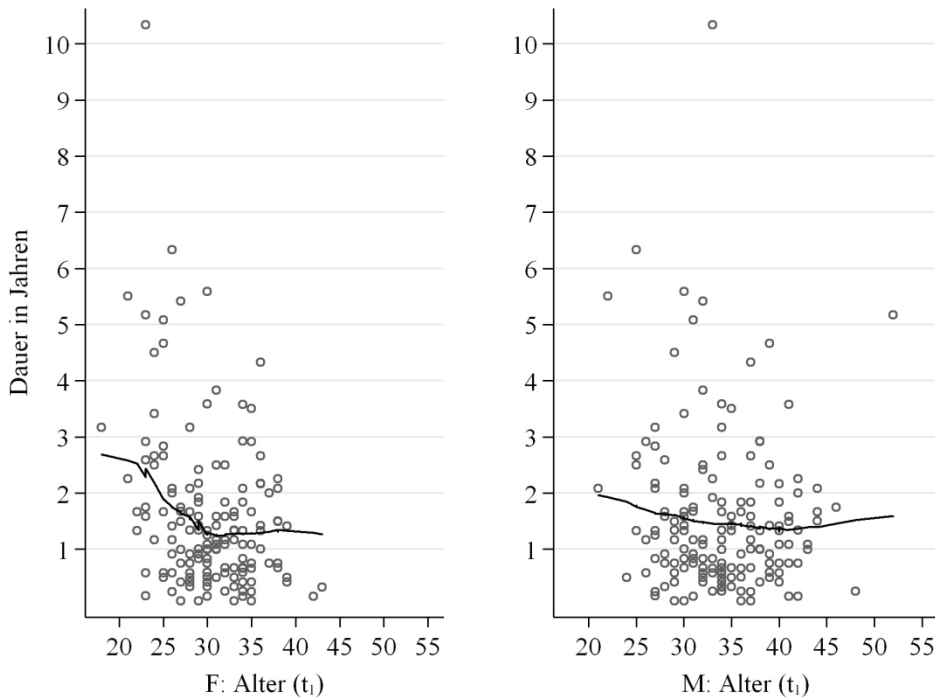
7.2.2 Bivariate Analysen der Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses

In diesem Kapitel werden bivariate Zusammenhänge untersucht. Für die kategorialen Variablen wird die durchschnittliche Dauer abhängig von der Gruppenzugehörigkeit betrachtet. Zusammenhänge mit kontinuierlichen Variablen werden graphisch in Form von Streudiagrammen dargestellt. In den Streudiagrammen wird eine Lowess-Glättungslinie abgetragen. Anders als eine Regressionsgerade kann sie Nicht-Linearität im bivariaten Zusammenhang der Variablen deutlich machen.⁸³ Ergeben sich Hinweise darauf, dass die funktionale Form des Zusammenhangs nicht-linear ist, sollte dies in der multivariaten Analyse im nächsten Kapitel berücksichtigt werden. Die Ausgangsbasis für alle folgenden Analysen in diesem und im folgenden Kapitel bilden die 164 Paare mit gültigen Angaben bei allen relevanten Variablen.

Abbildung 7-7 zeigt den bivariaten Zusammenhang zwischen dem Alter der Frauen und Männer mit der Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses. Bei den Frauen zeigt sich, dass ein höheres Alter mit einer kürzeren Dauer bis zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum assoziiert ist. Allerdings ist der Rückgang auf die Gruppe der 20- bis 30-jährigen Frauen begrenzt. Für die Frauen zwischen 30 bis 40 Jahren ist die Dauer am kürzesten, steigt jedoch wieder leicht an. Bei den Männern zeigt sich grundsätzlich ein ähnliches Muster, der Zusammenhang des Alters mit der Dauer ist jedoch deutlich weniger ausgeprägt. Es ist demnach tendenziell von einem leicht u-förmigen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Dauer auszugehen, der in den multivariaten Analysen geprüft werden sollte.

⁸³ Lowess steht für „locally weighted scatterplot smoother“. Anhand eines Glättungsparameters f mit Wertebereich $0 < f < 1$ kann bestimmt werden, wie detailliert die Lowess-Glättungslinie den Zusammenhang abbildet. Je größer der Glättungsparameter, desto stärker nähert sich die Linie einer Geraden an. Es wird ein Wert von $f = 0,8$ verwendet.

Abbildung 7-7: Streudiagramme des Alters der Frau und des Mannes und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, $n = 164$ Paare, eigene Darstellung.

Anm.: F = Frau, M = Mann, t_1 = Alter zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes zeigt sich, dass die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses etwas länger ist, wenn die Frau einen Migrationshintergrund hat (Tabelle 7-9). Für den Migrationshintergrund des Mannes zeigen sich keine Unterschiede. Auch bei der Bildung zeigt sich im bivariaten Vergleich bei beiden Geschlechtern, dass diejenigen mit Hochschulabschluss eine kürzere durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses aufweisen als diejenigen ohne Hochschulabschluss. Bei den Männern fällt der Unterschied zwischen beiden Gruppen etwas größer aus als bei den Frauen. Auffällig groß ist der Unterschied in der durchschnittlichen Dauer des Entscheidungsprozesses abhängig vom Ehestatus des Paares: Unverheiratete Paare weisen im Mittel eine um 0,9 Jahre (circa 10 Monate) längere Dauer auf als verheiratete Paare (Tabelle 7-9). Die im Vergleich zur Referenzgruppe relativ große Standardabweichung der Dauer bei den unverheirateten Paaren deutet auf eine gewisse Heterogenität dieser Gruppe hin. Multivariat wird zu prüfen sein, ob die Dauer bei unverheirateten Paaren länger ist, weil die Paare noch nicht die geeigneten Rahmenbedingungen für eine Familiengründung geschaffen haben oder ob es sich hierbei um einen Effekt der Kostenübernahmeregelungen in der gesetzlichen Krankenkasse handelt.

Tabelle 7-9: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Soziodemografie, Paarbiografie und sozioökonomischen Situation der Paare mit der Dauer des Entscheidungsprozesses

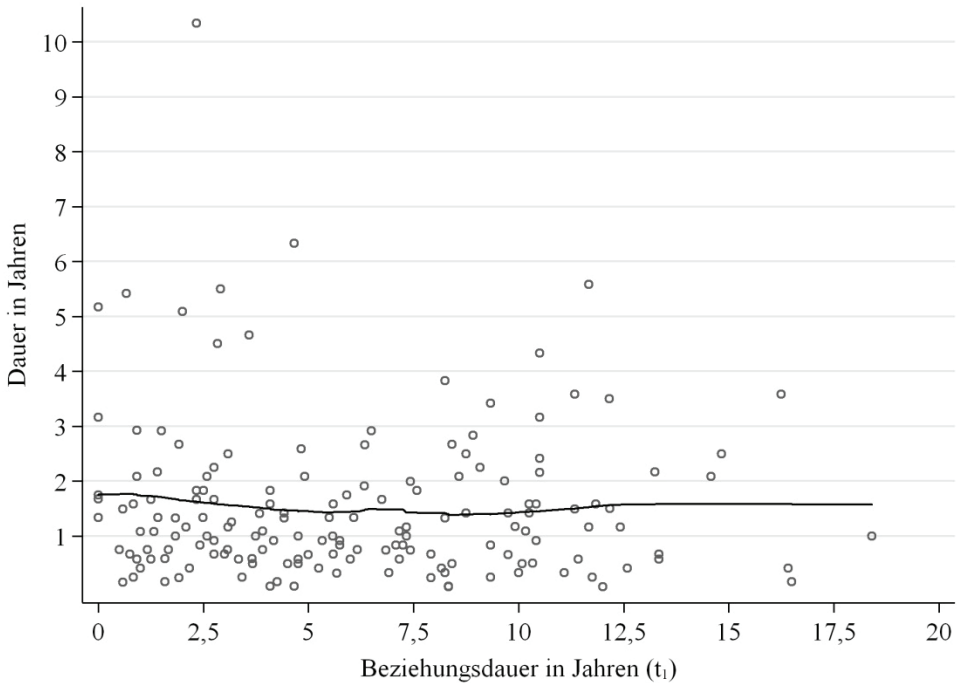
Variable	Ausprägungen	Mittelwert	Std. Abw.	Min	Max	n
F: Migrationshintergrund	nein	1,46	1,30	0,08	6,34	127
	ja	1,76	1,75	0,08	10,34	37
M: Migrationshintergrund	nein	1,52	1,40	0,08	10,34	131
	ja	1,58	1,48	0,08	6,34	33
F: Hochschulabschluss	niedrig	1,68	1,67	0,08	10,34	87
	hoch	1,36	1,03	0,08	4,67	77
M: Hochschulabschluss	niedrig	1,82	1,77	0,08	10,34	70
	hoch	1,32	1,04	0,08	5,59	94
P: unverheiratet (t_1)	nein	1,16	0,81	0,08	3,59	93
	ja	2,01	1,84	0,08	10,34	71
P: Kinder (t_1)	keine Kinder	1,55	1,43	0,08	10,34	143
	mind. 1 Kind	1,43	1,34	0,25	5,17	21
P: leibliche und nicht leibliche Kinder des Paares	keine Kinder	1,55	1,43	0,08	10,34	143
	leibliche Kinder	1,22	0,89	0,33	2,67	10
	nicht-leibliche Kinder	1,62	1,67	0,25	5,17	11
P: Versicherung	mind. 1 Partner PKV	1,27	0,90	0,16	4,33	48
	beide Partner GKV	1,64	1,57	0,08	10,34	116
P: ökon. Situation des Haushaltes	(eher) gut	1,44	1,45	0,08	10,34	103
	(eher) schlecht	1,69	1,34	0,08	5,51	61
Dauer gesamt		1,53	1,41	0,08	10,34	164

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, GKV = gesetzliche Krankenversicherung, PKV = private Krankenversicherung, (t_1) = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Hinsichtlich des Vorhandenseins von Kindern zeigen sich für den Paarindikator nur geringfügige Unterschiede. Tendenziell ist die Dauer des Entscheidungsprozesses für Paare mit Kindern etwas kürzer als für Paare ohne Kinder. In Kapitel 7.1.1 wurde gezeigt, dass es sich bei etwa der Hälfte der Elternpaare um Stiefelternkonstellationen handelt, in denen nur ein Partner mit dem Kind oder den Kindern verwandt ist. Deshalb wurde hier zumindest für die deskriptiven Analysen trotz der geringen Fallzahlen eine Differenzierung nach leiblichen und nicht-leiblichen Kindern vorgenommen. Dabei wird deutlich, dass die im Mittel etwas kürzere Dauer der Elternpaare von den Paaren mit gemeinsamen leiblichen Kindern herrührt. Stiefelternpaare wenden sich deutlich später an ein Kinderwunschzentrum. Für die Beziehungsdauer ergeben sich aus dem Streudiagramm in Abbildung 7-8 keine Hinweise auf einen relevanten Zusammenhang mit der Dauer zwischen den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft bis zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum.

Abbildung 7-8: Streudiagramm der Beziehungsdauer und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, $n = 164$ Paare, eigene Darstellung.

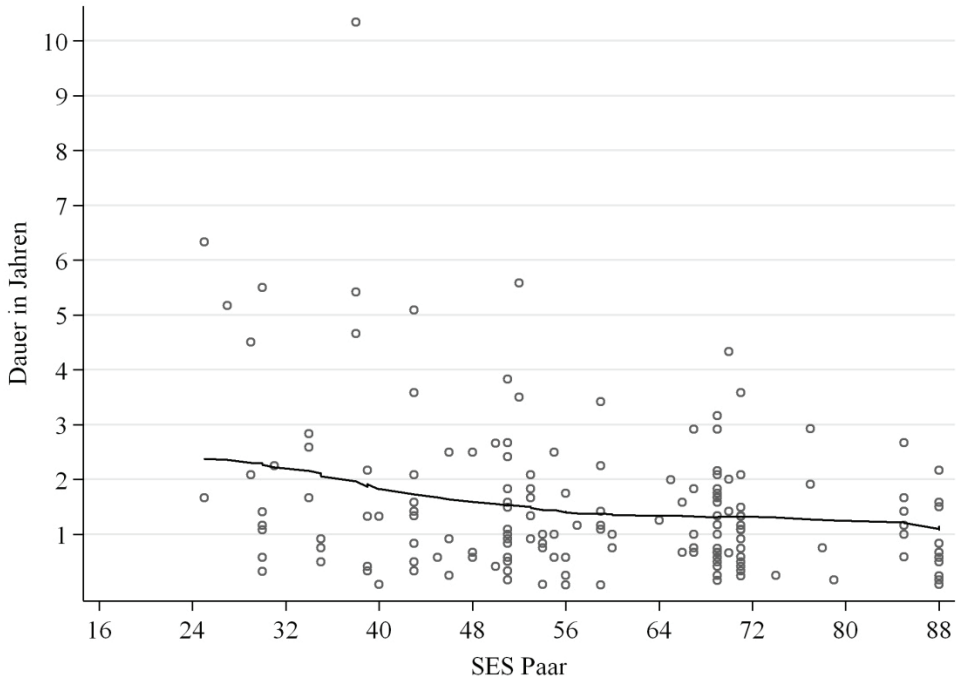
Anm.: Beziehungsdauer zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1).

Als nächstes werden die sozioökonomischen Merkmale der Paare betrachtet. Zwischen dem sozioökonomischen Status und der Dauer des Entscheidungsprozesses zeigt sich ein negativer Zusammenhang (Abbildung 7-9). Das heißt, je höher der Status des Paares, desto schneller wenden sich die Paare an ein Kinderwunschzentrum, wahrscheinlich weil sie sich eine Behandlung eher leisten können. Auch nach dem Versicherungsstatus des Paares ergeben sich recht deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer des Entscheidungsprozesses. Sind beide Partner gesetzlich versichert, ist die Dauer im Mittel 0,37 Jahre (circa 5 Monate) länger, als bei privat oder gemischt versicherten Paaren. Bewerten die Paare ihre ökonomische Situation als eher schlecht, haben sie eine etwas längere Dauer. Für alle drei Indikatoren der sozioökonomischen Situation des Paares ergeben sich demnach Hinweise darauf, dass die potenziellen Kosten der Behandlung von den Paaren bei der Entscheidung berücksichtigt werden.

Im Mittel ist die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin von Paaren, bei denen die Frau Zeitdruck wahrnimmt, um 0,23 Jahre (3 Monate) kürzer (siehe Tabelle 7-10). Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieser Zusammenhang unter Kontrolle des Alters der Frau Bestand hat, denn im Vergleich der verschiedenen Paartypen in Kapitel 7.1.2 deutete sich an, dass der Zeitdruck mit dem Alter der Frauen zunimmt. Die durchschnittliche Dauer für verschiedene Paarkonstellationen in der

Wahrnehmung von Sorgen ist in Tabelle 7-10 abgebildet. Insgesamt stimmen 32,3 % der Paare in ihrer Wahrnehmung überein, 42,1 % dagegen nicht. Die übereinstimmenden Paare weisen mit Abstand die kürzeste durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses auf. Die Gruppe erscheint auch in sich relativ homogen, denn keines der Paare benötigt länger als 2,5 Jahre, bis es sich an ein Kinderwunschzentrum wendet. Bei den nicht übereinstimmenden Paaren ist zunächst der Blick auf die Fallzahlen aufschlussreich.

Abbildung 7-9: Streudiagramm des sozioökonomischen Status (SES) des Paares und der Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 164 Paare, eigene Darstellung.

Es wäre zu erwarten gewesen, dass es häufiger die Frauen sind, die sich zuerst Sorgen machen, denn sie erleben das monatliche Eintreten der Periode am eigenen Körper. Tatsächlich machen sich jedoch Frauen und Männer in etwa gleich häufig zuerst Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft. Im Vergleich zu den übereinstimmenden Paaren haben die nicht übereinstimmenden Paare im Mittel eine deutlich längere Dauer. Das Geschlecht scheint den Zusammenhang zumindest tendenziell zu moderieren: Macht sich die Frau zuerst Sorgen, dann ist die durchschnittliche Dauer etwas länger als im umgekehrten Fall. Des Weiteren zeigt sich, dass die Paare, bei denen ein Partner angibt, dass ihn das Ereignis der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft nicht betrifft, die im Mittel zweitkürzeste Dauer aufweisen. Für die Interpretation ist es wichtig, dass es fast ausschließlich Männer sind, die dies angegeben haben. Insofern deutet sich auch hier ein geschlechtsspezifischer Zusammenhang an.

Tabelle 7-10: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Infertilität des Paares, zur Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck mit der Dauer des Entscheidungsprozesses

Variable		Mittelwert	Std. Abw.	Min	Max	n ³
F: Zeitdruck	nein	1,62	1,58	0,08	10,34	97
	ja	1,39	1,13	0,08	5,09	67
P: Paarinteraktion in t ₁	zeitgleich	0,87	0,61	0,08	2,50	53
	Frau vor Mann	2,17	1,52	0,50	5,59	33
	Mann vor Frau	1,92	1,06	0,58	5,51	36
	ein Partner betrifft mich nicht	1,34	1,92	0,08	10,34	28
	ein Partner k. A.	1,90	1,92	0,17	6,34	14
F: Stigma	nein	1,51	1,43	0,08	10,34	146
	ja	1,71	1,31	0,17	5,51	18
M: Stigma	nein	1,55	1,47	0,08	10,34	145
	ja	1,42	0,92	0,17	3,58	19
P: Stigma	nein	1,51	1,46	0,08	10,34	133
	ja ¹	1,61	1,18	0,17	5,51	31
F: Sozialer Druck: Freunde	nein	1,69	1,30	0,08	4,50	12
	ja	1,50	1,26	0,08	6,34	118
F: Sozialer Druck: Eltern	nein	2,14	2,26	0,33	10,34	18
	ja	1,52	1,26	0,08	6,34	126
F: Sozialer Druck: Eltern Partner	nein	2,43	2,29	0,33	10,34	18
	ja	1,47	1,25	0,08	6,34	111
F: Sozialer Druck: Gesamt	nein	2,39	2,94	0,08	10,34	11
	ja ²	1,51	1,22	0,08	6,34	137
M: Sozialer Druck: Freunde	nein	1,28	1,34	0,08	5,17	21
	ja	1,63	1,50	0,08	10,34	83
M: Sozialer Druck: Eltern	nein	2,03	2,37	0,08	10,34	25
	ja	1,47	1,13	0,08	6,34	91
M: Sozialer Druck: Eltern Partner	nein	1,81	1,55	0,17	5,59	20
	ja	1,46	1,44	0,08	10,34	100
M: Sozialer Druck: Gesamt	nein	1,53	1,50	0,17	5,59	16
	ja ²	1,53	1,43	0,08	10,34	114
Dauer gesamt		1,53	1,41	0,08	10,34	164

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar.

¹ mindestens ein Partner "ja".

² ja bei mindestens 1 von 3 Items.

³ reduzierte Fallzahl bei sozialem Druck aufgrund fehlender Werte.

In Tabelle 7-10 sind weitere Einstellungsvariablen abgebildet, anhand derer untersucht wird, ob von den Individuen subjektiv wahrgenommene Normen, Werte und Vorstellungen im sozialen Umfeld damit zusammenhängen, wann die Paare sich an die Reproduk-

tionsmedizin wenden. Es fällt auf, dass nur wenige Frauen und Männer die Kinderwunschbehandlung als stigmatisiert wahrnehmen. In den geschlechtsspezifischen Indikatoren deutet sich ein unterschiedlicher Zusammenhang an. Nimmt die Frau die Kinderwunschbehandlung als stigmatisiert wahr, dann ist die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses um 0,2 Jahre (circa 2 Monate) länger als wenn sie diese nicht als stigmatisiert wahrnimmt. Bei den Männern ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen gering. Auffällig ist, dass wenige Partner in der Wahrnehmung übereinstimmen. Dies ist nur bei sechs Paaren der Fall, zu wenig für eine differenzierte Betrachtung auf Paarebene.

Die Auswirkungen der Wahrnehmung von sozialem Druck auf die Dauer zwischen den ersten Sorgen und dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum wird hier differenziert ausgewertet. Es wird unterschieden, ob die Frauen und Männer sozialen Druck durch Freunde, eigene Eltern und Eltern des Partners wahrnehmen (Tabelle 7-10). Mit Blick auf die Fallzahlen in den Kategorien wird klar, dass die Mehrzahl der Befragten im Analyse-sample denken, dass ihr soziales Umfeld die Erwartung hegt, sie sollten ein (weiteres) Kind bekommen. Die durchschnittliche Dauer ist bei beiden Geschlechtern kürzer, wenn die Befragten sozialen Druck durch Eltern oder Schwiegereltern wahrnehmen, wobei die Gruppenunterschiede bei den Männern insgesamt geringer ausfallen. Ein geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Zusammenhang zeigt sich bei der Wahrnehmung von Druck durch Freunde: Während dieser bei Frauen zu einer etwas kürzeren Dauer führt, ist die durchschnittliche Dauer bei Männern sogar länger, wenn sie sozialen Druck durch Freunde wahrnehmen. In dem zusammengefassten Indikator unterscheiden sich Männer, die Druck wahrnehmen, nicht mehr von denjenigen, die dies nicht tun, anders als bei den Frauen, bei denen sich ein sehr deutlicher Unterschied zeigt.

Für Paare mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines Kinderwunsches gibt es neben der Reproduktionsmedizin noch Alternativen wie Pflegeelternschaft und Adoption. Tabelle 7-11 zeigt die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses für die Ausprägungen der geschlechtsspezifischen Indikatoren sowie für verschiedene Paarkonstellationen. Die Mehrzahl der Frauen und Männer kann sich keine Alternativen zur Kinderwunschbehandlung vorstellen. Übereinstimmung zwischen den Partnern kommt relativ häufig vor, besonders dann, wenn keine Alternativen vorstellbar sind. Bei den nicht übereinstimmenden Paaren ist es etwas öfter nur die Frau, die sich Alternativen vorstellen kann. Paare, die sich übereinstimmend nicht vorstellen können, ein Kind zu adoptieren oder eine Pflegeelternschaft zu übernehmen, wenden sich im Vergleich zu Paaren, die sich dies vorstellen können, früher an ein Kinderwunschzentrum. Es zeigen sich zudem geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Zusammenhänge bei nicht übereinstimmenden Paaren: Wenn sich nur die Frau Alternativen vorstellen kann, ist die mittlere Dauer um 0,8 Jahre (10 Monate) länger als wenn sich nur der Mann dies vorstellen kann. Interessanterweise weist die Paarkonstellation, in der sich nur der Mann Alternativen vorstellen kann, insgesamt die kürzeste durchschnittliche Dauer auf. Es deutet sich hier an, dass die Vorstellungen des Mannes zu den Alternativen im partnerschaftlichen Entscheidungsprozess wenig bis gar nicht ins Gewicht fallen, umso stärker dagegen die der Frau. Die mit Abstand längste Dauer ergibt sich in der Paarkonstellation, in der einer der Partner keine inhaltliche Angabe gemacht hat.⁸⁴

⁸⁴ Es wurde eine vertiefende Auswertung der Paarkonstellation vorgenommen, bei der ein Partner keine inhaltliche Angabe zur Vorstellbarkeit von Alternativen gemacht hat (nicht gezeigt). Dabei zeigt sich, dass die durchschnittliche Dauer bei 2,81 Jahren (Std. Abw. = 2,92; n = 12) liegt, wenn nur die Frau und bei 1,65 Jahren (Std. Abw. = 1,31; n = 17), wenn nur der Mann keine inhaltliche Angabe gemacht hat. Der Zusammenhang unterscheidet sich auch hier geschlechterspezifisch in gleicher Weise wie bei Nicht-Übereinstimmung auf Paarebene (Frau < Mann, Frau > Mann). Für eine Berücksichtigung in der multivariaten Analyse ist diese Differenzierung aufgrund schwach besetzter Ausprägungen nicht geeignet.

Tabelle 7-11: Bivariate Zusammenhänge zwischen Indikatoren zur Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung und zur weiteren gewünschten Kinderzahl mit der Dauer des Entscheidungsprozesses

Variable	Ausprägungen	Mittelwert	Std. Abw.	Min	Max	n
F: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar	nicht vorstellbar	1,29	1,04	0,08	5,17	98
	vorstellbar	1,70	1,39	0,17	6,34	51
	fehlende Angabe	2,50	2,70	0,25	10,34	15
M: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar	nicht vorstellbar	1,44	1,25	0,08	6,34	103
	vorstellbar	1,72	1,82	0,16	10,34	41
	fehlende Angabe	1,60	1,27	0,08	4,50	20
P: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar	für beide	1,72	1,26	0,42	5,09	17
	nur für Frau	1,85	1,53	0,17	6,34	29
	nur für Mann	1,03	0,65	0,16	2,42	20
	für beide nicht vorstellbar	1,24	1,02	0,08	5,17	66
	mind. 1 Partner fehlende Angabe	2,05	2,09	0,08	10,34	32
F: weitere gewünschte Kinder	kein weiteres Kind	1,53	1,80	0,08	10,34	32
	1 weiteres Kind	1,58	1,38	0,08	6,34	75
	2+ weitere Kinder	1,23	0,79	0,08	2,92	19
	fehlende Angabe	1,59	1,39	0,08	5,59	38
M: weitere gewünschte Kinder	kein weiteres Kind	1,46	1,22	0,08	5,42	42
	1 weiteres Kind	1,43	1,26	0,08	6,34	70
	2+ weitere Kinder	1,11	0,74	0,25	2,50	14
	fehlende Angabe	1,95	1,93	0,17	10,34	38
P: weitere gewünschte Kinder	Frau mehr als Mann	1,51	1,25	0,08	5,42	19
	Mann mehr als Frau	1,01	0,70	0,00	2,08	14
	beide kein weiteres Kind	1,23	0,76	0,33	2,67	19
	beide 1+ weitere Kinder	1,51	1,37	0,08	6,34	52
	beide Partner fehlende Angabe	1,77	1,49	0,25	5,59	16
	Frau fehlende Angabe	1,46	1,33	0,08	5,17	22
	Mann fehlende Angabe	2,08	2,22	0,17	10,34	22
Dauer gesamt		1,53	1,41	0,08	10,34	164

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

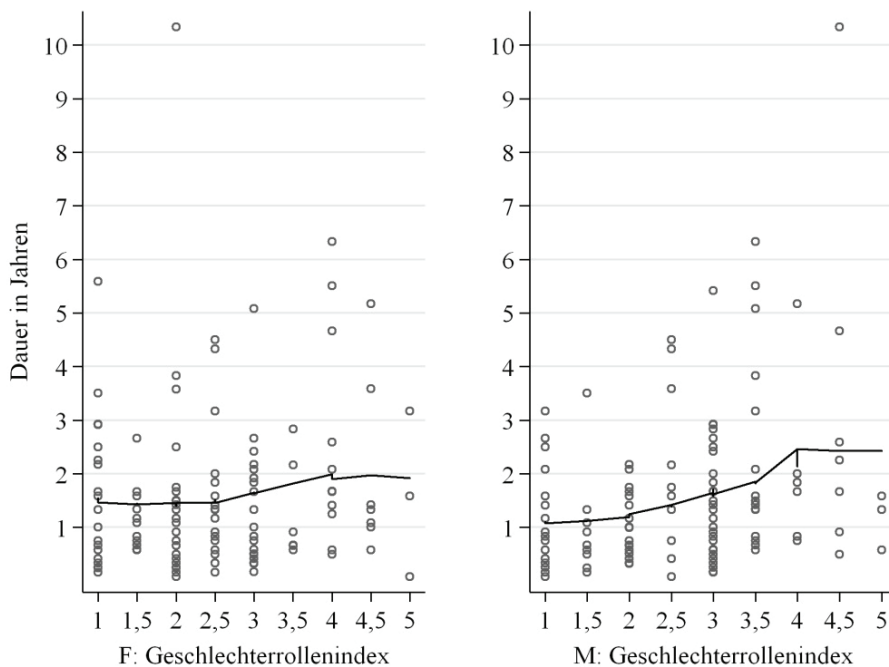
Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar.

Als Nächstes wird die weitere gewünschte Kinderzahl betrachtet. Bei den geschlechtsspezifischen Indikatoren fällt auf, dass die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses dann am kürzesten ist, wenn zusätzlich zu dem aktuell unerfüllten Kinderwunsch zwei oder mehr weitere Kinder gewünscht werden. Im Vergleich dazu macht es fast keinen Unterschied, ob die Frau oder der Mann sich zusätzlich kein weiteres oder nur ein weiteres Kind wünscht. Macht der Mann keine inhaltliche Angabe zur weiteren gewünschten Kinderzahl, dann ist die durchschnittliche Dauer mit Abstand am längsten. Interessant ist nun das Zu-

sammenwirken der weiteren gewünschten Kinderzahl beider Partner. Überraschenderweise weicht das Muster von dem der Individualindikatoren ab.

Die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses ist kürzer, wenn das Paar sich übereinstimmend kein weiteres Kind wünscht als wenn beide Partner sich ein oder mehr weitere Kinder wünschen. Für Paare, die in ihrer Angabe zur gewünschten Kinderzahl nicht übereinstimmen, zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der durchschnittlichen Dauer abhängig davon, welcher der Partner sich mehr Kinder wünscht. Die mittlere Dauer ist um etwa ein halbes Jahr kürzer, wenn der Mann mehr Kinder angibt als im umgekehrten Fall. Auffällig ist, dass relativ viele Frauen und Männer keine inhaltliche Angabe bei der Frage gemacht haben. Dies als Ausdruck von Unsicherheit hinsichtlich der gewünschten Kinderzahl zu deuten, erscheint plausibel, wenn man bedenkt, dass es sich um Paare handelt, die von Infertilität betroffen sind und gerade Probleme dabei erleben, einen Kinderwunsch umzusetzen. Im Paarindikator ist es die fehlende Angabe des Mannes zur Kinderzahl, die mit einer besonders langen Dauer des Entscheidungsprozesses assoziiert ist. Zusammen mit der wesentlich kürzeren mittleren Dauer, wenn der Mann sich mehr Kinder wünscht als die Frau, deutet sich hier an, dass dem Kinderwunsch des Mannes in der Paarinteraktion eine wichtige Bedeutung zukommt.

Abbildung 7-10: Streudiagramm des Geschlechterrollenindex und Dauer des Entscheidungsprozesses (mit Lowess-Glättungslinie)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, Frauen: n = 131; Männer: n = 130, eigene Darstellung.

Anm.: F = Frau, M = Mann.

Zuletzt soll noch der Zusammenhang zwischen den Geschlechterrollenvorstellungen der Frauen und Männer und der Dauer des Entscheidungsprozesses untersucht werden. In dem

Streudiagramm in Abbildung 7-10 zeigt sich für beide Geschlechter, dass Paare, in denen die Frau oder der Mann traditionellere Vorstellungen aufweist, sich später an ein Kinderwunschzentrum wenden. Der Zusammenhang ist annähernd linear, wobei die Verlängerung der Dauer bei den Frauen schwächer ausfällt als bei den Männern.

7.2.3 *Multivariate Analyse der Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses*

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der multivariaten Analyse zur zentralen abhängigen Variable dieser Arbeit berichtet: der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Für die Regressionsschätzung werden generalisierte lineare Modelle mit Gamma-Verteilung und logarithmischer Link-Funktion verwendet. Der Modellaufbau erfolgt schrittweise und orientiert sich an dem in Kapitel 5.2 vorgestellten Analysemodell und den Hypothesen. Im jeweils nächsten Schritt werden nur die Variablen berücksichtigt, deren p -Wert $\leq 0,250$ ist. So wird zum einen vermieden, dass potenziell relevante Variablen aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden, zum anderen die Variablenzahl möglichst gering gehalten. Es ist jedoch zu beachten, dass das Analysemodell nicht komplett getestet werden kann. Dafür ist die Zahl der interessierenden Variablen zu groß. Deshalb werden im ersten Teil des Analysekapitels die Indikatoren zur Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie aufgenommen (Tabelle 7-12). Schrittweise wird so ein Modell aufgebaut, das die relevanten Merkmale der eben genannten Kategorien enthält. Dieses Modell dient dann als Basismodell für den zweiten Teil der Analysen, in dem die Hypothesen zu Aspekten der Infertilität des Paares und zur Paarinteraktion in den Einstellungsindikatoren untersucht werden. Es werden dann immer jeweils weitere Variablen in das Referenzmodell aufgenommen und untersucht (siehe Tabelle 7-13 bis Tabelle 7-16). Am Ende des Analysekapitels wird in einem Exkurs untersucht, wie sich die im Kapitel 7.1.2 vorgestellten Paartypen in der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin unterscheiden.

In den nachfolgenden Tabellen sind die durchschnittlichen marginalen Effekte („average marginal effects“, AME) ausgewiesen. Im Anhang finden sich zusätzlich noch die Regressionstabellen mit den exponierten Koeffizienten. Die Verwendung von Inferenzstatistik im Rahmen der multivariaten Analysen dieser Arbeit wurde in Kapitel 6.4 ausführlich thematisiert. Es wird bei der Beschreibung der Analyseergebnisse auch die statistische Relevanz mitberücksichtigt. Die Beurteilung der statistischen Relevanz orientiert sich an den konventionellen Signifikanzniveaus von 1 % und 5 %. Aufgrund der kleinen Stichprobe erscheint auch ein Signifikanzniveau von 10 % noch akzeptabel, um zu vermeiden, dass kleine aber möglicherweise relevante Effekte nicht identifiziert werden.

Tabelle 7-12 zeigt die Modelle mit den Indikatoren zur Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie. Von den soziodemografischen Merkmalen beider Partner ist lediglich das Alter der Frau zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft statistisch relevant. Da sich in den deskriptiven Analysen andeutete, dass der Zusammenhang des Alters der Frau mit der Dauer möglicherweise nicht linear ist, wurde zusätzlich zu dem linearen auch ein quadriertes Term aufgenommen. In den Regressionstabellen im Anhang wird ersichtlich, dass der lineare Term immer statistisch signifikant ist, der quadrierte Term dagegen nicht in allen Modellen (siehe Tabelle D5 und Tabelle D6). In dem durchschnittlichen marginalen Effekt für das Alter in Tabelle 7-12 sind beide Terme berücksichtigt. Insgesamt ist der Zusammenhang negativ (AME = -0,09 in Model Soziodemografie I), das heißt ein höheres Alter geht im Mittel mit einer kürzeren Dauer des Entscheidungsprozesses einher. Wie der nicht-lineare Effekt aussieht, lässt sich grafisch anschaulich darstellen.

Tabelle 7-12: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)

	Soziodemografie I			Soziodemografie II ¹			Paarbiografie I			Paarbiografie II ²			Sozioökonomie I			
	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p	
F: Migrationshintergrund	0,19	0,28	0,496													
F: Hochschulabschluss	0,17	0,24	0,482													
F: Alter (t ₁), Alter quadr.	-0,09	0,04	0,012	-0,10	0,03	0,002	-0,09	0,03	0,002	-0,09	0,03	0,002	-0,07	0,03	0,014	
M: Migrationshintergrund	-0,30	0,26	0,244													
M: Hochschulabschluss	-0,21	0,24	0,366													
M: Alter (t ₁), Alter quadr.	0,00	0,03	0,955													
P: Beziehungsdauer (t ₁)				0,06	0,03	0,011	0,07	0,02	0,008	0,07	0,02	0,008	0,07	0,02	0,005	
P: Kinder (t ₁)				-0,09	0,25	0,709										
P: unverheiratet (t ₁)				0,82	0,22	0,000	0,82	0,22	0,000	0,75	0,22	0,001	-0,01	0,01	0,063	
P: SES																
P: ökon. Situation des Haushaltes schlecht										0,04	0,19	0,846				
P: gesetzlich versichert										0,03	0,20	0,897				
AIC	469,75			460,08			456,36			454,43			458,43			
BIC	497,65			469,38			474,96			469,92			483,23			
Pseudo R ²	0,16			0,12			0,21			0,21			0,25			
n (Paare)	164			164			164			164			164			

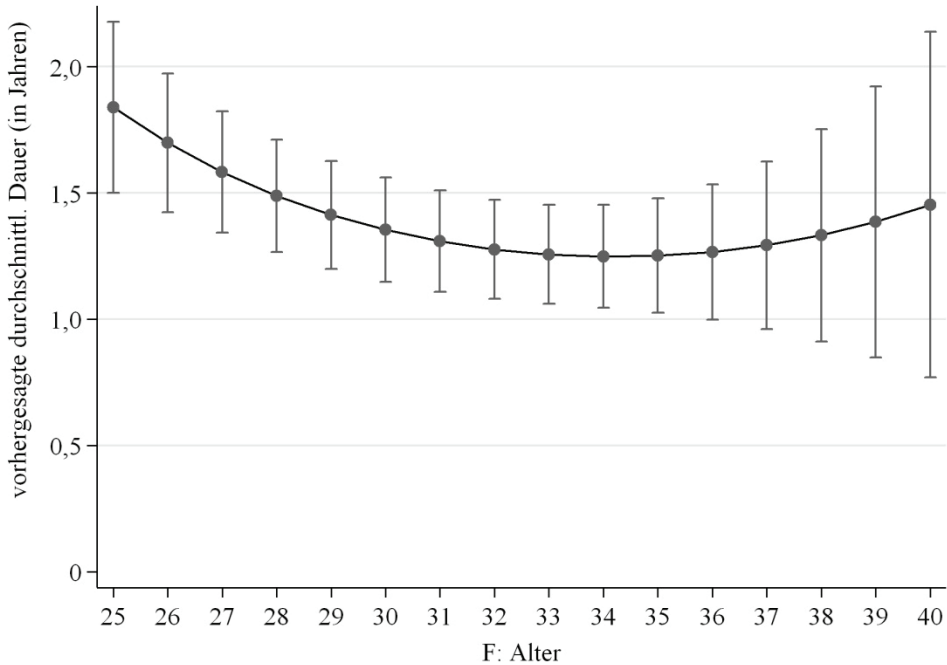
Quelle: Basiserhebung der Pink-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t₁ = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

¹ neues Referenzmodell zum Vergleich der Modellgüte für das Modell zur Paarbiografie I (Ausschluss von Variablen mit p > 0,250).

² neues Referenzmodell zum Vergleich der Modellgüte für das Modell zur Sozioökonomie (Ausschluss von Variablen mit p > 0,250).

Abbildung 7-11: Nicht-linearer Zusammenhang des Alters der Frau mit der Dauer des Entscheidungsprozesses



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, nur Paare zwischen 25 und 40 Jahren dargestellt, eigene Berechnungen.

Anm.: Die Abbildung des Alterseffektes basiert auf dem Modell „Sozioökonomie I“ in Tabelle 7-12.

Abbildung 7-11 zeigt die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses nach dem Alter der Frau für das Modell „Sozioökonomie I“. Es wird deutlich, dass der verkürzende Effekt insbesondere für Paare auftritt, in denen die Frau zwischen Mitte zwanzig und Mitte dreißig Jahre alt ist. Ab einem Alter der Frau von etwa 35 Jahren wird die Dauer wieder langsam länger, also gerade dann, wenn das Risiko altersbedingter Infertilität steigt. Zum Migrationshintergrund sowie zum Bildungsstand wurden keine expliziten Hypothesen formuliert. In durchschnittlichen marginalen Effekten deuten sich zwar kleine Zusammenhänge an, diese sind jedoch statistisch deutlich von einem gemeinhin als signifikant erachteten Effekt entfernt und werden deshalb nicht weiter berücksichtigt. Als Referenzmodell für die Aufnahme der Merkmale der Paarbiografie dient das Modell „Soziodemografie II“.

Wie in Tabelle 7-12 ersichtlich wird, benötigen Paare, die bereits ein oder mehrere Kinder haben, nicht länger für den Entscheidungsprozess. Der durchschnittliche marginale Effekt für den Paarindikator zu vorhandenen Kindern ist nahe am Nulleffekt und mit einem p-Wert von 0,709 insignifikant. Dabei ist zu beachten, dass in der Analysetichprobe zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1) nur 21 Paare Kinder haben und aufgrund der Fallzahl nicht nach der Kinderzahl und nach gemeinsamen Kindern und Kindern nur eines Partners differenziert werden konnte.

Der durchschnittliche marginale Effekt der Beziehungsdauer ist in allen in diesem Kapitel gezeigten Modellen positiv und auf dem Signifikanzniveau von 5 % statistisch relevant. Je länger Paare zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft bereits zusammen sind, desto länger benötigen sie für den Entscheidungsprozess. Durch die Berücksichtigung der Beziehungsdauer soll sichergestellt werden, dass beispielsweise systematische Unterschiede in der Länge der Partnerschaft nicht den Zusammenhang des Ehestatus mit der Dauer des Entscheidungsprozesses beeinflussen. Eine potenzielle Erklärung für den Effekt wäre, dass der Kinderwunsch bei Paaren in längeren Beziehungen geringer ausgeprägt ist. Man hat bereits länger ohne Kind zusammengelebt und sieht deswegen weniger dringenden Handlungsbedarf.

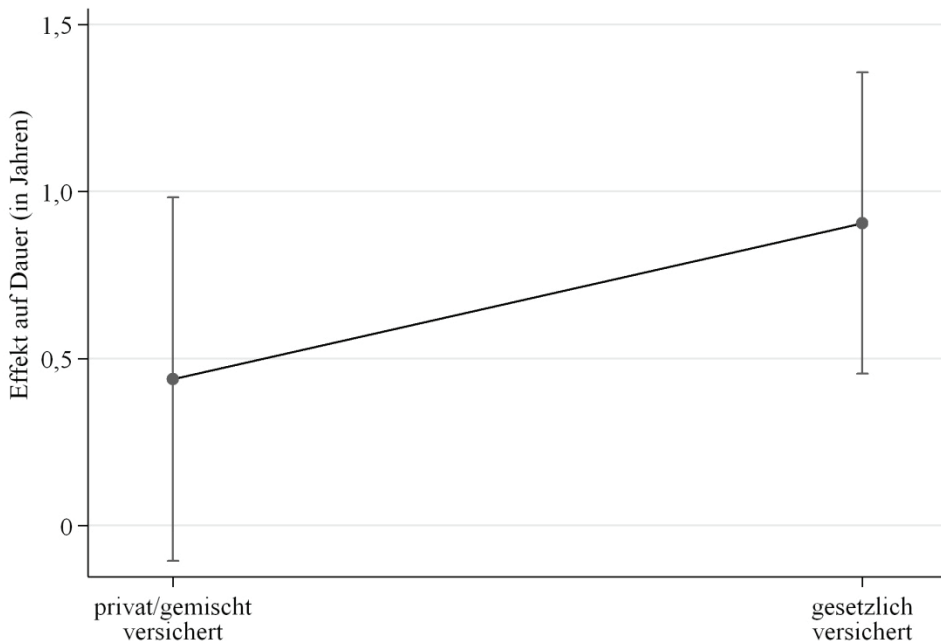
Als hochrelevant erweist sich über alle Modelle hinweg auch, ob die Paare verheiratet sind, wenn sie ein Fertilitätsproblem wahrnehmen. Nach Modell „Sozioökonomie I“ (Tabelle 7-12) ist die Dauer bis zu einem Besuch im Kinderwunschzentrum für zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft unverheiratete Paare im Mittel um 0,75 Jahre (9 Monate) länger als für zu diesem Zeitpunkt verheiratete Paare. In Kapitel 5.2 wurden zwei konkurrierende Hypothesen vorgestellt, die diesen Zusammenhang erklären können. Die erste Hypothese argumentiert kulturell und geht davon aus, dass die Ehe vor allem in Westdeutschland immer noch als geeigneter Rahmen für eine Familiengründung betrachtet wird. Aus diesem Grund sollte verheirateten Paaren die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin leichter fallen. Die alternative Erklärung für eine längere Dauer des Entscheidungsprozesses unverheirateter Paare argumentiert dagegen über die Kosten der Behandlung. Unverheiratete Paare sind von der Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen, genauso wie Paare, in denen die Frau jünger als 25 oder älter als 40 Jahre und der Mann jünger als 25 und älter als 50 Jahre alt sind.

Wie viele Paare sind von dieser Regelung betroffen? Insgesamt sind in der Analysestichprobe 116 Paare gesetzlich versichert, von diesen erfüllen 53 Paare (45,7 %) die statusbezogenen Voraussetzungen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft nicht. Das heißt, ein Partner oder beide sind entweder zu jung, zu alt und/oder unverheiratet. Die Gründe teilen sich wie folgt auf:

- | | |
|--|-----------------|
| - Paare unter/über Altersgrenze: | 7,6 % (n = 4) |
| - Paare unverheiratet: | 62,3 % (n = 33) |
| - Paare unter/über Altersgrenze und unverheiratet: | 30,2 % (n = 16) |

Insgesamt erfüllen demnach 92,5 % dieser Paare die Kostenübernahmevoraussetzungen unter anderem aufgrund des Ehestatus nicht. Die Altersgrenze alleine ist nur bei 4 Paaren ausschlaggebend. Um die Auswirkungen der Regelungen zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenkasse zu untersuchen, ist ein Interaktionseffekt zwischen Ehe- und Versicherungsstatus geeignet. Die Basis für die Prüfung des Interaktionseffektes bildet das Modell „Sozioökonomie I“ in Tabelle 7-12. Bevor der Interaktionseffekt thematisiert wird, sollte hier noch auf den Haupteffekt des Versicherungsstatus eingegangen werden. Aus Tabelle 7-12 ergibt sich kein Hinweis darauf, dass der Versicherungsstatus des Paares relevant ist. Gesetzlich versicherte Paare unterscheiden sich demnach nicht per se von privat/gemischt versicherten Paaren. Ob für den sozioökonomischen Status des Paares kontrolliert wird oder nicht, ist dafür nicht ausschlaggebend.

Abbildung 7-12: Durchschnittlicher marginaler Effekt (AME) des Ehestatus auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Ausprägungen des Versicherungsstatus (Interaktionseffekt)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen, $n = 164$ Paare.

Anm.: Basismodell ist das Modell „Soziolökonomie I“ in Tabelle 7-12. Modell-Fit: AIC = 459,82, BIC = 487,72, Pseudo- $R^2 = 0,25$.

In einem nicht-linearen Modell, wie dem hier verwendeten Gamma-Modell, ist der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms und dessen Signifikanz nicht sehr aussagekräftig (Ai/Norton 2003). Deshalb wird auf eine Darstellung des Regressionsmodells in tabellarischer Form verzichtet. In Abbildung 7-12 sind die durchschnittlichen marginalen Effekte des Indikators für den Ehestatus abhängig vom Versicherungsstatus abgetragen. Dieser gibt an, wie sich eine Änderung des Ehestatus von verheiratet zu unverheiratet für gesetzlich und privat/gemischt versicherte Paare im Durchschnitt auf die Dauer des Entscheidungsprozesses auswirkt. Es wurden jeweils 90 %-Konfidenzintervalle berechnet, die als vertikale Linien in der Abbildung 7-12 abgetragen sind. Der durchschnittliche marginale Effekt ist statistisch signifikant, wenn die vertikale Linie die Null nicht beinhaltet. Wichtige Informationen zum Modellfit finden sich in der Beschreibung zu Abbildung 7-12. Vergleicht man AIC und BIC sowie das Pseudo- R^2 für das letzte Modell in Tabelle 7-12 und für das Interaktionsmodell, wird deutlich, dass sich die Erklärungskraft des Gesamtmodells durch den Interaktionseffekt nicht verbessert. Unabhängig davon sollte jedoch immer der theoretisch relevante Zusammenhang und dessen Signifikanz geprüft werden.

Wenn unverheiratete Paare eine längere Dauer des Entscheidungsprozesses aufweisen, egal ob sie gesetzlich oder privat/gemischt versichert sind, dann würde das für die Hypothese sprechen, die eher den ideellen Wert der Ehe betont. Denn es wäre wenig plausibel, von größeren kulturellen Differenzen zwischen gesetzlich und privat versicherten Paaren

auszugehen. Zeigt sich dagegen ein verlängernder Effekt nur für unverheiratete und gesetzlich versicherte Paare, dann ist von ungleichem Zugang zur Kinderwunschbehandlung auszugehen. Abbildung 7-12 zeigt, dass die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses für unverheiratete Paare um 0,91 Jahre (circa 11 Monate) länger ist, als für verheiratete Paare, eine durchaus beträchtliche und zudem auch statistisch hochsignifikante Verlängerung. Für privat beziehungsweise gemischt versicherte Paare ergibt sich im Vergleich dazu ein wesentlich kleinerer durchschnittlicher marginaler Effekt des Ehestatus von 0,44 Jahren (circa 5 Monate, $p = 0,186$). Man könnte nun argumentieren, dass sich hier durchaus ein Kultureffekt andeutet. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die meisten Paare in der Referenzgruppe gemischt versichert sind. Auch für diese können die Regelungen der gesetzlichen Krankenkasse und damit auch der Ehestatus relevant sein (siehe auch Kapitel 2.3.1).

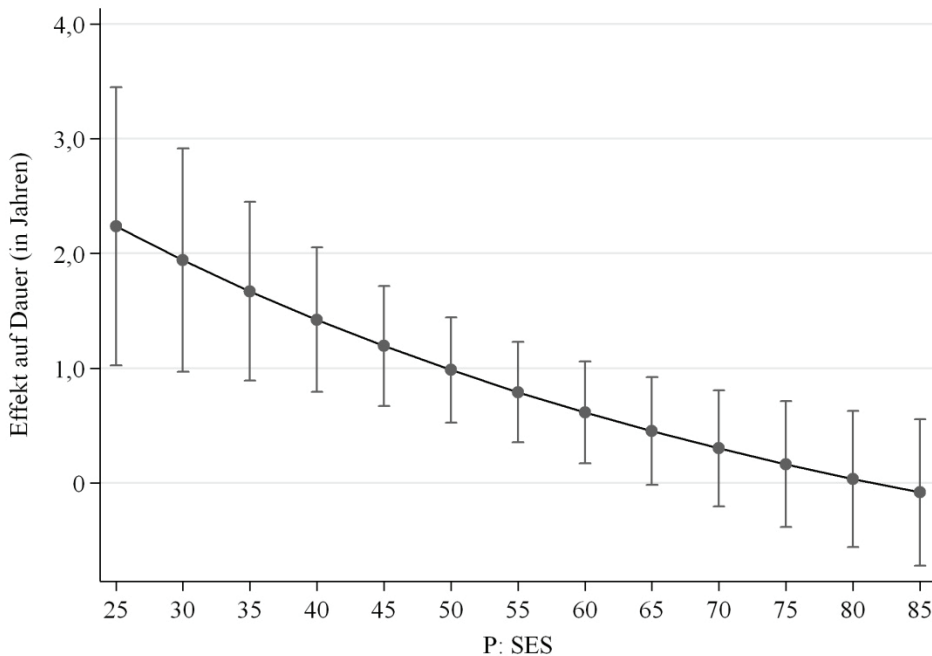
In dem letzten Modell in Tabelle 7-12 wurden neben dem Versicherungsstatus weitere Indikatoren berücksichtigt, die informativ sein sollten hinsichtlich der sozioökonomischen Situation der Paare. Die subjektive Bewertung der ökonomischen Situation erwies sich als nicht relevant. Anders dagegen der Index des sozioökonomischen Status des Paares. Mit jeder Erhöhung des im Analysesample zwischen 25 und 88 variierenden Indexwertes um eine Einheit verkürzt sich die Dauer des Entscheidungsprozesses um 0,01 Jahr. Im Vergleich zu einem Paar mit einem Indexwert von 40 wendet sich ein Paar mit einem Indexwert von 70 um durchschnittlich 0,30 Jahre (circa 4 Monate) früher an ein Kinderwunschzentrum.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang nun noch die Frage, ob gesetzlich versicherte und ökonomisch schlechter gestellte Paare, welche die Voraussetzungen für eine teilweise Kostenübernahme nicht erfüllen, eine besonders lange Dauer des Entscheidungsprozesses aufweisen. Um die Annahme einer Kumulation von Nachteilen für diese Gruppe untersuchen zu können, wurde die Analysetichprobe auf gesetzlich versicherte Paare beschränkt und ein Modell mit Interaktionseffekt zwischen dem Index des sozioökonomischen Status und dem Ehestatus geschätzt. Es werden wiederum nur die durchschnittlichen marginalen Effekte für die interessierende Interaktion graphisch dargestellt (siehe Abbildung 7-13). Die AME für den Ehestatus (verheiratet zu unverheiratet) sind für verschiedene Werte des Index abgetragen. Die Dauer des Entscheidungsprozesses für unverheiratete Paare mit einem SES von 30 ist um durchschnittlich 1,9 Jahre länger als für verheiratete Paare mit dem gleichen SES ($p = 0,001$). Bei einem SES von 60 ist die Dauer von unverheirateten Paaren noch um durchschnittlich 0,6 Jahre länger ($p = 0,023$). Je höher der SES, desto geringer wird der Effekt des Ehestatus auf die Dauer des Entscheidungsprozesses. Dies spiegelt sich auch in den 90 %-Konfidenzintervallen, die ab einem SES von etwa 65 die Null beinhalten. Das heißt, obwohl unverheiratete Paare die Kosten in jedem Fall vollständig selbst tragen müssen, unterscheiden sie sich dann tendenziell nicht mehr von verheirateten Paaren.

Als neues Vergleichsmodell für die Beurteilung der Modellgüte bei Aufnahme weiterer Variablen dient das Modell „Sozioökonomie II“ in Tabelle 7-13, welches neben dem Alter der Frau die Beziehungsdauer, den Ehestatus und den SES des Paares berücksichtigt. Als Nächstes werden Variablen in das Modell aufgenommen, die mit der Infertilität des Paares in Zusammenhang stehen. In das Modell „Infertilität“ (Tabelle 7-13) wurden die Wahrnehmung von Zeitdruck durch die Frau sowie der Indikator für die Paarinteraktion zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft (t_1) aufgenommen. Es wurde angenommen, dass Paare, in denen die Frau Zeitdruck wahrnimmt, sich schneller an ein Kinderwunschzentrum wenden, weil die Realisierung des Kinderwunsches für sie dringlicher erscheint. Während das Alter der Frau in gewisser Weise den objektiven Zeitdruck misst, soll hier geprüft werden, ob auch subjektiv wahrgenommener Zeitdruck die Dauer des Entscheidungsprozesses beeinflusst. In den bivariaten Analysen zeigte sich, dass Paare,

in denen die Frau Zeitdruck wahrnimmt, eine etwas kürzere durchschnittliche Dauer aufweisen. Das deutet sich auch multivariat an, allerdings ist vor dem Hintergrund des p-Wertes von 0,427 eher nicht von einem relevanten Zusammenhang auszugehen (Modell „Infertilität“ in Tabelle 7-13). Daran ändert sich auch nichts, wenn der Indikator für den Zeitdruck anstelle des Alters der Frau verwendet wird (nicht gezeigt).

Abbildung 7-13: Durchschnittlicher marginaler Effekt (AME) des Ehestatus auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für verschiedene Ausprägungen des sozioökonomischen Status (Interaktionseffekt)



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen, $n = 116$ gesetzlich versicherte Paare.

Anm.: Als Kontrollvariablen wurden das Alter der Frau (linearer + quadrierter Term) und die Beziehungsdauer verwendet. AIC = 336,87; BIC = 356,14; Pseudo- $R^2 = 0,31$.

Als Nächstes wird die Paarinteraktion in der Wahrnehmung von Sorgen über das Ausbleiben der Schwangerschaft (t_1) betrachtet (Modell „Infertilität“ in Tabelle 7-13). Die verwendete Variable bildet ab, ob die Paare sich gleichzeitig erstmals Sorgen gemacht haben und wenn dies nicht der Fall ist, welcher Partner sich zuerst Sorgen gemacht hat. Unter Konstanthaltung aller anderen unabhängigen Variablen im Modell zeigt sich, dass im Vergleich zur Referenzkategorie von Paaren, die sich zeitgleich erstmals Sorgen gemacht haben, alle anderen Gruppen eine verlängerte durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses aufweisen. Weiterhin fällt auf, dass der durchschnittliche marginale Effekt etwas größer ist, wenn die Frau sich zuerst Sorgen gemacht hat (1,09 Jahre, entspricht circa 13 Monaten) als im umgekehrten Fall (0,82 Jahre, entspricht circa 10 Monaten). Um zu prüfen, ob sich Paare in den beiden Konstellationen tatsächlich unterscheiden, wurde das Modell

nochmal geschätzt, wobei als Referenzkategorie „Frau vor Mann“ gewählt wurde (nicht gezeigt). Die beiden Gruppen unterscheiden sich auf dem 10 %-Niveau nicht statistisch signifikant. Es ist entsprechend davon auszugehen, dass zwar unterschiedliche Zeitpunkte in der Wahrnehmung von Sorgen relevant sind, es aber irrelevant ist, ob die Frau oder der Mann sich zuerst Sorgen macht. Auch die Paarkonstellationen, in denen ein Partner die Antwortoption „betrifft mich nicht“ gewählt oder „keine Angaben“ gemacht hat, sind mit einer längeren Dauer des Entscheidungsprozesses assoziiert als in der Referenzkategorie der Paare, die sich gleichzeitig Sorgen gemacht haben. Der Zusammenhang ist immer noch deutlich, aber deutlich kleiner als für die Paarkonstellationen „Frau vor Mann“ und „Mann vor Frau“. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen einer der Partner „betrifft mich nicht“ angegeben hat. In der Mehrzahl der Fälle war dies der Mann, was dafür spricht, dass Paare, in denen der Mann den Themenkomplex Schwangerschaft der Frau überlässt, sich vergleichsweise schnell an ein Kinderwunschzentrum wenden. Das kann damit erklärt werden, dass in diesem Fall weniger Abstimmungsbedarf zwischen den Partnern besteht. So könnte man auch für die Konstellation argumentieren, in der ein Partner keine Angabe gemacht hat, allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Person aus anderen Gründen keine Angabe gemacht hat.

Als dann wird untersucht, in welchem Zusammenhang die Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck mit der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin stehen. In dem dritten Modell in Tabelle 7-13 wird untersucht, ob die Wahrnehmung einer Stigmatisierung von Infertilität beziehungsweise der Kinderwunschbehandlung tatsächlich dazu führt, dass es Paaren schwerer fällt, sich zu einem Besuch im Kinderwunschzentrum durchzuringen und sie deshalb eine längere Dauer aufweisen. Der Koeffizient für die Frau deutet in die erwartete Richtung. Der p-Wert ist jedoch mit $p = 0,542$ groß und der Effekt entsprechend weit von konventionellen Signifikanzniveaus entfernt. Ein vollständig anderes Bild zeigt sich für die Männer: Im Mittel ist die Dauer des Entscheidungsprozesses um durchschnittlich 0,46 Jahre kürzer ($p = 0,036$). Dieser Effekt der Wahrnehmung von Stigmata durch den Mann ist genau konträr zu der formulierten Erwartung über die Richtung des Zusammenhangs. Von Interesse wäre des Weiteren die Analyse der Paarinteraktion in der Wahrnehmung von Stigma. Es haben jedoch insgesamt nur wenige Frauen und Männer angegeben, die Kinderwunschbehandlung als stigmatisiert wahrzunehmen, weshalb die Paarkonstellation der in der Wahrnehmung von Stigmata übereinstimmenden Paare mit $n = 6$ nur schwach besetzt ist, zu wenige für einen Interaktionseffekt.

Zu dem Indikator des sozialen Drucks wurde die Erwartung formuliert, dass Paare sich schneller zur Erfüllung ihres Kinderwunsches an die Reproduktionsmedizin wenden, wenn sie das Gefühl haben, dass Freunde, Eltern oder Schwiegereltern wollen, dass sie ein (weiteres) Kind bekommen. Da die Variable bei beiden Geschlechtern relativ viele fehlende Werte aufweist, ist eine Prüfung geschlechtsspezifischer Effekte und der Paarinteraktion nicht sinnvoll möglich. Es konnte lediglich in separaten Modellen untersucht werden, ob sich ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung sozialen Drucks durch die Frau oder den Mann und der Dauer in der erwarteten Richtung zeigt. Zumindest wenn Frauen Druck wahrnehmen, deutet sich dies an: Der durchschnittliche marginale Effekt verweist mit einem Wert von -0,49 darauf, dass bei der Wahrnehmung von sozialem Druck die Dauer des Entscheidungsprozesses im Mittel um circa 6 Monate kürzer ist.

Tabelle 7-13: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Infertilität des Paares, Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)

	Sozioökonomie II ¹			Infertilität			Stigma			Sozialer Druck I ²			Sozialer Druck II ²		
	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p	AME	SE	p
F: Alter (t ₁), Alter quadr.	-0,07	0,03	0,011	-0,05	0,03	0,064	-0,07	0,03	0,010	-0,07	0,03	0,008	-0,07	0,03	0,045
P: unverheiratet (t ₁)	0,75	0,22	0,000	0,53	0,21	0,013	0,77	0,21	0,000	0,75	0,21	0,000	0,66	0,24	0,005
P: Beziehungsdauer (t ₁)	0,07	0,02	0,004	0,05	0,02	0,035	0,08	0,02	0,002	0,08	0,03	0,001	0,07	0,03	0,014
P: SES	-0,01	0,01	0,052	-0,01	0,01	0,055	-0,01	0,01	0,021	-0,01	0,01	0,058	-0,02	0,01	0,014
F: Zeitdruck				-0,14	0,18	0,427									
P: Paarinteraktion in t ₁															
Frau und Mann zeitgleich				Ref.											
Frau vor Mann				1,09	0,28	0,000									
Mann vor Frau				0,82	0,24	0,001									
ein Partner betrifft mich nicht				0,40	0,21	0,062									
ein Partner k. A.				0,59	0,32	0,068									
F: Stigma							0,18	0,30	0,542						
M: Stigma							-0,46	0,22	0,036						
F: sozialer Druck															
M: sozialer Druck													-0,49	0,43	0,246
AIC	454,46			452,28			456,81			419,88			363,84		
BIC	473,06			486,38			481,61			440,86			383,91		
Pseudo R ²	0,25			0,31			0,29			0,32			0,22		
n (Paare)	164			164			164			148			130		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t₁ = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

¹ Referenzmodell für weitere Analysen.

² Die reduzierte Fallzahl aufgrund fehlender Werte ist zu beachten. Die Statistiken zur Modellgüte sind deshalb nicht direkt vergleichbar mit dem Referenzmodell „Sozioökonomie II“.

In Tabelle 7-14 sind die Ergebnisse der Analysen zum Kinderwunsch ausgewiesen. Verwendet wurde ein Indikator für die Zahl der weiteren gewünschten Kinder, womit über den aktuell unerfüllten Kinderwunsch hinausgehende Kinderwünsche gemeint sind. In dem ersten Modell wurden die separaten Indikatoren für Frauen und Männer aufgenommen, um die Richtung des Zusammenhangs und die Relevanz beider Partner zu untersuchen. In dem zweiten Modell wird dann der Paarindikator für die Analyse der Auswirkungen von Übereinstimmung auf Paarebene verwendet. Zur Richtung des Zusammenhangs wurde angenommen, dass der Wunsch nach weiteren Kindern mit einer kürzeren Dauer des Entscheidungsprozesses einhergehen sollte. Bei beiden Geschlechtern entsprechen die Zusammenhänge in ihrer Richtung dieser Erwartung. Im Vergleich zur Referenzkategorie derjenigen, die sich 2+ weitere Kinder wünschen, ist bei denjenigen, die sich kein oder nur ein weiteres Kind wünschen, eine längere Dauer zu erwarten. Bei den Männern fällt der Zusammenhang jedoch stärker aus als bei den Frauen, was sich auch in den deutlich kleineren p-Werten spiegelt. Wünscht sich der Mann kein weiteres Kind, ist die Dauer des Entscheidungsprozesses im Vergleich zur Referenzkategorie im Mittel um 0,54 Jahre länger, was circa 6,5 Monaten entspricht. Wenn der Mann keine gültige Angabe zur Zahl der weiteren gewünschten Kinder gemacht hat, ist sie sogar um durchschnittlich 0,71 Jahre länger. Eine plausible Erklärung für fehlende Angaben bei der Frage zur gewünschten Kinderzahl könnte sein, dass aufgrund der Infertilitäts Erfahrung eine große Unsicherheit dahingehend besteht, ob und wie viele Kinder man haben will (und kann). Diese Unsicherheit kann auch den gerade unerfüllten Kinderwunsch mit einbeziehen und könnte erklären, warum mehr Zeit benötigt wird, bis die Hinwendung an ein Kinderwunschzentrum erfolgt.

Die verschiedenen Paarkonstellationen in dem zweiten Modell in Tabelle 7-14 unterscheiden sich im Vergleich zur Referenzkategorie der Paare, die sich übereinstimmend ein oder mehr weitere Kinder wünschen, nicht statistisch signifikant im Hinblick auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Die Muster der Paarinteraktion, die sich in den Koeffizienten andeuten, sind komplex. Es zeigt sich nahezu kein Unterschied zwischen Paaren, die sich übereinstimmend ein oder mehr weitere Kinder wünschen und Paaren, die darin übereinstimmen, dass sie sich über den aktuell unerfüllten Kinderwunsch hinaus keine weiteren Kinder wünschen. Dies widerspricht tendenziell der Hypothese P2 zu den Mustern der Paarinteraktion, die davon ausging, dass die übereinstimmenden Paare abhängig von der Richtung der Übereinstimmung die jeweils kürzeste beziehungsweise längste Dauer aufweisen sollten. Bei Nicht-Übereinstimmung entsprechen die Muster denen der bivariaten Analysen, in denen sich eine stärkere Bedeutung des Kinderwunsches des Mannes andeutet. Wünscht sich der Mann mehr Kinder als die Frau, hat dies im Vergleich zur Referenzkategorie tendenziell einen verkürzenden Effekt, während der umgekehrte Fall eher mit einer Verlängerung der Dauer einhergeht.

Tabelle 7-14: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: weitere gewünschte Kinderzahl (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)

	Kinderwunsch I			Kinderwunsch II		
	AME	SE	p	AME	SE	p
F: Alter (t_1), Alter quadr.	-0,08	0,03	0,004	-0,07	0,03	0,012
P: unverheiratet (t_1)	0,83	0,23	0,000	0,77	0,23	0,001
P: Beziehungsdauer (t_1)	0,07	0,03	0,005	0,07	0,03	0,007
P: SES	-0,01	0,01	0,104	-0,01	0,01	0,072
F: weitere gewünschte Kinder						
kein weiteres Kind	0,24	0,35	0,492			
1 weiteres Kind	0,16	0,28	0,581			
2+ weitere Kinder	Ref.					
fehlende Angabe	-0,18	0,31	0,561			
M: weitere gewünschte Kinder						
kein weiteres Kind	0,54	0,30	0,075			
1 weiteres Kind	0,37	0,25	0,133			
2+ weitere Kinder	Ref.					
fehlende Angabe	0,71	0,31	0,020			
P: weitere gewünschte Kinder						
Frau mehr als Mann				0,18	0,31	0,565
Mann mehr als Frau				-0,22	0,29	0,453
beide kein weiteres Kind				0,06	0,31	0,837
beide 1+ weitere Kinder				Ref.		
beide Partner fehlende Angabe				0,02	0,32	0,945
Frau fehlende Angabe				-0,22	0,25	0,386
Mann fehlende Angabe				0,36	0,32	0,266
AIC	462,90			464,31		
BIC	500,10			501,51		
Pseudo R ²	0,30			0,28		
n (Paare)	164			164		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Tabelle 7-15: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses:
Geschlechterrollenvorstellungen (Gamma-Modell mit Log-Link),
Average Marginal Effects (AME)

	Geschlechterrollen I			Geschlechterrollen II		
	AME	SE	p	AME	SE	p
F: Alter (t_1), Alter quadr.	-0,07	0,03	0,027	-0,06	0,03	0,078
P: unverheiratet (t_1)	0,95	0,27	0,000	0,77	0,29	0,007
P: Beziehungsdauer (t_1)	0,08	0,03	0,005	0,06	0,03	0,044
P: SES	-0,01	0,01	0,198	-0,01	0,01	0,239
F: traditionelle Geschlechterrollen	0,02	0,05	0,698			
M: traditionelle Geschlechterrollen				0,11	0,06	0,044
AIC	370,77			365,09		
BIC	390,89			385,16		
Pseudo R ²	0,26			0,25		
n (Paare)	131			130		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Eine weitere relevante Einstellungsvariable ist die Geschlechterrollenvorstellung von Frauen und Männern. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass für Personen mit traditionellem Geschlechterrollenbild die Mutter- oder Vaterrolle zentraler Bestandteil der Identität ist und die Erfüllung des Kinderwunsches deshalb dringlicher ist. Wie bei dem Indikator für den sozialen Druck ist auch bei den Geschlechterrollenvorstellungen die hohe Zahl fehlender Werte zu beachten. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind Analysen nur mit einer reduzierten Fallzahl möglich. Das Zusammenwirken der Geschlechterrollenvorstellungen von Frauen und Männern kann nicht untersucht werden. Es werden deshalb nur zwei Modelle gezeigt, die separat für Frauen und Männer den Effekt des Geschlechterrollenindex auf die Dauer des Entscheidungsprozesses abbilden (siehe Tabelle 7-15). Der verwendete Geschlechterrollenindex variiert zwischen 2 und 10, wobei ein höherer Wert für traditionellere Vorstellungen steht. Bei beiden Geschlechtern deutet sich an, dass sich mit zunehmender Traditionalität die Dauer verlängert. Der Zusammenhang fällt jedoch bei den Männern deutlich größer aus als bei den Frauen. Dieser Effekt der Geschlechterrollenvorstellungen ist genau entgegengesetzt zu dem erwarteten Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses. Eine potenzielle Erklärung dafür könnte sein, dass die Zeugung eines Kindes mit medizinisch-technischer Unterstützung nicht kompatibel ist mit den eher traditionellen Vorstellungen und sich die betroffenen Paare deshalb schwerer tun mit der Entscheidung für deren Nutzung.

Tabelle 7-16: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Vorstellbarkeit von Alternativen zur Reproduktionsmedizin (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)

	Alternativen I			Alternativen II		
	AME	SE	p	AME	SE	p
F: Alter (t_1), Alter quadr.	-0,06	0,03	0,034	-0,06	0,03	0,025
P: unverheiratet (t_1)	0,74	0,21	0,000	0,69	0,22	0,001
P: Beziehungsdauer (t_1)	0,08	0,02	0,002	0,07	0,02	0,008
P: SES	-0,01	0,01	0,021	-0,01	0,01	0,055
F: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar						
nicht vorstellbar	Ref.					
vorstellbar	0,35	0,23	0,127			
fehlende Angabe	-0,03	0,24	0,916			
M: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar						
nicht vorstellbar	Ref.					
vorstellbar	0,12	0,19	0,508			
fehlende Angabe	0,49	0,37	0,193			
P: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar						
für beide				0,49	0,34	0,152
nur für Frau				0,24	0,24	0,329
nur für Mann				0,02	0,25	0,926
für beide nicht				Ref.		
mind. ein Partner fehlende Angabe				0,37	0,25	0,143
AIC	459,27			460,26		
BIC	490,27			491,26		
Pseudo R ²	0,32			0,27		
n (Paare)	164			164		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Personen beziehungsweise Paare, die sich Alternativen zur reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung wie Adoption oder Pflegeelternschaft vorstellen können, sollten eine längere Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin aufweisen als Paare, für die diese nicht vorstellbar sind. Es wird angenommen, dass die Vorstellbarkeit von Alternativen den Entscheidungsprozess verkompliziert, weil andere Motive für eine Elternschaft angesprochen werden. Es wurde zuerst ein Modell geschätzt, in dem die geschlechtsspezifischen Indikatoren berücksichtigt sind (Modell „Alternativen I“) und dann ein Modell mit dem Paarindikator (Modell „Alternativen II“). In dem ersten Modell in Tabelle 7-16 deutet sich für die Frauen ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung an: Kann sich die Frau Alternativen zur Kinderwunschbehandlung vorstellen, ist die Dauer im Vergleich zu den Frauen, die sich dies nicht vorstellen können, verlängert. Bei

den Männern ist es das Fehlen einer inhaltlichen Angabe, welche tendenziell mit einer Verlängerung der Dauer einhergeht. Wie in dem Modell „Alternativen I“ erreicht auch in dem Modell zur Untersuchung der Paarinteraktion („Alternativen II“) keine der Paar-konstellationen ein Signifikanzniveau von 10 %. Tendenziell haben Paare, in denen beide Partner sich Alternativen vorstellen können, im Vergleich zur Referenzkategorie der Paare, die sich dies übereinstimmend nicht vorstellen können, die längste mittlere Dauer.

Eine Exploration: Unterschiede zwischen Paartypen in der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin

In Kapitel 7.1.2 wurde eine Typologie von Paaren zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft vorgestellt, welche deren unterschiedliche Lebenssituation und Lebensphase beschreibt. Die Paartypologie basiert auf einer Clusteranalyse mit fünf Variablen: dem Alter beider Partner, der Beziehungsdauer, dem sozioökonomischen Status und dem Vorhandensein von Kindern und verknüpft diese in komplexer Weise. In Tabelle 7-6 in Kapitel 7.1.2 sind die Paartypen anhand der Clustermittelwerte für die fünf Variablen beschrieben. Der Zusammenhang dieser Variablen mit der Dauer des Entscheidungsprozesses wurde in der multivariaten Analyse separat unter Konstanthaltung anderer Kovariaten untersucht. Indem nun die Paartypologie als unabhängige Variable verwendet wird, kann ein Eindruck der Interaktion dieser Variablen, die sich in der Typologie spiegelt, gewonnen werden.

Tabelle 7-17: Paartypologie und die Dauer des Entscheidungsprozesses (Gamma-Modell mit Log-Link), Average Marginal Effects (AME)

	AME	SE	p
Gutsituierte in stabilen Partnerschaften	-0,69	0,29	0,019
Neu-/Spätstarter	-0,99	0,28	0,000
Aufschieber	-0,49	0,36	0,175
Junge Familienorientierte Eltern	Ref.		
AIC	523,10		
BIC	539,12		
Pseudo R ²	0,07		
n (Paare)	182		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Wie in Tabelle 7-17 ersichtlich wird, unterscheiden sich die Paartypen deutlich in der Dauer des Entscheidungsprozesses. Da sonst keine Kovariaten berücksichtigt werden, entspricht die Konstante der durchschnittlichen Dauer der Referenzgruppe der jungen Familienorientierten im Analysesample: 2,12 Jahre (circa 2 Jahre und 2 Monate) (siehe Tabelle D6 im Anhang). Daran, dass die durchschnittlichen marginalen Effekte aller anderen Paartypen negativ sind, wird deutlich, dass diese eine kürzere durchschnittliche Dauer aufweisen als die jungen Familienorientierten. Es handelt sich bei Letzteren um den im Mittel jüngsten Paartyp mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status. Die im Vergleich zu dieser Gruppe kürzeste durchschnittliche Dauer weisen die Neu- beziehungsweise Spätstarter auf. Ihre durchschnittliche Dauer ist um 0,99 Jahre (circa 12 Monate) kürzer als die der jungen familienorientierten Paare. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Frauen wäre ein ähnlicher

Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses auch für die Aufschieber zu erwarten gewesen. Zudem ist für die Aufschieber aufgrund des hohen sozioökonomischen Status von einer besonders guten finanziellen Ressourcenausstattung auszugehen, was sich auch in einer vergleichsweise kurzen Dauer spiegeln sollte. Der Unterschied zur Referenzgruppe der jungen Familienorientierten ist jedoch für den Paartyp am geringsten und der entsprechende p-Wert am größten. Es lässt sich annehmen, dass der u-förmige Zusammenhang des Alters mit der Dauer und der tendenziell verlängernde Effekt der Beziehungsdauer in diesem Paartyp relevant sind.

Im Vergleich zur Referenzkategorie der jungen Familienorientierten weisen auch die Elternpaare eine um durchschnittlich 0,81 Jahre kürzere Dauer auf. Das überrascht, weil die Hauptanalyse in diesem Kapitel keinen Unterschied zwischen Paaren mit und ohne Kinder erwarten ließ. Andererseits sind die Elternpaare im Mittel relativ jung, was wiederum möglicherweise den Zusammenhang erklärt.

7.2.4 Zusammenfassung

Wie viel Zeit benötigen Paare von den ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft bis zum ersten Besuch im Kinderwunschzentrum, und welche Merkmale der Partner und des Paares beeinflussen diese Dauer? Mit diesen Fragen beschäftigten sich die Analysen in Kapitel 7.2. Die Befunde der deskriptiven und multivariaten Untersuchung werden hier zusammengefasst. Dabei wird vor allem auf die Hypothesen eingegangen und inwiefern die Analyseergebnisse diese unterstützen. Eine kritische Diskussion und Reflektion der Ergebnisse wird in Kapitel 8.1 vorgenommen.

Im Durchschnitt dauert es 1,5 Jahre von den ersten Sorgen eines oder beider Partner um die ausbleibende Schwangerschaft, bis sich die Paare an ein Kinderwunschzentrum wenden. Die Spannweite ist relativ groß, sie reicht von weniger als 1 Monat bis etwa 10 Jahre. Wie lässt sich nun die Gesamtdauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin erklären? Dafür wurde ein Analysemodell vorgestellt und eine Reihe von forschungsleitenden Hypothesen formuliert (Kapitel 5.2) und einer empirischen Untersuchung unterzogen. Bei der Evaluation des Analysemodells wird neben der Richtung und Stärke der Effekte auch auf Signifikanztests eingegangen. Da jedoch die PinK-Daten nicht auf einer Zufallserhebung basieren, kann streng genommen nicht auf eine Grundgesamtheit geschlossen werden (siehe ausführlicher Kapitel 6.4). Bei der Gesamtbewertung ist zu beachten, dass aufgrund der begrenzten Fallzahl nicht das vollständige Modell mit allen als relevant identifizierten Variablen geprüft werden konnte. Zudem wies ein Teil der Einstellungsvariablen einen relativ hohen Anteil fehlender Werte auf, so dass nicht alle Hypothesen zu den Mustern der Paarinteraktion überprüft werden konnten.

Alter der Frau und des Mannes

Die Hypothese A1 bezieht sich auf das Alter der Frau, welches einen zentralen Risikofaktor für altersbedingte Infertilität darstellt und auf die begrenzte fertile Phase der Frau verweist. Wenn die Paare das Alter der Frau tatsächlich als Risikofaktor wahrnehmen, sollte folglich mit einem höheren Alter eine kürzere Dauer des Entscheidungsprozesses einhergehen. Das Alter der Frau erwies sich durchweg als relevant und zumindest für Frauen bis etwa 35 Jahre zeigt sich der erwartete Zusammenhang. Bei älteren Frauen wird die durchschnittliche Dauer wieder etwas länger. Der Zusammenhang ist also eher u-förmig als linear, wie angenommen wurde. Da der quadrierte Term nicht in allen Analysen auf dem 10 %-Niveau

statistisch signifikant war, lässt sich anhand der Analysen in diesem Kapitel keine sichere Aussage über die Form des Zusammenhangs machen. Die Hypothese eines linearen Zusammenhangs kann deshalb vorerst nicht bestätigt werden. Das Alter des Mannes steht, wie erwartet, nicht in Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses (Hypothese A2).

Paarbiografie und Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen

Weiterhin sprechen die Ergebnisse gegen Hypothese PB2. Die Hypothese ging davon aus, dass Paare mit Kindern mehr Zeit benötigen, bis sie sich an ein Kinderwunschzentrum wenden, als kinderlose Paare. Als ausschlaggebend dafür wurden unterschiedliche Kosten-Nutzen-Abwägungen angenommen: Bei den Kinderlosen geht es um die Gründung einer Familie, also darum, überhaupt ein Kind zu haben, der Nutzen sollte für sie deshalb die potenziellen physischen, psychischen und finanziellen Kosten einer Kinderwunschbehandlung überwiegen. Empirisch zeigten sich in der hier untersuchten Population keine nennenswerten Unterschiede in der Dauer des Entscheidungsprozesses zwischen Paaren mit und ohne Kind(er).

Als weiteres Merkmal der Paarbiografie wurde der Ehestatus berücksichtigt. Für unverheiratete Paare ist die Dauer des Entscheidungsprozesses deutlich verlängert, was zunächst einmal für eine Annahme von Hypothese PB1 spricht. Diese ging davon aus, dass die Ehe, insbesondere in Westdeutschland, immer noch als geeigneter Rahmen für Familie empfunden wird. Zudem bietet die Ehe aufgrund ihres höheren Formalisierungsgrades mehr Sicherheit, was die gemeinsame „Investition“ in ein Kind angeht. Deshalb sollte es verheirateten Paaren leichter fallen, sich für den Besuch in einem Kinderwunschzentrum zu entscheiden. Allerdings kann dieser Effekt nicht unabhängig vom Versicherungsstatus sowie den verfügbaren ökonomischen Ressourcen der Paare betrachtet werden. Das liegt vor allem daran, dass die gesetzliche Krankenversicherung die anteilige Kostenerstattung unter anderem an den Ehestatus des Paares knüpft. Die Ergebnisse der Analysen sprechen dagegen, dass der Effekt des Ehestatus Ausdruck kultureller Vorstellungen über geeignete Rahmenbedingungen für Familie ist. Vielmehr zeigt sich, dass sich unverheiratete Paare, die gesetzlich versichert sind, deutlich später an ein Kinderwunschzentrum wenden als verheiratete Paare. Bei privat beziehungsweise gemischt versicherten Paaren zeigt sich dieser Effekt nicht in gleichem Ausmaß. Erklären lässt sich das damit, dass die Paare die potenziell auf sie zukommenden Kosten für eine Behandlung bei ihrer Entscheidung berücksichtigen. Die Entscheidung für eine Behandlung fällt ihnen deutlich schwerer, wenn sicher ist, dass sie die Kosten vollständig selbst tragen müssen. Dies entspricht der ersten Hypothese zur sozialen Ungleichheit (SU1).

Interessanterweise ist der Versicherungsstatus selbst nicht relevant, das heißt gesetzlich versicherte Paare benötigen nicht grundsätzlich mehr Zeit als privat oder gemischt versicherte Paare. Dies ist interessant, weil alle gesetzlich versicherten Paare mindestens die Hälfte der Kosten tragen müssen. Privat versicherte Paare haben dagegen recht gute Chancen auf eine vollständige Kostenerstattung. Dieser Befund muss jedoch zum aktuellen Zeitpunkt vorsichtig interpretiert werden, denn in der zusammengefassten Kategorie der privat oder gemischt Versicherten ist der Anteil gemischt versicherter Paare sehr hoch. Bei dieser Gruppe ist die Kostenerstattung besonders kompliziert, weil die gesetzliche und die private Krankenversicherung unterschiedliche Regelungen haben. Unter anderem ist die Kostenerstattung in diesen Fällen davon abhängig, ob und bei wem sich eine Ursache für die Infertilität diagnostizieren lässt und welcher Krankenversicherung dieser Partner angehört (siehe Kapitel 2.3.1).

Dass für alle betrachteten Paare die potenziell auf sie zukommenden Kosten bei der Entscheidung eine Rolle spielen, wird am sozioökonomischen Status deutlich. Dieser wurde in den Analysen auch als Proxy für die finanzielle Ressourcenausstattung der Paare verwendet. Je höher der Status, desto kürzer die Dauer des Entscheidungsprozesses. Dies kann dahingehend gedeutet werden, dass bessersituierte Paare sich die Behandlung eher leisten können und ihnen die Entscheidung deshalb leichter fällt. Der Befund ist stabil über alle gezeigten Modelle, die jeweils verschiedene Variablensets berücksichtigen, was dafür spricht, die zweite Hypothese zur sozialen Ungleichheit anzunehmen (SU2). Weiterhin ließ sich entsprechend der dritten Hypothese zur sozialen Ungleichheit (SU3) zeigen, dass gesetzlich versicherte Paare, welche die Voraussetzungen für die Kostenerstattung nicht erfüllen und einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, besonders lange für den Entscheidungsprozess benötigen.

Infertilität des Paares

Eine weitere Hypothese wurde zum subjektiven Empfinden von Zeitdruck durch die Frau aufgestellt. Während das Alter der Frau in gewisser Hinsicht den objektiven Zeitdruck misst, der sich aus der natürlichen Begrenzung der reproduktiven Phase und dem steigenden Risiko von Infertilität ergibt, sollte der Indikator die subjektive Komponente von Zeitdruck spiegeln. Es wurde angenommen, dass sich Paare, in denen die Frau subjektiv Zeitdruck empfindet, schneller an ein Kinderwunschzentrum wenden (Hypothese IN2). Ein entsprechender Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses deutet sich zwar an, ist jedoch relativ klein und statistisch nicht annähernd signifikant.

Als hochrelevant erwies sich die Paarinteraktion in der Wahrnehmung von Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft. Für die Konstruktion der abhängigen Variablen bildete die Wahrnehmung von Sorgen durch mindestens einen Partner den Ausgangspunkt. Bei unterschiedlichen Angaben beider Partner zu diesem Ereignis wurde immer das frühere Datum verwendet. Entsprechend ließ sich untersuchen, ob sich übereinstimmende Paare in der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems von nicht übereinstimmenden Paaren hinsichtlich der Dauer des Entscheidungsprozesses unterscheiden. Entsprechend Hypothese IN2 zeigte sich, dass Paare, die in ihrer Wahrnehmung nicht übereinstimmten, mehr Zeit benötigten als übereinstimmende Paare.

Einstellungen und Motive auf Paarebene

Nun soll noch auf die Zusammenhänge der Einstellungen und Motive mit der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe eingegangen werden. Es wurden Hypothesen über die erwartete Richtung des Zusammenhangs mit der Dauer des Entscheidungsprozesses und über die Muster der Paarinteraktion aufgestellt.

Für zwei Einstellungsmerkmale, die Wahrnehmung sozialen Drucks und die Geschlechterrollenvorstellungen, konnte nur die Richtung des Zusammenhangs separat für beide Geschlechter untersucht werden. Der Indikator für den sozialen Druck bildet die subjektiv wahrgenommenen Verhaltenserwartungen Dritter ab und wirkt sich auf die sozialen Kosten und Nutzen einer Handlung aus. Es wurde angenommen, dass die Wahrnehmung von sozialem Druck durch Familie und Freunde dazu führt, dass die Paare sich schneller an ein Kinderwunschzentrum wenden, weil sich dadurch die Dringlichkeit der Umsetzung des Kinderwunsches erhöht (Hypothese SB2).

Traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen sind stark mit dem Vorhandensein von Kindern oder einer bestimmten Kinderzahl verknüpft. Ausgehend davon wurde die Erwar-

tung formuliert, dass die Umsetzung des Kinderwunsches als umso dringlicher empfunden wird, je traditioneller die Vorstellungen von Familie sind (Hypothese G1). Weder für die Frauen noch für die Männer konnte diese Hypothese bestätigt werden. Bei beiden Geschlechtern deutet sich stattdessen an, dass der Entscheidungsprozess umso länger dauert, je traditioneller die Frau oder der Mann eingestellt ist. Der Zusammenhang ist ausschließlich für den Mann statistisch signifikant.

Für die weiteren Einstellungsvariablen konnten die Hypothesen zu den Mustern der Paarinteraktion (Hypothesen P1 bis P3) teilweise oder vollständig überprüft werden. In Hypothese P1 wurde die Erwartung formuliert, dass die Merkmale beider Partner für die Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin relevant sind. Es sollte sich demnach bei Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Indikatoren für Frauen und Männer ein Zusammenhang mit der Dauer zeigen. Hypothese P2 beschäftigt sich mit der Auswirkung von Übereinstimmung in den Einstellungen und Motiven. Bei Nicht-Übereinstimmung der Partner kann davon ausgegangen werden, dass ein Zielkonflikt vorliegt und zusätzlicher (Zeit-)Aufwand nötig ist, um eine Einigung auf Paarebene zu erzielen. Deshalb sollte die Dauer des Entscheidungsprozesses bei Übereinstimmung, abhängig von der Ausprägung der untersuchten Variablen, entweder am kürzesten oder längsten sein. Bei Nicht-Übereinstimmung der Partner wird angenommen, dass vor allem die Disposition der Frau relevant ist, weil die Kinderwunschbehandlung, da sie vor allem bei der Frau durchgeführt wird, eher der „sphere of interest“ der Frau zuzuordnen ist. Um zu untersuchen, wie sich Übereinstimmung versus Nicht-Übereinstimmung auswirken und ob sich der Effekt von Nicht-Übereinstimmung geschlechtsspezifisch unterscheidet, wurde ein Paarindikator gebildet und in einem separaten Modell untersucht.

Für den Indikator zur Wahrnehmung einer Stigmatisierung von Infertilität beziehungsweise der Kinderwunschbehandlung konnte die Hypothese zur Richtung des Zusammenhangs (Hypothese SB1) und die Hypothese zur Relevanz beider Partner (Hypothese P1) untersucht werden. Es wurde erwartet, dass die Wahrnehmung von Stigma die Betroffenen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Infertilität hemmt und die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe erschwert. Bei den Frauen deutet sich ein Effekt in der erwarteten Richtung an. Bei den Männern zeigt sich dagegen genau konträr zu der formulierten Erwartung, dass die Wahrnehmung von Stigma mit einer deutlichen und statistisch signifikanten Verkürzung der Dauer einhergeht. Da der Effekt bei der Frau statistisch insignifikant ist, muss vorerst davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der Wahrnehmung von Stigma lediglich die Disposition des Mannes einen Beitrag zur Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses leistet.

Weiterhin wurde untersucht, ob sich die Paare in ihrer Dauer des Entscheidungsprozesses abhängig von der Zahl der weiteren gewünschten Kinder unterscheiden. Zur Richtung des Zusammenhangs wurde die Erwartung formuliert, dass mit der Zahl der weiteren gewünschten Kinder die Dringlichkeit der Umsetzung des aktuellen Kinderwunsches steigt und die Paare sich schneller an ein Kinderwunschzentrum wenden (Hypothese KW1). Sowohl für die Frauen als auch für die Männer zeigte sich, dass die Dauer des Entscheidungsprozesses länger ist, wenn kein oder nur ein weiteres Kind gewünscht wird im Vergleich zum Wunsch nach zwei oder mehr weiteren Kindern. Der Zusammenhang fällt bei der Disposition der Männer deutlich stärker aus und ist statistisch signifikant. Die Hypothese P1, die davon ausging, dass beide Partner einen relevanten Beitrag leisten, ist für den Indikator zu den weiteren gewünschten Kindern abzulehnen. In der Analyse der Auswirkung von Übereinstimmung zeigt sich kein deutlicher Unterschied zwischen Paaren, die sich übereinstimmend 2+ oder mehr weitere Kinder wünschen und Paaren, die sich keine weiteren Kinder wünschen. Das spricht gegen die Hypothese P2. Die Ergebnisse sprechen auch dagegen, dass

Frauen bei Nicht-Übereinstimmung einen stärkeren Einfluss haben (Hypothese P3). Eher ist das Gegenteil der Fall, denn die Dauer des Entscheidungsprozesses ist vergleichsweise kurz, wenn der Mann sich mehr Kinder wünscht als die Frau und verlängert, wenn der Mann zu der Frage keine gültige Angabe gemacht hat. Der Indikator zur Paarinteraktion ist jedoch insgesamt statistisch nicht signifikant. Vor dem Hintergrund der Infertilitätserfahrung ist vorstellbar, dass sich in dem Fehlen einer Angabe zur gewünschten Kinderzahl Unsicherheit darüber ausdrückt, ob und wie viele Kinder man haben will und kann, was dann dazu führt, dass die Entscheidung für eine Kinderwunschbehandlung schwerer fällt.

Als Letztes wurde eine Einstellungsvariable zu Alternativen zur Kinderwunschbehandlung untersucht. Konkret ging es dabei um die Adoption sowie die Pflegeelternschaft. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Vorstellbarkeit von Alternativen die Komplexität des Entscheidungsprozesses für eine Kinderwunschbehandlung erhöht und die Paare deshalb eine längere Dauer aufweisen (Hypothese A1). In dem Modell mit den separaten Indikatoren für Frauen und Männer zeigte sich für Frauen der erwartete Zusammenhang, allerdings war der Effekt statistisch knapp nicht signifikant. In einem zweiten Modell wurde ein Paarindikator verwendet, der die Analyse der Paarinteraktion ermöglicht. Dieser erwies sich insgesamt als statistisch nicht relevant. Trotzdem soll hier noch kurz auf die sich andeutenden Zusammenhänge eingegangen werden. Es zeigte sich, dass Paare, bei denen sich beide Partner Alternativen vorstellen können, im Vergleich zu Paaren, bei denen sich die Partner das übereinstimmend nicht vorstellen können, eine verlängerte Dauer haben. Dies spricht tendenziell für Hypothese P2. Bei Nicht-Übereinstimmung zeigte sich in den bivariaten Analysen ein relativ deutlicher Unterschied in der durchschnittlichen Dauer abhängig davon, ob nur die Frau oder nur der Mann sich Alternativen vorstellen kann. Multivariat ließ sich dies nicht bestätigen. Hypothese P3 zur Paarinteraktion, die von einem stärkeren Einfluss der Frau ausgeht, wäre demnach ebenfalls abzulehnen.

Insgesamt erweisen sich Variablen aus allen Gruppen von Einflussfaktoren des Analysemodells (Abbildung 5-1) als relevant. Es lässt sich nun fragen, welches der gezeigten Modelle die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin am besten erklärt. Anhand der Indikatoren zur Modellgüte lässt sich die Frage nicht eindeutig beantworten. Zieht man das Pseudo- R^2 heran, kommen das Modell „Infertilität“ (Pseudo- $R^2 = 0,31$) und das Modell „Alternativen I“ (Pseudo- $R^2 = 0,32$) in Frage. Ersteres enthält, zusätzlich zu dem Alter der Frau, dem Ehestatus, der Beziehungsdauer und dem sozioökonomischen Status, noch den Indikator zur Paarinteraktion zum Zeitpunkt der Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft. Das Modell „Alternativen I“ berücksichtigt die geschlechtsspezifischen Indikatoren zur Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung. Dass dieses Modell so gut abschneidet, ist etwas überraschend, weil sich zwar durchaus Zusammenhänge andeuten, diese aber auf dem 10 %-Niveau statistisch nicht signifikant sind. Für das Modell „Infertilität“ spricht auch das AIC. Nimmt man dagegen das BIC als Kriterium, würde man dem schlankeren Modell „Paarbiografie II“ den Vorzug geben, welches nur das Alter der Frau, den Ehestatus sowie die Beziehungsdauer berücksichtigt. Die Wahl eines guten Erklärungsmodells sollte jedoch nicht alleine auf Basis statistischer Kennziffern erfolgen. Aus theoretischer Perspektive erscheint es höchst relevant, wie die Paare in den Prozess infertilitätsbezogenen generativen Handelns starten, was aus Sicht der Autorin dafür spricht, das Modell „Infertilität“ als sogenanntes „Best-Fit“-Modell zu wählen. Die in diesem Modell berücksichtigten Variablen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Erklärung der Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin relevant.

8 Fazit

Heterosexuelle Paare mit unerfüllten Kinderwünschen und deren Nutzung der Reproduktionsmedizin standen im Fokus der sozialwissenschaftlichen Analyse dieser Arbeit. Deren übergeordnetes Ziel bestand darin, einen substanziellen Beitrag zu einem besseren Verständnis der Situation und des Handelns der von Infertilität betroffenen Paare hinsichtlich der Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung zu leisten. Zu diesem Zwecke wurden zunächst die spezifischen gesellschaftlichen, medizinischen und institutionellen Rahmenbedingungen des Handelns bei Infertilität in Deutschland herausgearbeitet und kritisch reflektiert. Empirisch wurden zwei Forschungsfragen untersucht:

- Welche Paare nutzen die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung und wie ist sie in deren Lebensverläufe eingebettet?
- Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung?

In der Analyse zur ersten Forschungsfrage stand die Deskription der Population von Paaren im Vordergrund, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden. Die Einbettung der Infertilitätserfahrung und des ersten Besuchs in einem Kinderwunschzentrum in die Lebensverläufe der Paare wurde untersucht und eine soziodemografische Typologie von Paaren in Kinderwunschbehandlung vorgestellt. Der zweite Teil der empirischen Analysen beschäftigte sich theoriegeleitet mit der zeitlichen Dimension des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Von besonderem Interesse waren dabei die Auswirkungen der institutionellen Rahmenbedingungen zur Finanzierung der Behandlung und der Interaktion der Partner auf den Entscheidungsprozess.

Ein im Rahmen der Arbeit entwickeltes theoretisches Erklärungsmodell ist den empirischen Analysen zugrunde gelegt. Das Mehrebenenmodell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext zeichnet sich dadurch aus, dass es das Handeln bei Infertilität als soziales Handeln von Paaren und als Teil generativen Handelns versteht, sofern es auf die Erfüllung eines Kinderwunsches ausgerichtet ist. Theoretisch geht das Erklärungsmodell von aus der sozialwissenschaftlichen Fertilitätsforschung bekannten Ansätzen zur Erklärung partnerschaftlichen generativen Handelns aus. Es trägt aber auch den medizinischen Aspekten Rechnung und ist insofern in seinem Ansatz interdisziplinär. Grundsätzlich ist das Modell auf verschiedene Handlungsoptionen anwendbar und aufgrund seiner Anlage als Mehrebenenmodell für Analysen in verschiedenen nationalen Kontexten geeignet.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Analysen diskutiert (Kapitel 8.1) und im Anschluss Limitationen der vorliegenden Arbeit und Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung benannt (Kapitel 8.2). Im letzten Abschnitt (Kapitel 8.3) werden mit Blick auf Politik und Gesellschaft mögliche Implikationen der vorliegenden Studie erörtert.

8.1 Diskussion der empirischen Befunde

In diesem Kapitel werden zentrale Befunde der empirischen Analysen zu den zwei Forschungsfragen vorgestellt und diskutiert. Für sämtliche Analysen wurden die Daten der Basiserhebung der PinK-Studie verwendet, einer schriftlichen Befragung von Frauen und Männern am Anfang einer Kinderwunschbehandlung (Passet-Wittig et al. 2014, siehe auch

Kapitel 6.1). Die Befragung wurde zwischen Juli 2012 und Juli 2013 in den fünf rheinland-pfälzischen Kinderwunschzentren sowie dem Kinderwunschzentrum in Wiesbaden durchgeführt. Für die Analysen berücksichtigt wurden nur Paare mit gültigen Angaben zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft sowie zum Zeitpunkt des ersten Besuches in einem Kinderwunschzentrum. Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft sind die Voraussetzung dafür, sich selbst als infertil zu identifizieren und stellen damit den Ausgangspunkt infertilitätsbezogenen generativen Handelns dar. Der erste Besuch in einem Kinderwunschzentrum markiert dagegen das Ende des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für eine Kinderwunschbehandlung.

Wer die Paare sind, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden und wie die Behandlung in deren Lebensverläufe eingebettet ist

Im Rahmen der Analysen zu der ersten empirischen Forschungsfrage wurde eine umfassende Deskription der Paare am Anfang einer Kinderwunschbehandlung anhand soziodemografischer und sozialstruktureller Merkmale der Partner und der Paarbiografie vorgenommen. Alle betrachteten Paare haben sich aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches an ein Kinderwunschzentrum gewendet. Wie herausgearbeitet werden konnte, unterscheiden sie sich jedoch deutlich hinsichtlich der Lebensphase und Lebenssituation, in der sie die Infertilitäts Erfahrung gemacht haben und in ihrer Ausgangssituation für eine Kinderwunschbehandlung. Ziel war es, über die Beschreibung der Paare in Kinderwunschbehandlung eine Verbindung herzustellen zu Beziehungsmustern sowie Mustern generativen Verhaltens, wie sie für Deutschland von Familien- und Fertilitätsforschern beschrieben werden (siehe Kapitel 2.1). Entsprechende Bezüge werden hier diskutiert.

Motiviert ist die Forschungsfrage dadurch, dass die Population von Kinderwunschpaaren bislang kaum differenziert anhand soziodemografischer und sozialstruktureller Merkmale der Individuen und insbesondere der Paare beschrieben wurde. Die vorliegenden Studien aus anderen Ländern sowie auch vereinzelte Befunde zu Deutschland deuten darauf hin, dass es unter den von Infertilität Betroffenen im Mittel die älteren, kinderlosen, verheirateten sowie sozioökonomisch besser situierten Frauen sind, die medizinische Angebote nutzen (vgl. Kapitel 3). Über das Nutzungsverhalten von Männern existiert kein systematisches Wissen. Wie anhand der Analysen dieser Arbeit gezeigt werden konnte, täuschen die zentralen Tendenzen, die sich in Populationsmittelwerten zeigen, über die große Heterogenität innerhalb der Population von Kinderwunschpaaren hinweg. Anhand von Clusteranalysen konnten fünf „Situationstypen“ von Paaren identifiziert werden. Diese unterscheiden sich in ihren „biografischen Lebenswegen“, auf denen sie mit der Infertilität konfrontiert wurden und sich an die Reproduktionsmedizin wendeten sowie in ihrer Ausgangssituation für die Kinderwunschbehandlung.

Anhand des Alters der Frauen zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft konnte gezeigt werden, dass sich die zeitliche Verortung des Versuchs der Familiengründung kaum von dem der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. In der westdeutschen Allgemeinbevölkerung bekommen Frauen im Mittel mit 29,7 Jahren ihr erstes Kind (BiB 2016: 27). Die kinderlosen Frauen in der PinK-Studie sind im Mittel 30 Jahre alt, wenn sie sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft machen und damit nur geringfügig älter. Die Kinderwunschpatienten verhalten sich demnach durchaus typisch für westdeutsche Paare.

Weiterhin ist die überwiegende Mehrzahl der Paare zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft macht, kinderlos. Nur 13 % von 193 Paaren leben mit einem oder mehreren Kindern zusammen. Verschiedene Studien zur

Nutzung medizinischer Hilfe kommen zu dem Ergebnis, dass Kinderlose häufiger solche in Anspruch nehmen als Personen mit Kindern (Bushnik et al. 2012: 7; Gunnell/Ewings 1994: 31; Olsen et al. 1998: 17; Passet-Wittig et al. 2016: 85f; Staniec/Webb 2007: 980; Templeton et al. 1990: 150). Das unterschiedliche Nutzungsverhalten von kinderlosen Paaren und solchen mit Kindern lässt sich unter anderem damit erklären, dass die Gründung einer Familie für Kinderlose als Lebensziel von besonderer Bedeutung ist. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass Paare, die bereits auf natürlichem Weg ein Kind bekommen haben, aufgrund positiver vergangener Erfahrungen von ihrer eigenen Fruchtbarkeit überzeugter und deshalb weniger bereit sind, sich einer potenziell belastenden und kostspieligen Behandlung auszusetzen.

Als ein Defizit bisheriger Untersuchungen zu Paaren in Kinderwunschbehandlung wurde in Kapitel 3.3 herausgearbeitet, dass bei den bereits vorhandenen Kindern in der Regel nicht danach differenziert wurde, ob es sich um gemeinsame leibliche Kinder oder leibliche Kinder nur eines Partners handelt. Ist nur einer der Partner mit dem Kind verwandt, spricht man von einer Stieffamilie. Eine solche Differenzierung kann auch bei Kinderwunschpatienten aufschlussreich sein, da sich das generative Verhalten in den beiden Konstellationen verschiedenen Studien zufolge unterscheidet: Insbesondere zeichnen sich Stiefelternpaare unter der Kontrolle des Alters der Frau durch eine vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeit aus, durch ein gemeinsames Kind eine neue Familie zu begründen (Buber/Fürnkranz-Prskawetz 2000: o. S.; Klein/Eckhard 2004: 92). Als Erklärung dafür wird angenommen, dass Stiefelternpaare über die Gründung einer gemeinsamen Familie ihre Beziehung festigen und bestätigen wollen („commitment“-Hypothese).

Die Analysen anhand der PinK-Daten zeigen, dass der Anteil der Stiefeltern unter den Elternpaaren bei 56 % liegt. Dies ist hoch im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung, in welcher der Anteil der Stieffamilien an der Gesamtheit aller Lebensformen mit Kindern nur etwa 10 % beträgt (Steinbach 2015: 597). Auch eine italienische Befragung von Kinderwunschpatienten zeigt, dass sich recht viele Stiefelternpaare unter den Elternpaaren befinden (Costa et al. 2013: 54), was darauf hindeutet, dass dies kein spezifisch deutsches Phänomen ist. Möglicherweise ist die eben genannte „commitment“-Hypothese auch ein Ansatzpunkt, um zu verstehen, wodurch der verhältnismäßig hohe Anteil Stiefelternpaare unter den Kinderwunschpatienten bedingt sein könnte. Allerdings ist auch das Alter der Partner zu berücksichtigen, welches in Folgepartnerschaften einen wichtigen Einflussfaktor auf das Geburtenverhalten darstellt (siehe u. a. Beaujouan/Solaz 2013: 62). In Kombination kann sich das Alter beider Partner durchaus negativ auf die Fruchtbarkeit der Paare auswirken und sie daran hindern, in einer neuen Beziehung so viele Kinder zu bekommen, wie sie sich das möglicherweise wünschen (Beier et al. 2012: 304). Das Risiko, irgendwann auf medizinische Hilfe angewiesen zu sein, erhöht sich entsprechend. Vor dem Hintergrund des weiter steigenden Erstgeburtsalters von Frauen sowie des hohen Trennungsrisikos von Partnerschaften ist nicht nur anzunehmen, dass die Zahl der Stiefelternpaare zunehmen wird (Steinbach 2015: 597), sondern es lässt sich die These aufstellen, dass diese auch vermehrt von Infertilität betroffen sein werden und deshalb auf die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung zurückgreifen, um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen.

Zur Einbettung in die Paarbiografie wurde gezeigt, dass 43 % der analysierten Paare unverheiratet waren, als sie sich erstmals Sorgen um das Ausbleiben der Schwangerschaft machten. Das spricht dafür, dass die Ehe nur für einen Teil der Paare den geeigneten Rahmen für eine Geburt darstellt. Andererseits ist der Ehestatus für die Finanzierung einer Kinderwunschbehandlung relevant. Denn unverheiratete Paare haben in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf die Übernahme von 50 % der Behandlungs-

kosten für die ersten drei Behandlungen und müssen diese vollständig selbst tragen. In diesem Zusammenhang erscheint es auffällig, dass knapp ein Fünftel aller Paare zwischen den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem Aufsuchen eines Kinderwunschzentrums heiratet. Bislang unbeantwortet ist die Frage, worin die Motivation für diese Eheschließungen besteht: Hätten die Paare sowieso geheiratet, zum Beispiel um geeignete Rahmenbedingungen für die Geburt eines Kindes zu schaffen? Wurde geheiratet, um die Kosten für die Kinderwunschbehandlung nicht komplett selbst zahlen zu müssen oder gar, um sich die Behandlung überhaupt leisten zu können? Wenn die Paare in dieser Phase vor allem aufgrund der Kosten heiraten, wäre dies kritisch zu diskutieren, weil der Staat durch die restriktive Regelung in diesem Moment in einer sowieso belasteten Gruppe einen starken Einfluss auf die individuellen Möglichkeiten und Bedingungen der Familiengründung beziehungsweise -erweiterung ausübt.

Um die Situationstypen von Paaren zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft zu identifizieren, wurde eine hierarchische Clusteranalyse mit dem Ward-Verfahren durchgeführt und durch Anwendung des K-Means-Verfahrens optimiert. Zum Zeitpunkt der ersten Sorgen lassen sich die Einbettung der Infertilitätserfahrung in die Lebensverläufe der Partner und die Paarbiografie und damit der „biografische Weg“ in die Kinderwunschbehandlung gut nachvollziehen. Fünf lebensverlaufs- und situationsbezogene Merkmale der Paare wurden berücksichtigt: das Alter beider Partner, die Beziehungsdauer, die Existenz von Kindern sowie der sozioökonomische Status des Paares.

Es konnten fünf Gruppen von Kinderwunschpaaren identifiziert werden, die sich in ihrem Profil und ihrer Gruppengröße deutlich unterscheiden:

- 1) Gutsituierte in stabilen Partnerschaften (25 %)
- 2) Neu-/Spätstarter (25 %)
- 3) Aufschieber (13 %)
- 4) Junge Familienorientierte (28 %)
- 5) Eltern (9 %)

Eine detailliertere Beschreibung der Paartypen findet sich in Kapitel 7.1.3. Hier werden bestimmte Charakteristika herausgestellt und diskutiert. Die drei ältesten Paartypen sind die Gutsituierten in stabilen Partnerschaften, die Aufschieber und die Neu-/Spätstarter. Paare in allen drei Paartypen sind kinderlos und ökonomisch eher gut situiert. In der demografischen Forschung wird dem Phänomen des Aufschiebens von Geburten im Lebensverlauf für die Erklärung des Geburtenrückgangs eine wichtige Bedeutung beigemessen (Sobotka 2004). Das Aufschieben kann abhängig von der Lebensphase und Lebenssituation ganz verschiedene Ursachen haben. Eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung von Kinderwünschen stellt jedoch das Vorhandensein eines Partners dar. Der Zusammenhang zwischen dem Partnerschaftsstatus und dem Aufschubverhalten spiegelt sich auch in den drei genannten Gruppen wider, bei denen sich jeweils unterschiedliche Muster zeigen. Die Neu-/Spätstarter sind relativ alt, weisen aber die kürzeste mittlere Beziehungsdauer von nur 2 Jahren auf. Sie haben möglicherweise lange nach dem richtigen Partner für die Familiengründung gesucht, erst spät überhaupt einen Partner gefunden und/oder spät einen Kinderwunsch entwickelt. Jedes vierte Paar in der analysierten Population gehört dieser Gruppe an. Dagegen sind die Aufschieber nicht nur die im Mittel älteste Gruppe, sondern auch diejenige mit der längsten Beziehungsdauer (11 Jahre). Im Gegensatz zu den Neu-/Spätstartern ist bei ihnen die Situation eine ganz andere: Trotz eines vorhandenen Partners haben sich die Paare erst spät für ein Kind entschieden. Die dritte Gruppe der Gutsituierten in stabilen Partnerschaften ist die jüngste der drei genannten. Das Alter der Frauen ent-

spricht relativ genau dem Alter westdeutscher Frauen bei der ersten Geburt (s. o.), gleichzeitig weisen sie im Gruppenvergleich die zweitlängste mittlere Beziehungsdauer auf (9 Jahre). Sie haben also die Familiengründung innerhalb der Partnerschaft lange aufgeschoben und befinden sich dadurch zum Zeitpunkt der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems in einem für westdeutsche Frauen typischen Familiengründungsalter.

Zwei der im vorherigen Absatz erwähnten Typen von Kinderwunschaaren (Aufschieber, Neu-/Spätstarter) können als die eher typischen Kinderwunschpatienten bezeichnet werden. Es sind Gruppen, die man dort aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters erwartet. Zwei weniger typische und deshalb tendenziell vernachlässigte Nutzergruppen wurden bislang noch nicht angesprochen: die jungen Familienorientierten sowie die Eltern. Es handelt sich dabei um die zwei jüngsten Gruppen, die zusammen ein Drittel der analysierten Gesamtpopulation ausmachen. Beide Gruppen verdeutlichen, dass Infertilität nicht ausschließlich altersbedingt auftritt und zudem nicht nur Kinderlose betrifft.⁸⁵ Unabhängig von der Ursache ist es jedoch so, dass Paare, die in jüngerem Alter mit der Familiengründung beginnen, auch früher auf Probleme bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches aufmerksam werden und gegebenenfalls medizinische Hilfe benötigen. Dies sollte in der Fertilitätsforschung, beispielsweise zu den Ursachen endgültiger Kinderlosigkeit oder zur Fertilität in Folgepartnerschaften, stärker berücksichtigt werden.

Gerade die zahlenmäßig relativ starke Gruppe der jungen Familienorientierten muss für die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung als eine relevante Zielgruppe betrachtet werden. Sie unterscheidet sich von den älteren Paartypen deutlich in ihrer Ausgangssituation für eine Kinderwunschbehandlung. Ihr niedriger sozioökonomischer Status verweist auf geringere finanzielle Ressourcen der Paare, die, wie die Analysen zur zweiten Forschungsfrage zeigen, eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin spielen. Die explorative Analyse zur Dauer des Entscheidungsprozesses (am Ende von Kapitel 7.2.3) für die fünf Paartypen zeigt, dass die jungen Familienorientierten, trotz der in diesem Paartyp hohen Verheiratetenquote, die längste durchschnittliche Dauer aufweisen. Medizinisch ist dies nicht unbedingt bedenklich, denn die Paare sind noch relativ jung. Andererseits sind sie jedoch möglicherweise benachteiligt, weil sie sich eine kostenintensive Behandlung am wenigsten leisten können.

Die Dauer des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses für die medizinische Kinderwunschbehandlung und seine Determinanten

Im zweiten Teil der Analysen stand die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe im Fokus. Folgende Fragen leiteten die Analyse: Wie lange dauert es, ausgehend vom Zeitpunkt der ersten Sorgen um das Ausbleiben einer Schwangerschaft, bis sich Paare an ein Kinderwunschzentrum wenden und welche Faktoren beeinflussen die Dauer des Entscheidungsprozesses?

Zu der zeitlichen Dimension der Entscheidung gibt es bislang nur wenige Untersuchungen (Costa et al. 2013; Domar et al. 2012; Jain/Hornstein 2005; Sanders et al. 2014). Diese Arbeiten sind sehr heterogen in der Definition der betrachteten Zeitspanne. Sie gehen in der Regel vom Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs aus, während als Endpunkt der erste Arztkontakt, der erste Termin in einem Kinderwunschzentrum oder der Behandlungsbeginn verwendet wird. Diese Zeitspanne beschreibt die Dauer des unerfüllten Kinderwun-

⁸⁵ Infertilität kann beispielsweise auf einen ungesunden Lebensstil (zum Beispiel Rauchen und Übergewicht) oder frühere medizinische Behandlungen (zum Beispiel Strahlentherapie bei Krebspatienten) zurückzuführen sein (siehe Kapitel 2.2.3).

sches, welche für die medizinische Diagnostik relevant ist (siehe Kapitel 2.2.3). Für eine entscheidungstheoretische Analyse ist der Beginn des unverhüteten Geschlechtsverkehrs nicht geeignet, da der eigentliche Entscheidungsprozess erst dann beginnen kann, wenn die Paare selbst ein Problem wahrnehmen. Für Deutschland gibt es über die regelmäßig im Jahrbuch des DIR (zum Beispiel DIR 2014) berichtete Dauer des unerfüllten Kinderwunsches hinaus kein systematisches Wissen darüber, wie lange es dauert, bis sich von Infertilität Betroffene an einen Arzt wenden und von welchen Merkmalen der Paare diese Dauer abhängt. Das der Untersuchung dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis des Entscheidungsprozesses ist mit der Annahme verknüpft, dass die Paare zu einem wesentlichen Teil Kontrolle über die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin und die Umsetzung dieser Entscheidung haben. Dies erscheint plausibel, da die Initiative für alle Schritte auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum von den Paaren selbst ausgehen muss. Infertilität ist keine schwerwiegende Krankheit, bei der mit dem Aufsuchen eines Arztes ein Prozedere in Gang gesetzt wird, dem sich der Patient weitestgehend fügt. Ärzte können Untersuchungen vorschlagen und Überweisungen ausstellen, die Paare müssen jedoch selbst entscheiden, ob sie weitere Untersuchungen und eine Kinderwunschbehandlung wünschen.

Die Analysen zur Dauer zwischen den ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum liefern wichtige Einsichten in den Entscheidungsprozess von Paaren für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Es konnte ein Beitrag geleistet werden zu dem bislang sehr knappen Forschungsstand. Auch dem in Kapitel 3.3 konstatierten Theoriedefizit bisheriger Untersuchungen wurde durch die theoriegeleitete Analyse begegnet. Mit dem handlungstheoretisch fundierten Modell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext wurde ein allgemeines Analysemodell vorgestellt und auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung medizinischer Hilfe angewendet. Dieses ermöglicht es, Zusammenhänge systematisch zu untersuchen und zu erklären. Zentrale Befunde der Analyse werden hier zusammengefasst und vor dem Hintergrund des Forschungsstandes und der Theorie diskutiert. Für die multivariaten Analysen der Dauer des Entscheidungsprozesses wurden generalisierte lineare Modelle geschätzt. Als Varianzfunktion wurde die Gamma-Verteilung in Kombination mit der logarithmischen Linkfunktion verwendet. Der bereinigte Analysedatensatz umfasste 164 Paare. Für eine detaillierte Übersicht zu den Ergebnissen des Hypothesentests siehe Kapitel 7.2.4.

Im Durchschnitt vergehen zwischen den ersten Sorgen eines oder beider Partner um die ausbleibende Schwangerschaft und dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum 1,5 Jahre. Weiterhin konnte deskriptiv gezeigt werden, dass sich der Gesamtprozess empirisch in eine Entscheidungs- und eine Umsetzungsphase unterteilen lässt. Für die Entscheidungsphase wenden die Paare im Mittel deutlich mehr Zeit auf. Kennzeichnend für diese Phase ist auch, dass die Paare ersten Kontakt mit einem Arzt aufnehmen. Damit kann das Ergebnis einer qualitativen Untersuchung bestätigt werden, die zeigt, dass sich die Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems normalerweise vor dem ersten Arztkontakt entwickelt (Greil et al. 1988: 177). Ab dem Zeitpunkt, zu dem beide Partner sich für die Nutzung medizinischer Hilfe entschieden haben, vergehen im Mittel nur noch wenige Monate bis zum ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum.

Die Dauer des Entscheidungsprozesses kann ganz praktische Implikationen für ältere Paare haben, denn je später die Paare sich an die Reproduktionsmedizin wenden, desto geringer sind auch die Erfolgsaussichten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (Templeton et al. 1996; van Noord-Zaadstra et al. 1991). Deshalb wird bei Frauen ab 35 Jahren mittlerweile bereits nach etwa sechs Monaten unverhüteten Geschlechtsverkehrs empfohlen, die Ursachen abklären zu lassen (Gnoth et al. 2004: 277). Wenn die Paare das

Alter der Frau als Risikofaktor berücksichtigen, sollte sich folglich mit dem Alter der Frau die Dauer des Entscheidungsprozesses verkürzen. Anders als erwartet zeigte sich kein linearer verkürzender, sondern ein u-förmiger Zusammenhang des Alters der Frau mit der Dauer. Bis zu einem Alter von etwa 35 Jahren nimmt die Dauer ab, wird dann bei den älteren Paaren jedoch wieder länger. Auch die Ergebnisse anderer Studien zur zeitlichen Dimension deuten darauf hin, dass ältere von Infertilität betroffene Frauen nicht schneller medizinische Hilfe suchen als jüngere Frauen (Costa et al. 2013: 57; Domar et al. 2012: 1078). Interessant ist in diesem Zusammenhang die Analyse der Unterschiede in der Dauer des Entscheidungsprozesses zwischen den fünf oben beschriebenen Paartypen. Der jüngste Paartyp der jungen Familienorientierten weist die längste mittlere Dauer auf. Im Vergleich zu dieser Gruppe ist die Dauer bei den wesentlich älteren Neu-/Spätstartern deutlich verkürzt. Die Aufschieber, der älteste Paartyp, unterscheiden sich dagegen nicht signifikant von den jungen Familienorientierten. Auch das spricht für einen nicht-linearen Alterseffekt. Dieser sollte trotzdem mit Vorsicht interpretiert werden, denn er ist zwar in der Mehrzahl der gezeigten Modelle, aber nicht in allen, statistisch signifikant, was darauf hindeutet, dass er von anderen Merkmalen der Paare moderiert wird.

Weiterhin beschäftigten sich die Analysen mit der Frage, inwieweit der Entscheidungsprozess zur Nutzung der Reproduktionsmedizin von den hohen Behandlungskosten und besonders für gesetzlich Versicherte von den deutschen Regelungen zur Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen abhängt. Die von Revermann und Hüsing (2011: 99) in einer Studie des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag aufgestellte These, dass Paare aufgrund der Behandlungskosten die Entscheidung für eine Behandlung verzögern, konnte anhand der PinK-Daten differenziert untersucht werden und für bestimmte Gruppen bestätigt werden. Es stellte sich heraus, dass der Versicherungsstatus des Paares keinen eigenständigen Einfluss auf die Dauer des Entscheidungsprozesses hat. Gesetzlich versicherte Paare unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht von der aus Fallzahlgründen zusammengefassten Gruppe der privat oder gemischt versicherten Paare. Zu beachten ist jedoch, dass die Gruppe der privat oder gemischt versicherten Paare in der Analysestichprobe überwiegend aus gemischt versicherten Paaren besteht. Privat versicherte Paare haben relativ gute Chancen auf eine vollständige Kostenübernahme, während sich die Kostenübernahme bei gemischt versicherten Paaren äußerst kompliziert gestalten kann, da die Bedingungen beider Versicherungstypen berücksichtigt werden müssen, die sich in ihrem Verständnis von Infertilität und den diesbezüglichen Regelungen grundsätzlich unterscheiden (ebd.: 217; siehe auch Kapitel 2.3.1).

Für gesetzlich versicherte Paare sind die statusbezogenen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme von besonderer Bedeutung. Die Paare müssen verheiratet und beide Partner müssen mindestens 25 Jahre alt sein. Zusätzlich darf die Frau höchstens 40 und der Mann höchstens 50 Jahre alt sein. Die Bedingungen werden von 45,7 % der gesetzlich versicherten Paare zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich erstmals Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft machen, nicht erfüllt. Bei jenen, welche die Bedingungen nicht erfüllen, ist bei fast allen (93 %) der Ehestatus relevant. Diese Paare weisen einen deutlich verlängerten Entscheidungsprozess auf. Es ist stark davon auszugehen, dass es die vollständig selbst zu tragenden Kosten sind, welche die Paare die Vor- und Nachteile einer Behandlung stärker abwägen und sie mit dem Besuch in einem Kinderwunschzentrum zögern lassen. Dass sich der Ehestatus bei den gesetzlich versicherten, jedoch nicht bei den privat beziehungsweise gemischt versicherten Paaren als relevant erwies, spricht gegen einen universellen „Kultureffekt“ in Bezug auf die Ehe. Die Annahme, dass sich verheiratete Paare generell schneller für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden, weil die Ehe als geeigneter Rahmen für eine Geburt wahrgenommen wird, konnte nicht bestätigt werden.

Weiterhin zeigten die Analysen, dass ökonomisch besser gestellte Paare sich zügiger für den Besuch eines Kinderwunschzentrums entscheiden. Ein deutlicher Hinweis darauf, dass ihnen die Entscheidung – unter Unsicherheit über die tatsächlich anfallenden Kosten – leichter fällt, weil sie sich die Behandlung eher leisten können. Bei einer spezifischen Gruppe kommt es nun zu einer Kumulation von Nachteilen: Paare, die gesetzlich versichert sind, die Voraussetzungen für die Kostenübernahme aufgrund des Ehestatus nicht erfüllen und die ökonomisch schlechter gestellt sind, weisen einen besonders langen Entscheidungsprozess auf. Die hier vorgestellten Befunde bestätigen auf der Mikroebene, was Makroanalysen zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform im Jahr 2004 zeigten: die große Bedeutung finanzieller Aspekte im Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin (Dietrich/Wevers 2010; Griesinger et al. 2007). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Paare sich bereits vor dem Besuch im Kinderwunschzentrum mit den Behandlungskosten auseinandersetzen und diese bei ihrer Entscheidung berücksichtigen (vgl. Ullrich 2012: 136f). Basierend auf den vorgestellten Befunden ist von ungleichen Nutzungsbedingungen für zwei Gruppen auszugehen: ökonomisch schlechter gestellte Paare und gesetzlich versicherte Paare, welche die Voraussetzungen für die Kostenübernahme nicht erfüllen. Besonders benachteiligt ist die Schnittmenge beider Gruppen. Aufgrund der Regelungen zur Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der die Mehrzahl aller Deutschen versichert ist, haben diese Paare im Vergleich schlechtere Bedingungen, ihren Kinderwunsch zu realisieren.

Neben den finanziellen Aspekten bestand ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt in der Analyse der Paarinteraktion und deren Auswirkungen auf die Dauer des Entscheidungsprozesses. Die Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe verlangt von den Partnern, dass diese in einen komplexen und möglicherweise langwierigen Aushandlungsprozess eintreten, in dem Bedürfnisse und Interessen abgeglichen und Informationen eingeholt werden und am Ende eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden muss (Sol Olafsdottir et al. 2012: 84). Die Dynamik der Paarinteraktion ist entsprechend für die Dauer des Entscheidungsprozesses relevant und wurde anhand der Paardaten untersucht.

Die Analysen zeigten, dass die Dauer des Gesamtprozesses maßgeblich davon abhängt, wie die Paare in den Prozess infertilitätsbezogenen generativen Handelns starten. Wenn die Partner mit zeitlichem Abstand ein Problem bei der Umsetzung des Kinderwunsches wahrnehmen, verschieben sich der Zeitpunkt, ab dem infertilitätsbezogenes generatives Handeln auf Paarebene möglich ist und auch die gemeinsame Entscheidung für die Nutzung der medizinischen Hilfe deutlich nach hinten. Es ist dabei nicht relevant, ob die Frau oder der Mann sich zuerst Sorgen gemacht hat. Allerdings ist die durchschnittliche Dauer des Entscheidungsprozesses vergleichsweise kurz, wenn ein Partner angibt, dass ihn die Wahrnehmung von Sorgen nicht betrifft. Da dies fast immer der Mann war, deutet sich hier an, dass Paare, in denen der Mann den „Themenkomplex Schwangerschaft“ der Frau überlässt, sich vergleichsweise schnell an ein Kinderwunschzentrum wenden. Die Paarinteraktion in der Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems und deren Auswirkungen auf den Entscheidungsprozess wurden bislang nur in wenigen qualitativen Arbeiten untersucht (Sandelowski 1995; Sol Olafsdottir et al. 2012). Nach Kenntnis der Autorin ist dies die erste quantitative Arbeit zu infertilitätsbezogenem generativem Handeln, in der dieser Aspekt berücksichtigt wurde.

An dieses Ergebnis anknüpfend stellt sich die Frage, warum 42,1 % der analysierten Paare in ihrer Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems zeitlich nicht synchron sind. Wahrscheinlich sind für die Erklärung der unterschiedlichen Wahrnehmung der Partner mehrere Faktoren relevant. Es ist anzunehmen, dass die Wahrnehmung eines Fertilitätsproblems maßgeblich davon abhängt, wie der Kinderwunsch ausgeprägt ist und wie bewusst und aktiv die Paare diesen verfolgen und zu realisieren versuchen (vgl. Abbildung 4-1). Wird eine Schwangerschaft zwar zugelassen, aber nicht forciert, wird es länger dauern, bis das

Paar ein Fertilitätsproblem wahrnimmt als wenn es ganz gezielt versucht, schwanger zu werden. Auf Paarebene kann Ungleichzeitigkeit ein Hinweis darauf sein, dass die Kinderwünsche der Partner unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Ist der Kinderwunsch eines Partners nicht besonders stark, wird er das Ausbleiben der Schwangerschaft nicht sofort als Problem wahrnehmen. Zu beachten ist auch, dass das Erkennen eines Fertilitätsproblems besonders schwierig ist, da es sich hierbei um eine „non-event transition“ (Koropatnick et al. 1993, nach Greil/McQuillan 2010: 141) handelt. Manche verdrängen das Problem auch, weil sie Angst vor der Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit haben und mögliche Konsequenzen scheuen (Bunting/Boivin 2007: 1666).

Weitere Belege für die Bedeutung der Paarinteraktion ergeben sich aus den Analysen zu den Einstellungsvariablen. Aus der bisherigen Forschung zur Nutzung medizinischer Hilfe liegen zu subjektiven Indikatoren nur sehr wenige Befunde vor (vgl. Kapitel 3), weshalb die Analysen hierzu ein Stück weit explorativen Charakter haben. Es wurde für die interessierenden Variablen, soweit möglich, untersucht, ob sich bei beiden Geschlechtern ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung zeigt und anhand eines Paarindicators wurden die Auswirkungen von Übereinstimmung und Nicht-Übereinstimmung der Partner in den subjektiven Indikatoren analysiert.

Für drei der untersuchten Indikatoren – die Wahrnehmung von Stigma, weitere gewünschte Kinder und traditionelle Geschlechterrollenvorstellungen – zeigt sich unter Kontrolle des anderen Geschlechtes nur für den Mann ein deutlicher und auch statistisch relevanter Zusammenhang mit der Dauer des Entscheidungsprozesses. Zur Zahl der weiteren gewünschten Kinder wurde festgestellt, dass die Dauer, entsprechend der Erwartung, länger ist, wenn Männer sich zusätzlich zu dem aktuell unterfüllten Kinderwunsch kein weiteres Kind wünschen, im Vergleich zu Männern, die sich zwei oder mehr weitere Kinder wünschen. Auch bei den Frauen deutet sich ein entsprechender Zusammenhang an.

Bei den anderen beiden subjektiven Indikatoren weisen die Effekte nicht in die erwartete Richtung. Für die Wahrnehmung von Stigma wurde angenommen, dass diejenigen, für die Infertilität und Kinderwunschbehandlung mit Stigma belastet sind, die Auseinandersetzung mit der eigenen Infertilität scheuen und länger zögern, bevor sie ein Kinderwunschzentrum aufsuchen. Stattdessen zeigte sich, dass die Wahrnehmung von Stigma durch den Mann mit einer deutlich kürzeren Dauer des Entscheidungsprozesses einhergeht. Das Ergebnis bestätigt die Befunde zweier amerikanischer Untersuchungen, die zeigen, dass Frauen, die Infertilität als stigmatisiert wahrnehmen, häufiger medizinische Hilfe suchen (Greil et al. 2011a: 502; Greil et al. 2013: 230). Eine potenzielle Erklärung für den Zusammenhang wäre, dass Stigma als Bedrohung für die eigene Identität verstanden wird und die Betroffenen versuchen, diese Bedrohung so schnell als möglich aus der Welt zu räumen (Major/O'Brien 2005: 398f). Über den Besuch im Kinderwunschzentrum wird zwar die eigene „Unfähigkeit“ ein Kind zu zeugen offenbar, gleichzeitig bietet die Reproduktionsmedizin jedoch einen Ausweg aus der Situation des Wartens und Hoffens. Zu den Geschlechterrollenvorstellungen wurde angenommen: Je traditioneller die Vorstellungen der Partner, je wichtiger also die Familie und Kinder für das eigene Selbstverständnis, desto dringlicher wird die Realisierung des Kinderwunsches wahrgenommen. Der identifizierte gegenteilige Zusammenhang für die Einstellung der Männer lässt sich möglicherweise damit erklären, dass traditionell eingestellte Männer sich durch die Infertilität stärker in ihrer Männlichkeit und ihrem Selbstverständnis bedroht sehen (Hinton/Miller 2013: 250; Webb 1999: 15), deshalb die Auseinandersetzung mit Handlungsoptionen scheuen und eine Entscheidung aufschieben. Ein alternativer Erklärungsansatz ist, dass traditionelle Männer medizinisch-technische Eingriffe in natürliche Abläufe ablehnen und sich entsprechend schwerer tun mit der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin.

Anhand des subjektiven Indikators zur Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung (Adoption und Pflegeelternschaft) konnte erstmals untersucht werden, ob und wie es sich auswirkt, wenn diese von den Paaren in Betracht gezogen werden. Dies ist vor dem Hintergrund relevant, dass mit diesen Alternativen grundsätzlich andere Motive für eine Elternschaft verknüpft sind (Miller et al. 2008: 11). Es deutet sich an, dass Paare, in denen sich die Frau Alternativen vorstellen kann sowie in der Vorstellbarkeit übereinstimmende Paare eine längere Dauer des Entscheidungsprozesses aufweisen. Die Zusammenhänge sind jedoch in den multivariaten Analysen statistisch nicht relevant.

Anders als in der bisherigen Forschung zur Nutzung medizinischer Hilfe durch von Infertilität Betroffene wurden in dieser Arbeit nicht nur Frauen betrachtet, sondern erstmals systematisch Paare analysiert. Insgesamt sprechen die Ergebnisse deutlich für die Notwendigkeit, eine Paarperspektive auf infertilitätsbezogenes generatives Handeln einzunehmen. Anders als bislang häufig implizit angenommen, lässt sich der Entscheidungsprozess für die Nutzung medizinischer Hilfe nicht alleine durch die Merkmale der Frau erklären (Culley et al. 2013). Besonders deutlich wird dies daran, dass sich bei einigen der Indikatoren geschlechtsspezifische Effekte der Form zeigten, dass nur für Männer ein relevanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Gleichzeitig fehlen Referenzstudien bislang weitestgehend, die es ermöglichen, die Befunde zu den Männern besser einordnen zu können. Aus der vorliegenden Paaranalyse ergeben sich keine deutlichen Hinweise darauf, dass Frauen in der Paarinteraktion einen stärkeren Einfluss auf den Entscheidungsprozess für die Nutzung der Kinderwunschbehandlung ausüben als Männer. Lediglich in der Wahrnehmung von Sorgen deutet sich dies für die Paarkonstellation an, in welcher der Mann den „Themenkomplex Schwangerschaft“ der Frau überlässt. Entsprechende Beobachtungen aus qualitativen Untersuchungen konnten nicht bestätigt werden (Greil et al. 1988: 192; Lorber/Bandlamudi 1993: 44f; Sol Olafsdottir et al. 2012: 359). Generell benötigen in ihrer Disposition nicht übereinstimmende Paare mehr Zeit für den Entscheidungsprozess.

Es kann festgehalten werden, dass die Höhe der potenziell auf sie zukommenden Kosten die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin stark beeinflusst. Allerdings gilt dies nicht für alle Paare gleichermaßen. Die ökonomische Ausgangslage der Paare ist relevant und für gesetzlich versicherte Paare zusätzlich, ob sie die statusbezogenen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung erfüllen. Paare, die nicht verheiratet und deshalb in Deutschland von der Kostenersatzung ausgeschlossen sind und deren ökonomische Ausgangslage zusätzlich schlecht ist, benötigen für die Entscheidung besonders viel Zeit. Weiterhin erwies es sich als bedeutsam für die Dauer des Entscheidungsprozesses, wie die Paare in den Prozess starten: Nehmen die Paare zeitgleich ein Fertilitätsproblem wahr, dann ist die Gesamtdauer deutlich kürzer als wenn die Partner in ihrer Wahrnehmung differieren. Die Befunde verdeutlichen mithin die Wichtigkeit einer Paaranalyse, die es ermöglicht, geschlechtsspezifische Effekte zu identifizieren und die Muster der Paarinteraktion zu untersuchen.

8.2 Limitationen der Gesamtstudie und Anknüpfungspunkte für weitere Forschung

Für die Analysen dieser Arbeit wurden die Daten der Basiserhebung der PinK-Studie verwendet. Dabei handelt es sich um eine Befragung von Paaren am Anfang einer Kinderwunschbehandlung. Vergleichbare Datensätze, in denen nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch ein breites Spektrum an Einstellungsvariablen und Informationen zur sozio-

demografischen Beschreibung der Frauen, Männer und Paare vorliegen, existieren kaum. Ein Nachteil der verwendeten Daten besteht jedoch darin, dass es sich um Querschnittdaten handelt. Alle Personen haben den Fragebogen nach ihrem ersten Besuch in einem der teilnehmenden Kinderwunschzentren ausgefüllt und damit nach Abschluss des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin. Dies wirkt sich auf die Möglichkeit aus, kausale Schlüsse zu ziehen. Denn um kausal argumentieren zu können, müssen sich die erklärenden Variablen auf den Zeitpunkt der ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft beziehen, den Startpunkt des partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses. Für das Alter beider Partner, die Merkmale der Paarbiografie (Ehestatus, Beziehungsdauer, Kinder) und die Paarinteraktion zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft lässt sich basierend auf retrospektiven Angaben Kausalität herstellen. Relativ unkritisch ist die Verwendung zeitkonstanter Merkmale wie des Migrationshintergrundes. Für den Bildungsabschluss, den Versicherungsstatus und auch beim sozioökonomischen Status des Paares kann angenommen werden, dass sich der Status für die Mehrzahl der Personen zwischen dem Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft und dem Befragungszeitpunkt nicht mehr geändert hat.

Potenziell kritischer ist die mangelnde Kausalität bei den subjektiven Indikatoren, wenn auch nicht bei allen gleichermaßen. Die Fragebogenfragen, auf denen die Indikatoren für die Wahrnehmung von Zeitdruck und Stigma basieren, beziehen sich explizit auf die Zeit vor dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass die Fragen von den Studienteilnehmern trotzdem mit Bezug auf die aktuelle Situation beantwortet wurden. Die weiteren subjektiven Indikatoren messen den Status zum Zeitpunkt der Befragung, können sich also grundsätzlich in ihrer Ausprägung verändert haben. Generell ist jedoch wenig über deren zeitliche Stabilität im Kontext der eigenen Infertilitätserfahrung und infertilitätsbezogenen generativen Handelns bekannt. Für die Geschlechterrollenvorstellungen ist davon auszugehen, dass diese kurz- bis mittelfristig relativ stabil sind (Vespa 2009: 379). Indikatoren zum Kinderwunsch weisen dagegen eine relativ geringe kurzfristige Stabilität auf (Buhr/Kuhnt 2012: 294). Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass die weitere gewünschte Kinderzahl durch die Infertilitätserfahrung und die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin beeinflusst wurde. Ähnliches ist für die Wahrnehmung sozialen Drucks anzunehmen. Mit der Vorstellbarkeit von Alternativen zur Kinderwunschbehandlung sind bestimmte Motive für eine Elternschaft verknüpft, insbesondere die Motive, selbst eine Schwangerschaft zu erleben und mit dem Kind genetisch verbunden zu sein (Miller et al. 2008: 11). Diese Motive sollten kurz bis mittelfristig eher stabil sein.

Hieraus ergeben sich in mehrfacher Hinsicht Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung. Zum einen bedürfen insbesondere die Befunde zu den subjektiven Indikatoren einer weiteren Überprüfung. Idealerweise anhand von Längsschnittdaten mit mehreren Messzeitpunkten. Des Weiteren stellt die Analyse von Frauen, Männern und Paaren, die von Infertilität betroffen sind, ein interessantes Anwendungsfeld für die Analyse der kurz- bis mittelfristigen Stabilität subjektiver Indikatoren dar. Besonders interessant erscheinen hier die verschiedenen Aspekte von Kinderwünschen, denen in den sozialpsychologischen Erklärungsansätzen generativen Handelns eine zentrale Bedeutung zukommt (Ajzen/Klobas 2013; Miller et al. 2004). Da heute schon viele Paare in ihrem Lebensverlauf Infertilitätserfahrungen machen und deren Zahl tendenziell noch steigt, ist es relevant zu untersuchen, ob und wie sich Aspekte von Kinderwünschen, beispielsweise die gewünschte Kinderzahl, durch diese Erfahrung verändern. Entsprechende Analysen können somit auch unser Verständnis von Kinderlosigkeit und deren Ursachen im Lebensverlauf verbessern.

Ein Nachteil der relativ geringen Zahl von Paaren im Analysesample ist, dass nicht alle erklärenden Variablen gleichzeitig in das Modell aufgenommen werden konnten und so das Analysemodell nicht als Ganzes testbar war. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Effekte bestimmter Variablen in einem Gesamtmodell in ihrer Stärke und Signifikanz unterscheiden würden. Vertiefende Analysen zu dem hier betrachteten Entscheidungsprozess für die Nutzung der Reproduktionsmedizin anhand geeigneter Daten mit höheren Fallzahlen wären notwendig, um das vollständige Modell zu testen und mehr über bestimmte Teilaspekte zu erfahren, die in der vorliegenden Arbeit nicht detaillierter betrachtet werden konnten. Dies betrifft beispielsweise die Parität. Angesichts des Befundes der Arbeit, dass Stiefelternpaare in der Population der Paare in Kinderwunschbehandlung recht stark vertreten sind, wäre eine differenziertere Analyse von leiblichen Eltern und Stiefelternpaaren aufschlussreich. Es wäre anzunehmen, dass sich die Motive für eine Elternschaft zwischen beiden Gruppen unterscheiden und sich dies auch auf die Dauer des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin auswirkt. Die Indikatoren für die Wahrnehmung sozialen Drucks und für die Geschlechterrollenvorstellungen wiesen bei beiden Geschlechtern einen relativ hohen Anteil fehlender Werte auf. Das hatte zur Konsequenz, dass jeweils die Richtung des Zusammenhangs mit der Dauer des Entscheidungsprozesses geprüft werden konnte, jedoch nicht die Hypothesen zu Mustern der Paarinteraktion. Hier sollten weitere Analysen ansetzen.

Erwähnt werden sollte an dieser Stelle auch, dass die PinK-Daten nicht auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe basieren. Stattdessen wurden die Paare am Anfang einer Kinderwunschbehandlung direkt über Kinderwunschzentren rekrutiert. Das Ziehen einer Zufallsstichprobe für eine solch kleine und spezifische Teilgruppe der Allgemeinbevölkerung ist schwierig, zeitaufwändig und kostenintensiv. Die mit 31 % relativ niedrige Rücklaufquote der anvisierten Vollerhebung lässt vermuten, dass eine gewisse Selektivität der realisierten Stichprobe vorliegt. In Deutschland ist nur wenig über die Gesamtpopulation von Paaren in Kinderwunschbehandlung bekannt. Deshalb ist es nicht möglich, die Selektion zu beschreiben und abzuschätzen, wie gut die Gesamtpopulation durch die Teilnehmer der PinK-Studie repräsentiert wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Analysen gelten deshalb zunächst einmal für die in der PinK-Studie befragte Studienpopulation von Kinderwunschpatienten und sind nur mit Vorsicht generalisierbar auf die Gesamtpopulation aller in Deutschland von Infertilität betroffenen Paare am Anfang einer Kinderwunschbehandlung. Dies ist insbesondere bei der Beschreibung der Paare im Rahmen der ersten Forschungsfrage zu berücksichtigen. Eine weitere Überprüfung der Ergebnisse anhand repräsentativer Daten ist deshalb anzustreben.

In der Arbeit wurde ein Modell infertilitätsbezogenen generativen Handelns im Partnerschaftskontext vorgestellt, das für die Analyse des Entscheidungsprozesses für die Nutzung der Reproduktionsmedizin angewendet wurde. Die Arbeit konzentrierte sich damit auf die am häufigsten und zuerst genutzten Handlungsoptionen. Alternativen wie die Adoption eines Kindes, die Übernahme einer Pflegeelternschaft, die Orientierung an anderen Lebenszielen oder ein Partnerwechsel sollten jedoch nicht vernachlässigt werden. Sie stellen einen weiteren potenziellen Anwendungsbereich für das theoretische Modell dar. Weiterhin ist das Modell aufgrund seiner Anlage als Mehrebenenmodell auch für international vergleichende Analysen geeignet. Wie der Vergleich der institutionellen Rahmenbedingungen für die Reproduktionsmedizin in verschiedenen europäischen Ländern und den USA am Anfang der Arbeit zeigte, unterscheiden sich diese sehr deutlich (Kapitel 2.3.3). Befunde aus einem Land sind deshalb kaum auf andere Länder übertragbar. Eine international vergleichende Analyse im Rahmen des Mehrebenenmodells, welche die institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigt, kann Länderunterschiede systematisch herausarbeiten und theoretisch fundiert erklären.

Die Analysen dieser Arbeit basierten auf einem Datensatz, der nur Paare enthält, die sich für einen Besuch in einem Kinderwunschzentrum entschieden haben. Für die Untersuchung der im Rahmen dieser Arbeit formulierten Forschungsfragen waren die Daten gut geeignet. Allerdings können nur indirekt Aussagen über Paare gemacht werden, die sich zwar einmal Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft gemacht haben, aber sich nicht für die Handlungsoption Reproduktionsmedizin entschieden haben. Über diese Gruppe ist in Deutschland bis heute fast nichts bekannt (Stöbel-Richter et al. 2008: 50). In welcher Hinsicht unterscheiden sich die Nicht-Nutzer von den Nutzern? Haben sie sich mit der Option Reproduktionsmedizin auseinandergesetzt? Welche Faktoren waren für die Entscheidung gegen deren Nutzung ausschlaggebend? Verfolgen Nicht-Nutzer weiterhin ihren Kinderwunsch und wenn ja auf welchem Weg? Die Beantwortung dieser Fragen steht noch aus. Geeignete Datensätze für die Analyse der Nicht-Nutzer und auch für den weiteren in diesem Abschnitt konstatierten Forschungsbedarf sind rar, insbesondere in Deutschland. Generell wäre es wünschenswert, anhand bevölkerungsrepräsentativer Längsschnittdaten von Infertilität Betroffene mit Kinderwunsch identifizieren zu können und deren infertilitätsbezogenes generatives Handeln hinsichtlich verschiedener Handlungsoptionen zu analysieren. Ein grundsätzliches Problem besteht jedoch darin, dass der Anteil von Infertilität Betroffener an der Gesamtbevölkerung zu einem Zeitpunkt relativ gering ist und die Gruppe deshalb in Befragungen der Allgemeinbevölkerung immer nur schwach vertreten ist. Notwendig wäre deshalb eine Erhebung mit systematischem Oversampling von Personen mit Fertilitätsstörungen.

In der Diskussion der Typologie von Kinderwunschaaren lag der Schwerpunkt auf den biografischen Wegen in die Kinderwunschbehandlung. Es deutete sich jedoch auch an, dass die Paare sich in ihrer Ausgangssituation für eine Kinderwunschbehandlung unterscheiden, beispielsweise hinsichtlich ihrer ökonomischen Situation. Hier ergeben sich in einer längsschnittlichen Perspektive vielfältige Analysemöglichkeiten. Unter Berücksichtigung der Wiederholungsbefragung der PinK-Studie lässt sich untersuchen, wie sich die Ausgangssituation auf die Stressbelastung durch die Kinderwunschbehandlung oder auf den Umgang der Paartypen mit Erfolg beziehungsweise Misserfolg der Behandlung auswirkt. Weiterhin wäre es von Interesse, die Existenz der Paartypen anhand anderer Datensätze zu validieren. Ein internationaler Vergleich wäre geeignet, um Unterschiede in der Zusammensetzung der Population von Kinderwunschaaren herauszuarbeiten.

8.3 Implikationen für Gesellschaft und Politik

Es konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass die Kinderwunschbehandlung von ganz verschiedenen soziodemografischen Gruppen genutzt wird. Nicht nur ältere Paare zählen zu den Nutzern, sondern auch Elternpaare und eine relativ große Gruppe junger kinderloser Paare. In diesen Gruppen spiegeln sich gesellschaftlich prävalente Muster des Partnerschafts- und generativen Verhaltens (vgl. Kapitel 2.1). Eine besondere Rolle spielte in den Analysen der Ehestatus. Nur etwas mehr als die Hälfte aller hier untersuchten heterosexuellen Paare war zu dem Zeitpunkt, an dem sie erstmals ein Fertilitätsproblem wahrnahm, verheiratet. Das heißt, dass der Rest der Paare außerhalb der Ehe mit dem Versuch, eine Familie zu gründen, begonnen hat. Dies kann als weiterer Hinweis darauf gedeutet werden, dass die ehezentrierte Familiengründung an Bedeutung verloren hat. Kinder wachsen zwar auch heute noch häufig in heterosexuellen Partnerschaften auf, aber auch immer mehr in anderen Familienformen, wozu neben Stieffamilien auch gleichgeschlechtliche Partnerschaften zu zählen sind.

Im Kontrast zu dieser Vielfalt an Lebens- und Familienformen stehen die statusbezogenen Regelungen zur Kostenübernahme für die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung. Diese gelten auch im internationalen Vergleich als restriktiv (vgl. Kapitel 2.3.3). Für heterosexuelle Paare bedeutungsvoll ist vor allem die im SGB V festgehaltene Bindung der teilweisen Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung – unter anderem – an den Ehestatus des Paares. Das bedeutet, dass unverheiratete Paare die Kosten vollständig selbst tragen müssen. Wie gezeigt werden konnte, tun sich unverheiratete Paare deutlich schwerer mit der Entscheidung für den Besuch in einem Kinderwunschzentrum als verheiratete Paare, was sich darin ausdrückt, dass sie mehr Zeit für die Entscheidung und deren Umsetzung benötigen. Angesichts der eben angesprochenen Vielfalt an Lebensformen, die ihren Gegenpart auch in der Population von Kinderwunschpaaren findet, erscheint die staatliche Förderung der Ehe im Kontext der Reproduktionsmedizin und die damit verbundene Ungleichbehandlung verheirateter und unverheirateter Paare als nicht mehr zeitgemäß. Die Förderung der Ehe wird auch mit Verweis auf das Kindeswohl begründet (Bundessozialgericht 2014). Juristen weisen jedoch darauf hin, dass diese Verknüpfung problematisch ist, weil eine Gefährdung des Kindeswohls evidenzbasiert nachgewiesen werden müsste, um Beschränkungen des Zugangs oder die Ungleichbehandlung sozialer Gruppen zu rechtfertigen (siehe u. a. Jofer 2014: 191).

Mit der besonderen Förderung der Ehe ist ein traditionelles Verständnis von Familie verknüpft, das eine lange Tradition hat und in den 1950er und 1960er Jahren stark geprägt wurde. In dieser Zeit erlebte die klassische Kernfamilie mit zwei Kindern, der Mutter als Hausfrau und dem männlichen Familienernährer eine Hochphase. Dass ein solches ehezentriertes Verständnis von Familie bis heute noch die Kostenübernahmeregelungen prägt, ist vor dem Hintergrund heute gelebter Vielfalt als kritisch anzusehen. Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem, was der Staat als besonders schutz- und förderungswürdig ansieht und der Lebenswirklichkeit vieler Menschen. Bedenkt man, dass in Ostdeutschland Kinder noch deutlich häufiger als in Westdeutschland außerhalb der Ehe geboren werden (siehe Kapitel 2.1.2), dann ist im Osten Deutschlands die Gefahr besonders groß, eine relevante Gruppe von Paaren bei der Nutzung der Kinderwunschbehandlungen zu benachteiligen (Kentenich et al. 2004: 603). Grundsätzlich besteht für in Deutschland beim Zugang und bei der Kostenübernahme benachteiligte oder ausgeschlossene Gruppen wie Unverheiratete, Alleinstehende oder gleichgeschlechtliche Paare auch die Möglichkeit, deutsche Regelungen zu umgehen, indem sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben (Stichwort „Reproduktives Reisen“). Aufgrund des internationalen „rechtlichen Flickenteppichs“ (Pennings 2009: 15) an rechtlichen Regelungen lässt sich je nach Gruppe, Budget und gewünschter beziehungsweise zur Erfüllung des Kinderwunsches notwendiger Behandlung ein Land und eine Klinik finden, in der dies möglich ist (siehe u. a. Knoll 2008).

Für diejenigen Paare, die akut von Infertilität betroffen sind, stellt die Reproduktionsmedizin eine wichtige Möglichkeit zur Erfüllung eines Kinderwunsches dar (Trappe 2013: 346). Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Reproduktionsmedizin über die akute Betroffenheit hinaus die biografischen Gestaltungsmöglichkeiten von Paaren erweitert, ob es heute für junge Frauen tatsächlich zur Option wird, die Erfüllung eines Kinderwunsches bis Mitte, Ende dreißig aufzuschieben. Gerade für Gruppen mit langen Ausbildungszeiten und starker Erwerbsneigung, wie beispielsweise Akademikerinnen, die aktuell besonders spät Kinder bekommen, wäre das attraktiv. Diese Frage muss nach heutigem Kenntnisstand negativ beantwortet werden. Zwar kann die Reproduktionsmedizin gerade für ältere Frauen die Chancen auf eine Schwangerschaft deutlich erhöhen, insgesamt gesehen ist die Wahrscheinlichkeit einer Geburt jedoch einfach zu niedrig, als dass sie ausreichend Planungssicherheit für junge Menschen gewährleisten könnte (vgl. Abbildung 2-3, Kapitel 2.3.2).

Besonders niedrig sind die Schwangerschafts- und Geburtsraten bei der Verwendung zuvor eingefrorener Eizellen für die künstliche Befruchtung. Entsprechend vermittelt das Social Freezing, also das Einfrieren von Eizellen für eine spätere Verwendung, den Frauen möglicherweise eine falsche Sicherheit. In diesem Zusammenhang sind auch die beispielsweise mit der Eizellentnahme oder mit der Einnahme von Hormonen verbundenen gesundheitlichen Risiken für die Frau sowie psychische und finanzielle Belastungen durch die Behandlung zu berücksichtigen. Gerade die finanzielle Belastung sollte bestimmte Gruppen, wie beispielsweise die in den PinK-Daten identifizierte Gruppe der jungen familienorientierten Paare, welche im Mittel einen recht niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, besonders stark treffen. Denn die Bereitschaft von Paaren die Kinderwunschbehandlung durch Ersparnisse und Einsparungen in anderen Bereichen zu finanzieren, ist als relativ hoch anzusehen (Rauprich et al. 2010: 1228). Es kann festgehalten werden, dass die Reproduktionsmedizin kein verlässliches Instrument der Familienplanung darstellt.

Thematisiert wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des damit einhergehenden Geburtenrückgangs immer wieder die „demografische Relevanz“ der Reproduktionsmedizin. Jedoch ist das Potenzial der Reproduktionsmedizin, einen Beitrag zur Stabilisierung des Geburtenniveaus in Deutschland zu leisten, bei den aktuellen Nutzungszahlen und Erfolgsquoten als relativ begrenzt anzusehen (Beier et al. 2012: 310). Ein relevanter Anteil mittels Reproduktionsmedizin gezeugter Kinder lässt sich nur unter der relativ unrealistischen Annahme erreichen, dass alle Paare mit Fertilitätsproblem bis zu drei Behandlungen in Anspruch nehmen, um ein Kind zu bekommen. Grundsätzlich behandelt die Reproduktionsmedizin jedoch eher die Symptome eines gesellschaftlichen Problems als dessen Ursachen. Dieses Problem sehen viele darin, dass die Deutschen aus ganz verschiedenen Gründen weniger Kinder bekommen als notwendig wären, damit die Bevölkerung nicht schrumpft. Im Kontext der Reproduktionsmedizin ist besonders das lange Aufschieben von Geburten in ein höheres Alter relevant – man denke an die Paartypen der Aufschieber und Neu-/Spätstarter, bei denen das Infertilitätsrisiko deutlich erhöht ist. Das Auftreten altersbedingter Infertilität in diesen Gruppen lässt sich als Ausdruck eines Missverhältnisses des biologischen und sozialen Timings des Übergangs zur Elternschaft verstehen (Elder 1994: 6). Hinsichtlich des sozialen Timings der Familiengründung besteht grundsätzlich politischer Gestaltungsspielraum, um Paaren zu ermöglichen, früher im Lebensverlauf Kinder zu bekommen, wenn sie dies möchten. Zu denken ist hier unter anderem an eine verbesserte „Zeitpolitik“, wie sie im Achten Familienbericht thematisiert wurde (Deutscher Bundestag 2012). Die staatliche Unterstützung von Paaren bei der Finanzierung einer Kinderwunschbehandlung ist ein wichtiges Instrument, um Druck von betroffenen Paaren zu nehmen. Sie ist allerdings aus den genannten Gründen nicht als Instrument geeignet die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern (Präg/Mills 2015: 19). Die Aufklärung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist ein weiterer wichtiger Baustein (Stock et al. 2012: 437-439). Dabei sollte es nicht nur um Möglichkeiten der Vermeidung von Schwangerschaften gehen, sondern auch um die begrenzte Zeitspanne, die Frauen für die Reproduktion zur Verfügung steht, das altersabhängige Infertilitätsrisiko sowie um die Möglichkeiten und Grenzen der modernen Reproduktionsmedizin.

Für die kleine, jedoch tendenziell wachsende Gruppe der von Infertilität Betroffenen ist dagegen eine unabhängige und ausgewogene Beratung und Betreuung wichtig. Die Möglichkeiten der psychosozialen Beratung und der Psychotherapie sind den Betroffenen zwar bekannt, werden jedoch bislang zu selten genutzt (Wippermann 2014: 114). Diese Beratung sollte auf die unterschiedlichen Bedürfnisse, Lebenssituationen und finanziellen Ressourcen verschiedener soziodemografischer Gruppen eingehen, die sich auf ihr Entscheidungsverhalten und ihre Belastung durch die Behandlung auswirken können. Die hier vorgestellte

Typologie von Kinderwunschaaren bietet für die zielgruppenspezifische Ansprache hilfreiche Anknüpfungspunkte. Wie gezeigt werden konnte empfinden die Aufschieber aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters subjektiv einen höheren Zeitdruck, andererseits steht die Elternschaft für sie möglicherweise auch in einem stärkeren Konflikt zu ihren eher modernen Geschlechterrollenvorstellungen (siehe auch Gutsituierte in stabilen Partnerschaften und Neu-/Spätstarter). Für die Elternpaare ist die Situation wiederum eine ganz andere. Vor diesem Hintergrund dürfte es sinnvoll sein, beispielsweise schriftliche Informationsunterlagen in Form von Broschüren zielgruppenspezifisch auszurichten.

Literatur

- Ai, C.; Norton, E.C. (2003): Interaction terms in logit and probit models. In: *Economics Letters* 80, 1: S. 123-129.
- Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 2: S. 179-211.
- Ajzen, I. (2005): Attitudes, personality and behavior. 2. Auflage. Maidenhead: Open University Press.
- Ajzen, I. (2011): Reflections on Morgan and Bachrach's critique. In: *Vienna Yearbook of Population Research* 9: S. 63-69.
- Ajzen, I. (2012): The Theory of Planned Behavior. In: van Lange, P.A. (Hrsg.): Handbook of theories of social psychology. Los Angeles, Calif: Sage Publications, S. 438-459.
- Ajzen, I.; Klobas, J. (2013): Fertility intentions. In: *Demographic Research* 29: S. 203-232.
- Allison, P.D. (2001): Missing data. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Andersen, R. (1968): Behavioral Model of Families' use of Health Service. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Andersen, R.; Davidson, P.L. (2001): Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In: Andersen, R.; Rice, T.H.; Kominski, G.F. (Hrsg.): Changing the U.S. health care system. Key issues in health services, policy and management. San Francisco: Jossey-Bass, S. 3-30.
- Andersen, R. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? In: *Journal of health and social behavior* 36, 1: S. 1-10.
- Andersen, R.; Newman, J.F. (1973): Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 51, 1: S. 95-124.
- AOK Baden-Württemberg (2015): Künstliche Befruchtung. [<http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/kuenstliche-befruchtung-175786.php>, 09.09.2015].
- AOK Hessen (2015): Leistungen von A-Z: Künstliche Befruchtung. [<https://www.aok.de/hessen/leistungen-service/67017.php>, 09.09.2015].
- AOK Nordwest (2015): Künstliche Befruchtung. [<http://www.aok.de/nordwest/leistungen-service/leistungen-kuenstliche-befruchtung-222732.php>, 09.09.2015].
- Armstrong, D. (2003): Outline of sociology as applied to medicine. 5. Auflage. London: Arnold.
- Arránz Becker, O. (2008): Was hält Partnerschaften zusammen? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Arránz Becker, O. (2015): Determinanten und Konsequenzen von Trennung und Scheidung. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 527-562.
- Babitsch, B.; Gohl, D.; Lengerke, T.v. (2012): Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. In: *GMS Psycho-Social-Medicine* 9: S. 1-15.
- Bacher, J.; Pöge, A.; Wenzig, K. (2010): Clusteranalyse. Anwendungsorientierte Einführung in Klassifikationsverfahren. 3. Auflage. München: Oldenbourg.
- Bach, R.P. (2001): Adoption - rechtlich gesehen. [<http://www.familienhandbuch.de/familie-leben/familienformen/pflege-adoptionsfamilie/adoptionrechtlichgesehen.php>, 27.10.2015].
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R. (2011): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 13. Auflage. Berlin: Springer.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2006): (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, 20: S. A1392-1403.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2015): Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung. [<http://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientenrechte/recht-des-kindes-auf-gesundheitliche-versorgung/>, 07.09.2015].
- Balbo, N.; Billari, F.C.; Mills, M. (2013): Fertility in Advanced Societies: A Review of Research. In: *European Journal of Population* 29, 1: S. 1-38.
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.

- Bauer, G.; Jacob, M. (2010): Fertilitätsentscheidungen im Partnerschaftskontext. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 62, 1: S. 31-60.
- Bauer, G.; Kneip, T. (2013): Fertility From a Couple Perspective: A Test of Competing Decision Rules on Proceptive Behaviour. In: *European Sociological Review* 29, 3: S. 535-548.
- Bauer, G.; Kneip, T. (2014): Dyadic fertility decisions in a life course perspective. In: *Advances in Life Course Research* 21: S. 87-100.
- Bayerische Landesärztekammer (2014): Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. [http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/Berufsordnung_Final_29102014.pdf, 25.10.2015].
- Beaujouan, E.; Solaz, A. (2013): Racing Against the Biological Clock? Childbearing and Sterility Among Men and Women in Second Unions in France. In: *European Journal of Population* 29, 1: S. 39-67.
- Becker, G.S. (1960): An Economic Analysis of Fertility. In: National Bureau of Economic Research (Hrsg.): *Demographic and economic change in developed countries*. Princeton: University Press, S. 209-240.
- Becker, G.S. (1965): A Theory of the Allocation of Time. In: *The Economic Journal* 75, 299: S. 493-517.
- Becker, G.S. (1974): A Theory of Social Interactions. In: *Journal of Political Economy* 82, 6: S. 1063-1093.
- Becker, G.S. (1991): A treatise on the family. Enlarged Edition. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Becker, M.H. (1976): *Health Belief Model and Personal Health Behavior*. San Francisco: Society for Public Health Education.
- Beier, H.M.; van den Daele, W.; Diedrich, K.; Dudenhausen, J.W.; Felberbaum, R.E.; Gigerenzer, G.; Gille, G. et al. (2012): Medizinische und biologische Aspekte der Fertilität. In: Stock, G.; Bertram, H.; Fürnkranz-Prskawetz, A.; Holzgreve, W.; Kohli, M.; Staudinger, U.M. (Hrsg.): *Zukunft mit Kindern. Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 294-390.
- Berg Brigham, K.; Cadier, B.; Chevreul, K. (2013): The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. In: *Human Reproduction* 28, 3: S. 666-675.
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2007): *Ungewollt kinderlos – Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?* Berlin: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Bernardi, L. (2003): Channels of Social Influence on Reproduction. In: *Population Research and Policy Review* 22, 5/6: S. 427-555.
- Bernardi, L.; Klaerner, A. (2014): Social networks and fertility. In: *Demographic Research* 30: S. 641-670.
- Bertram, H.; Bujard, M.; Rösler, W. (2011): Rush-hour des Lebens: Geburtenaufschub, Einkommensverläufe und familienpolitische Perspektiven. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 8, 2: S. 112-122.
- Best, H.; Wolf, C. (2010): Logistische Regression. In: Wolf, C.; Best, H. (Hrsg.): *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 827-854.
- Beyer, D.A.; Griesinger, G.; Felberbaum, R.E.; Diedrich, K. (2013): Fertilitätserhalt in der Onkologie. In: Diedrich, K.; Ludwig, M.; Griesinger, G. (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. Berlin: Springer Medizin, S. 536-544.
- BGB – Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S.738), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3719).
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (2008): *Bevölkerung - Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel in Deutschland*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (2012): *(Keine) Lust auf Kinder? – Geburtenentwicklung in Deutschland*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (2016): *Bevölkerungsentwicklung 2016. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

- Billari, F.C.; Kohler, H.-P.; Andersson, G.; Lundström, H. (2007): Approaching the Limit: Long-Term Trends in Late and Very Late Fertility. In: *Population and Development Review* 33, 1: S. 149-170.
- Bitler, M.P.; Schmidt, L. (2006): Health disparities and infertility: impacts of state-level insurance mandates. In: *Fertility and Sterility* 85, 4: S. 858-865.
- Bitler, M.P.; Schmidt, L. (2012): Utilization of infertility treatments: the effects of insurance mandates. In: *Demography* 49, 1: S. 125-149.
- Blackburn, M.L. (2007): Estimating wage differentials without logarithms. In: *Labour Economics* 14, 1: S. 73-98.
- Blau, P.M. (1964): *Exchange and Power in social life*. New York: Wiley.
- Blohm, M.; Harkness, J.; Klein, S.; Scholz, E. (2004): Konzeption und Durchführung der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) 2002. Mannheim.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012): Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion. [<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/templates/pdf/Fo%CC%88rderrichtlinie.pdf>, 24.11.2015].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2014): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/_C3_9Cbereinkommen-C3_BCber-die-Rechte-des-Kindes.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, 24.11.2015].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2015): Förderung in den Ländern. [<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/unterstuetzung/>, 24.11.2015].
- Boivin, J.; Bunting, L.; Collins, J.A.; Nygren, K.G. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. In: *Human Reproduction* 22, 6: S. 1506-1512.
- Bongaarts, J. (1978): A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. In: *Population and Development Review* 4, 1: S. 105.
- Borchardt, A.; Stöbel-Richter, Y. (2004): Die Genese des Kinderwunsches bei Paaren – eine qualitative Studie. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft 114: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Braun, M.; Scott, J.; Alwin, D.F. (1994): Economic necessity or self-actualization? Attitudes toward women's labour-force participation in East and West Germany. In: *European Sociological Review* 10, 1: S. 29-47.
- Broscheid, A.; Gschwend, T. (2003): Augäpfel, Murmeltiere und Bayes: Zur Auswertung stochastischer Daten aus Vollerhebungen. MPIfG working paper, 03/7. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Bruckert, E. (1991): How frequent is unintentional childlessness in Germany? In: *Andrologia* 23, 3: S. 245-250.
- Brüderl, J. (2000): Regressionsverfahren in der Bevölkerungswissenschaft. In: Mueller, U.; Nauck, B.; Diekmann, A. (Hrsg.): *Handbuch der Demographie 1. Modelle und Methoden*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 589-642.
- Brüderl, J.; Klein, T. (2003): Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland 1960-2000. In: Bien, W. (Hrsg.): *Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey*. Opladen: Leske + Budrich, S. 189-217.
- Buber, I.; Fürnkranz-Prskawetz, A. (2000): Fertility in second unions in Austria. In: *Demographic Research* 3: o. S.
- Buckett, W.; Bentick, B. (1997): The epidemiology of infertility in a rural population. In: *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 76, 3: S. 233-237.
- Buhr, P.; Kuhnt, A.-K. (2012): Die kurzfristige Stabilität des Kinderwunsches von Kinderlosen in Ost- und Westdeutschland: eine Analyse mit den ersten beiden Wellen des deutschen Beziehungs- und Familienpanels. In: *Sonderheft Zeitschrift für Familienforschung* 9: S. 275-297.
- Bujard, M. (2011): *Geburtenrückgang und Familienpolitik*. 1. Auflage. Baden-Baden, Heidelberg: Nomos.

- Bujard, M.; Lück, D. (2015a): Kinderlosigkeit und Kinderreichtum: Zwei Phänomene und ihre unterschiedlichen theoretischen Erklärungen. BiB Working Paper, 1/2015. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Bujard, M.; Lück, D. (2015b): Kinderlosigkeit und Kinderreichtum: Gründe und Daten für eine paritätsspezifische Fertilitätsforschung. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 27, 3: S. 255-269.
- Bujard, M.; Passet, J. (2013): Wirkungen des Elterngelds auf Einkommen und Fertilität. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 25, 2: S. 212-237.
- Bujard, M.; Sulak, H. (2016): Mehr Kinderlose oder weniger Kinderreiche? Eine Dekomposition der demografischen Treiber in unterschiedlichen Phasen des Geburtenrückgangs in Deutschland. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 68: S. 487-514.
- Bundesministerium der Justiz (2008): Bekanntmachung des Handbuchs der Rechtsförmlichkeit. In: *Bundesanzeiger* 60, 160a.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag Juli 2012). [<http://bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, 25.06.2014].
- Bundessozialgericht (2014): Krankenversicherung – Versagung einer Satzungsgenehmigung. Aktenzeichen: B 1 A 1/14 R. [<http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=13724>, 16.01.2016].
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012): Sehnsucht nach einem Kind. Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin: BZgA.
- Bunting, L.; Boivin, J. (2007): Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. In: *Human Reproduction* 22, 6: S. 1662-1668.
- Burkart, G. (1994): Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien. Stuttgart: Enke.
- Bushnik, T.; Cook, J.; Hughes, E.; Tough, S. (2012): Seeking medical help to conceive. In: *Health Reports* 23, 4: S. 7-13.
- Carlsen, E.; Giwercman, A.; Keiding, N.; Skakkebaek, N.E. (1992): Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 305, 6854: S. 609-613.
- Chambers, G.M.; Hoang, V.; Zhu, R.; Illingworth, P.J. (2012): A reduction in public funding for fertility treatment - an econometric analysis of access to treatment and savings to government. In: *BMC Health Services Research* 12, 1: S. 142.
- Chambers, G.M.; Sullivan, E.A.; Ishihara, O.; Chapman, M.G.; Adamson, G.D. (2009): The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. In: *Fertility and Sterility* 91, 6: S. 2281-2294.
- Chandra, A.; Stephen, E.H. (2010): Infertility service use among U.S. women: 1995 and 2002. In: *Fertility and Sterility* 93, 3: S. 725-736.
- Connolly, M.P.; Griesinger, G.; Ledger, W.L.; Postma, M. (2009): The impact of introducing patient co-payments in Germany on the use of IVF and ICSI: a price-elasticity of demand assessment. In: *Human Reproduction* 24, 11: S. 2796-2800.
- Connolly, M.P.; Hoorens, S.; Chambers, G.M. (2010): The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. In: *Human Reproduction Update* 16, 6: S. 603-613.
- Conrad, P. (1992): Medicalization and Social Control. In: *Annual Review of Sociology* 18: S. 209-232.
- Corijn, M.; Liefbroer, A.C.; Gierveld, J.d. (1996): It Takes Two to Tango, Doesn't It? The Influence of Couple Characteristics on the Timing of the Birth of the First Child. In: *Journal of Marriage and Family* 58, 1: S. 117-126.
- Costa, M.; Chiaffarino, F.; Stefano, C. de; Parazzini, F. (2013): Timing, characteristics and determinants of infertility diagnostic work up before admission to eleven second-level assisted reproductive techniques (ART) centres in Italy. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 167, 1: S. 53-58.
- Culley, L.; Hudson, N.; Lohan, M. (2013): Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. In: *Reproductive BioMedicine Online* 27, 3: S. 225-235.

- Davies, M.J.; deLacey, S.L.; Norman, R.J. (2005): Towards less confusing terminology in reproductive medicine: Clarifying medical ambiguities to the benefit of all. In: *Human Reproduction* 20, 10: S. 2669-2671.
- Deutscher Bundestag (1989): Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG). Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 11/5640).
- Deutscher Bundestag (1990): Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990). Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 11/6760).
- Deutscher Bundestag (2012): Achter Familienbericht. Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 17/9000).
- Dickmann, A. (2003): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dietrich, E.S.; Wevers, W. (2010): Effects of the Statutory Health Insurance Modernization Act on the supply and expenditure situation in cases of assisted reproductive technologies in Germany. In: *Fertility and Sterility* 93, 3: S. 1011-1013.
- Diewald, M.; Wehner, S. (1996): Verbreitung und Wechsel von Lebensformen im jüngeren Erwachsenenalter – Der Zeitraum von 1984 bis 1993. In: Zapf, W. (Hrsg.): *Lebenslagen im Wandel. Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt: Campus-Verlag, S. 125-146.
- DIR (Deutsches IVF Register) (2014): Jahrbuch 2013 und zurückliegende Jahrgänge. [<http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch-archiv.php>, 27.11.2015].
- Domar, A.; Gordon, K.; Garcia-Velasco, J.; La Marca, A.; Barriere, P.; Beligotti, F. (2012): Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. In: *Human Reproduction* 27, 4: S. 1073-1079.
- Dondorp, W.; Wert, G. de; Pennings, G.; Shenfield, F.; Devroey, P.; Tarlatzis, B.C.; Barri, P. (2010): Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. In: *Human Reproduction* 25, 3: S. 578-583.
- Dorbritz, J. (2008): Germany: Family diversity with low actual and desired fertility. In: *Demographic Research* 19: S. 557-598.
- Dorbritz, J.; Panova, R.; Passet-Wittig, J. (2015): Gewollt oder ungewollt? Der Forschungsstand zu Kinderlosigkeit (2. überarbeitete Auflage). BiB Working Paper, 2/2015. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Dorbritz, J.; Ruckdeschel, K. (2007): Kinderlosigkeit in Deutschland – Ein europäischer Sonderweg? Daten, Trends und Gründe. In: Konietzka, D.; Kreyenfeld, M. (Hrsg.): *Ein Leben ohne Kinder. Kinderlosigkeit in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 45-82.
- Dorbritz, J.; Ruckdeschel, K. (2015): Heirat, Haus, Kinder? Leitbilder der Familiengründung und der Familienerweiterung. In: Schneider, N.F.; Diabaté, S.; Ruckdeschel, K. (Hrsg.): *Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben*. Opladen, Berlin: Verlag Barbara Budrich, S. 133-154.
- Dunson, D.B.; Baird, D.D.; Colombo, B. (2004): Increased infertility with age in men and women. In: *Obstetrics and gynecology* 103, 1: S. 51-56.
- Easterlin, R.A.; Pollak, R.A.; Wachter, M.L. (1987): Toward a More General Economic Model of Fertility Determination: Endogenous Preferences and Natural Fertility. In: Easterlin, R.A. (Hrsg.): *Population and economic change in developing countries*. Chicago: University of Chicago Press, S. 81-150.
- Eggen, B.; Rupp, M. (2006): *Kinderreiche Familien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Elder, G.H. (1994): Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. In: *Social Psychology Quarterly* 57, 1: S. 4-15.
- Elder, G.H.; Kirpatrick Johnson, M.; Crosnoe, R. (2003): The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer, J.T.; Shanahan, M.J. (Hrsg.): *Handbook of the Life Course*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, S. 3-16.
- Elff, M. (2015): Estimation techniques: Ordinary least squares and maximum likelihood. In: Best, H.; Wolf, C. (Hrsg.): *The Sage handbook of regression analysis and causal inference*. Los Angeles: Sage Reference, S. 7-30.

- Enders, C.K. (2010): Applied missing data analysis. New York: Guilford Press.
- Engelhardt, M.v. (2010): Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, B.; Zirfas, J. (Hrsg.): Schlüsselwerke der Identitätsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 123-140.
- ESchG – Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228).
- ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) (2014): Assisted Reproductive Technology (ART) – Glossary. [<http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-glossary.aspx>, 07.03.2014].
- ESHRE Capri Workshop Group (2005): Fertility and ageing. In: *Human Reproduction Update* 11, 3: S. 261-276.
- Esser, H. (1990): „Habits“, „Frames“ und „Rational Choice“ – Die Reichweite von Theorien der rationalen Wahl (am Beispiel der Erklärung des Befragtenverhaltens). In: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 4: S. 231-247.
- Esser, H. (1999a): *Situationslogik und Handeln*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Esser, H. (1999b): *Soziologie. Allgemeine Grundlagen*. 3. Auflage. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Esser, H. (2000): *Institutionen*. Studienausg. Frankfurt u.a: Campus-Verlag.
- Europäisches Parlament (2004): Richtlinie 2004/23/EG des europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen. *Amtsblatt der europäischen Union*, L 102/48.
- Ferraretti, A.P.; Goossens, V.; Kupka, M.S.; Bhattacharya, S.; Mouzon, J. de; Castilla, J.A.; Erb, K. et al. (2013): Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE. In: *Human Reproduction* 28, 9: S. 2318-2331.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley.
- Fisher, A.P. (2003): Still “Not Quite As Good As Having Your Own”? Toward a Sociology of Adoption. In: *Annual Review of Sociology* 29, 1: S. 335-361.
- Foa, E.B.; Foa, U.G. (2012): Resource Theory of Social Exchange. In: Törnblom, K.; Kazemi, A. (Hrsg.): *Handbook of Social Resource Theory*. New York: Springer, S. 15-32.
- Fox, J. (1997): *Applied regression analysis, linear models, and related methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Frejka, T. (2008): Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe. In: *Demographic Research* 19: S. 73-84.
- Frejka, T.; Sobotka, T. (2008): Overview Chapter 1: Fertility in Europe. In: *Demographic Research* 19: S. 15-46.
- Fried, E.S.; Udry, J.R. (1980): Normative pressures on fertility planning. In: *Population and Environment* 3, 3-4: S. 199-209.
- Frommel, M.; Taupitz, J.; Ochsner, A.; Geithövel, F. (2010): Rechtslage der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 7, 2: S. 96-105.
- Ganzeboom, H.B.; Graaf, P.M. de; Treiman, D.J. (1992): A standard international socio-economic index of occupational status. In: *Social Science Research* 21, 1: S. 1-56.
- Gauthier, A.H. (2007): The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. In: *Population Research and Policy Review* 26, 3: S. 323-346.
- Geis, A. (2011): *Handbuch für die Berufsvercodung (Stand März 2011)*. Mannheim: GESIS.
- Gelberg, L.; Andersen, R.M.; Leake, B.D. (2000): The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. In: *Health Services Research* 34, 6: S. 1273-1302.
- Glick, H.A. (2014): *Economic evaluation in clinical trials*. 2. Auflage. Oxford: Oxford University Press.
- Gnoth, C.; Frank-Herrmann, P.; Freundl, G.; Friol, K.; Godehardt, E.; Tigges, J. (2004): Zur Definition und Prävalenz von Subfertilität und Infertilität. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 1, 4: S. 272-278.

- Gnoth, C.; Godehardt, D.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Freundl, G. (2003): Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. In: *Human Reproduction* 18, 9: S. 1959-1966.
- Godwin, D.D.; Scanzoni, J. (1989): Couple Consensus during Marital Joint Decision-Making: A Context, Process, Outcome Model. In: *Journal of Marriage and Family* 51, 4: S. 943-956.
- Graham, J.W. (2012): Missing Data. Analysis and Design. New York, NY: Springer.
- Greil, A.L. (1997): Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. In: *Social Science & Medicine* 45, 11: S. 1679-1704.
- Greil, A.L.; Leitko, T.A.; Porter, K.L. (1988): Infertility: His and Hers. In: *Gender & Society* 2, 2: S. 172-199.
- Greil, A.L.; McQuillan, J. (2004): Help-Seeking Patterns among Subfecund Women. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 22, 4: S. 305-319.
- Greil, A.L.; McQuillan, J. (2010): "Trying" Times. In: *Medical Anthropology Quarterly* 24, 2: S. 137-156.
- Greil, A.L.; McQuillan, J.; Benjamins, M.; Johnson, D.R.; Johnson, K.M.; Heinz, C.R. (2010a): Specifying the effects of religion on medical helpseeking: The case of infertility. In: *Social Science & Medicine* 71, 4: S. 734-742.
- Greil, A.L.; Slauson-Blevins, K.S.; McQuillan, J. (2010b): The experience of infertility: a review of recent literature. In: *Sociology of Health & Illness* 32, 1: S. 140-162.
- Greil, A.L.; McQuillan, J.; Shreffler, K.M.; Johnson, K.M.; Slauson-Blevins, K.S. (2011a): Race-Ethnicity and Medical Services for Infertility: Stratified Reproduction in a Population-based Sample of U.S. Women. In: *Journal of Health and Social Behavior* 52, 4: S. 493-509.
- Greil, A.L.; McQuillan, J.; Slauson-Blevins, K.S. (2011b): The Social Construction of Infertility. In: *Sociology Compass* 5, 8: S. 736-746.
- Greil, A.L.; Shreffler, K.M.; Johnson, K.M.; McQuillan, J.; Slauson-Blevins, K.S. (2013): The Importance of Social Cues for Discretionary Health Services Utilization: The Case of Infertility. In: *Sociological Inquiry* 83, 2: S. 209-237.
- Griesinger, G.; Diedrich, K.; Altgassen, C. (2007): Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004. In: *Human Reproduction* 22, 11: S. 3027-3030.
- Griesinger, G.; Fellerbaum, H.H.; Diedrich, K. (2008): Reproduktionsmedizin in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Diedrich, K.; Felberbaum, R.E.; Griesinger, G.; Hepp, H.; Krefß, H.; Riedel, U. (Hrsg.): Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 22-61.
- Gunnell, D.J.; Ewings, P. (1994): Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. In: *Journal of public health medicine* 16, 1: S. 29-35.
- Gurunath, S.; Pandian, Z.; Anderson, R.A.; Bhattacharya, S. (2011): Defining infertility - a systematic review of prevalence studies. In: *Human Reproduction Update* 17, 5: S. 575-588.
- Gust, U.; Kücking, M. (2015): Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Krankenversicherung - Voraussetzung und Finanzierung. In: Rupp, M.; Mayer-Lewis, B. (Hrsg.): Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 89-105.
- Habbema, J.D.; Collins, J.A.; Leridon, H.; Evers, J.L.; Lunenfeld, B.; te Velde, E.R. (2004): Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. In: *Fertility and Sterility* 82, 1: S. 36-40.
- Hagestad, G.O.; Call, V.R. (2007): Pathways to Childlessness: A Life Course Perspective. In: *Journal of Family Issues* 28, 10: S. 1338-1361.
- Halman, L.J.; Abbey, A.; Andrews, F.M. (1992): Attitudes about infertility interventions among fertile and infertile couples. In: *American journal of public health* 82, 2: S. 191-194.
- Hardin, J.W.; Hilbe, J.M. (2012): Generalized linear models and extensions. 3. Auflage. College Station: Stata Press.

- Hardt, J.; Herke, M.; Leonhart, R. (2012): Auxiliary variables in multiple imputation in regression with missing X: a warning against including too many in small sample research. In: *BMC medical research methodology* 12: S. 184.
- Hassan, M.A.; Killick, S.R. (2004): Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. In: *Fertility and Sterility* 81, 2: S. 384-392.
- Hasse, R.; Krücken, G. (2008): Institutionen. In: Baur, N.; Korte, H.; Löw, M.; Schroer, M. (Hrsg.): *Handbuch Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 163-182.
- Helfferrich, C. (2001): *Frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA*. Köln: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Helfferrich, C.; Klindworth, H.; Wunderlich, H. (2004): *Männer leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung - Basisbericht*. Köln: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Helms, T. (2010): Die künstliche Befruchtung aus familienrechtlicher Sicht: Probleme und Perspektiven. In: Röthel, A.; Löhnig, M.; Helms, T. (Hrsg.): *Ehe, Familie, Abstammung – Blicke in die Zukunft*. Frankfurt am Main: Metzner, S. 49-70.
- Herter-Eschweiler, R. (1998): *Die langfristige Geburtenentwicklung in Deutschland. Der Versuch einer Integration bestehender Erklärungsansätze zum generativen Verhalten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heun, W. (2008): Restriktionen assistierter Reproduktion aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, C. (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind – Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Hill, P.B.; Kopp, J. (2013): *Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven*. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Hinton, L.; Miller, T. (2013): Mapping men's anticipations and experiences in the reproductive realm: (in)fertility journeys. In: *Reproductive BioMedicine Online* 27, 3: S. 244-252.
- Hoem, J.M. (2008a): Overview Chapter 8: The impact of public policies on European fertility. In: *Demographic Research* 19: S. 249-260.
- Hoem, J.M. (2008b): Preface: Childbearing Trends and Policies in Europe. In: *Demographic Research, Special Collection 7*: S. 1-4.
- Höhn, C.; Dorbritz, J. (1995): Zwischen Individualisierung und Institutionalisierung – Familiendemographische Trends im vereinten Deutschland. In: Nauck, B.; Onnen-Isemann, C. (Hrsg.): *Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung*. Neuwied u.a.: Luchterhand, S. 149-174.
- Homans, G.C. (1972): *Elementarformen sozialen Verhaltens*. 2. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Homans, G.C.; Davies, M.J.; Norman, R.J. (2007): The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. In: *Human Reproduction Update* 13, 3: S. 209-223.
- Homburg, R. (2005): Towards less confusing terminology in reproductive medicine: A counter proposal. In: *Human Reproduction* 20, 2: S. 316-319.
- Horton, N.J.; Kleinman, K.P. (2007): Much Ado About Nothing: A Comparison of Missing Data Methods and Software to Fit Incomplete Data Regression Models. In: *The American Statistician* 61, 1: S. 79-90.
- Huber, P.J. (1967): The behavior of maximum likelihood estimates under nonstandard conditions. In: Cam, L.; Neyman, J.; University of California Statistical Laboratory (Hrsg.): *Proceedings of the fifth Berkeley Symposium on mathematical statistics and probability*. Berkeley: University of California Press, S. 221-233.
- Huinink, J.; Feldhaus, M. (2009): Family Research from the Life Course Perspective. In: *International Sociology* 24, 3: S. 299-324.
- Huinink, J.; Kohli, M. (2014): A life-course approach to fertility. In: *Demographic Research* 30: S. 1293-1326.
- Huinink, J.; Wagner, M. (1998): Individualisierung und Pluralisierung von Familienformen. In: Friedrichs, J. (Hrsg.): *Die Individualisierungs-These*. Opladen: Leske + Budrich, S. 85-106.
- Jain, T. (2006): Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. In: *Fertility and Sterility* 85, 4: S. 876-881.

- Jain, T.; Hornstein, M.D. (2005): Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. In: *Fertility and Sterility* 84, 1: S. 221-223.
- Jann, B. (2009): Diagnostik von Regressions-schätzungen bei kleinen Stichproben (mit einem Exkurs zu logistischer Regression). In: Kriwy, P.; Gross, C. (Hrsg.): Klein aber fein! Quantitative empirische Sozialforschung mit kleinen Fallzahlen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93-126.
- Jann, B. (2010): Robuste Regression. In: Wolf, C.; Best, H. (Hrsg.): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 707-740.
- Jansen, M.; Liefbroer, A.C. (2006): Couples' Attitudes, Childbirth, and the Division of Labor. In: *Journal of Family Issues* 27, 11: S. 1487-1511.
- Jensen, T.K.; Andersson, A.; Jorgensen, N.; Andersen, A.N.; Carlsen, E.; Petersen, J.; Skakkebaek, N.E. (2004): Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men. In: *Fertility and Sterility* 82, 4: S. 863-870.
- Jofer, P. (2014): Regulierung der Reproduktionsmedizin. Fremdsamenspende, Ersatzmutterchaft und Umgang mit überzähligen Embryonen. Baden-Baden: Nomos.
- Johnson, D.R.; Young, R. (2013): Methods for Handling Missing Secondary Respondent Data. In: *Journal of Marriage and Family* 75, 1: S. 221-234.
- Johnson, K.M.; Johnson, D.R. (2009): Partnered Decisions? U.S. Couples and Medical Help-Seeking for Infertility. In: *Family Relations* 58, 4: S. 431-444.
- Jones, H.W.; Cooke, I.; Kempers, R.; Brinsden, P.; Saunders, D. (Hrsg.) (2011): IFFS Surveillance 2010 (International Federation of Fertility Societies).
- Kalmuss, D.S. (1987): The Use of Infertility Services Among Fertility-Impaired Couples. In: *Demography* 24, 4: S. 575-585.
- Karmaus, W.; Juul, S. (1999): Infertility and subfecundity in population-based samples from Denmark, Germany, Italy, Poland and Spain. In: *The European Journal of Public Health* 9, 3: S. 229-235.
- Keim, S. (2011): Social Networks and Family Formation Processes. Young Adults' Decision Making About Parenthood. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kentenich, H.; Siedentopf, F.; Borkenhagen, A.; Heeger-Schmidmaier, J.; Wessel, J. (2004): Bedürfnisse von Frauen mit Kinderwunsch. In: *Der Gynäkologe* 37, 7.
- Kersten, J. (2015): Rechtliche Herausforderungen der Gameten- und Embryonenspende sowie der Leihmutterchaft. In: Rupp, M.; Mayer-Lewis, B. (Hrsg.): Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 107-128.
- King, G.; Roberts, M.E. (2015): How Robust Standard Errors Expose Methodological Problems They Do Not Fix, and What to Do About It. In: *Political Analysis* 23, 2: S. 159-179.
- Klawon, E.; Tiefenthaler, J. (2001): Bargaining over family size: The determinants of fertility in Brazil. In: *Population Research and Policy Review* 20, 5: S. 423-440.
- Klein, T. (2003): Die Geburt von Kindern in paarbezogener Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32, 6: S. 506-527.
- Klein, T. (2015): Partnerwahl. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 321-343.
- Klein, T.; Eckhard, J. (2004): Fertilität in Stieffamilien. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 56, 1: S. 71-94.
- Knoll, E.-M. (2008): So weit gehen für ein Kind: Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, C. (Hrsg.): Umwege zum eigenen Kind – Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 63-80.
- Konietzka, D.; Kreyenfeld, M. (Hrsg.) (2013): Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Kopp, J.; Lois, D.; Kunz, C.; Arránz Becker, O. (2010): Verliebt, verlobt, verheiratet. Institutionalierungsprozesse in Partnerschaften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kopp, J.; Richter, N. (2015): Fertilität. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS.

- Koropatnick, S.; Daniluk, J.C.; Pattinson HA. (1993): Infertility: a non-event transition. In: *Fertility and Sterility* 59, 1: S. 163-171.
- Kreß, H. (2013): Ethik: Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungsethik und Grundrechten. In: Diedrich, K.; Ludwig, M.; Griesinger, G. (Hrsg.): Reproduktionsmedizin. Berlin: Springer Medizin, S. 651-670.
- Kreyenfeld, M.; Konietzka, D. (2013): Kinderlosigkeit in Deutschland. Theoretische Probleme und empirische Ergebnisse. In: Konietzka, D.; Kreyenfeld, M. (Hrsg.): Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 13-44.
- Kreyenfeld, M.; Konietzka, D. (2015): Sozialstruktur und Lebensform. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 345-374.
- Kreyenfeld, M.; Konietzka, D.; Walke, R. (2011): Dynamik und Determinanten nichtehelicher Mutterschaft in Ost- und Westdeutschland. In: Brüderl, J.; Castiglioni, L.; Schumann, N. (Hrsg.): Partnerschaft, Fertilität und intergenerationale Beziehungen. Ergebnisse der ersten Welle des Beziehungs- und Familienpanels. Würzburg: Ergon-Verlag, S. 155-174.
- Kuhnt, A.-K. (2013): Ja, nein, vielleicht? Der Einfluss der Partnerschaftsqualität auf die Übereinstimmung der Elternschaftsabsichten von Paaren. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 25, 3: S. 365-388.
- Kupka, M.S.; Ferraretti, A.P.; Mouzon, J. de; Erb, K.; D'Hooghe, T.; Castilla, J.A.; Calhaz-Jorge, C. et al. (2014): Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. In: *Human Reproduction* 29, 10: S. 2099-2113.
- Küppers-Chinnow, M.; Karmaus, W. (1997): Prävalenz von verminderter Fruchtbarkeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 57, 2: S. 89-95.
- Landesärztekammer Hamburg (2015): Rechtsvorschriften. [<http://www.aerztekammer-hamburg.org/rechtsvorschriften.html>, 24.11.2015].
- Lappegård, T.; Neyer, G.; Vignoli, D. (2015): Three Dimensions of the Relationship between Gender Role Attitudes and Fertility Intentions. Stockholm Research Reports in Demography, 2015: 9: Stockholm University.
- Larsen, U. (2005): Research on infertility: Which definition should we use? In: *Fertility and Sterility* 83, 4: S. 846-852.
- Leibenstein, H. (1975): The Economic Theory of Fertility Decline. In: *The Quarterly Journal of Economics* 89, 1: S. 1-31.
- Lesthaeghe, R.; Neidert, L. (2006): The Second Demographic Transition in the United States: Exception or Textbook Example? In: *Population and Development Review* 32, 4: S. 669-698.
- Lillard, L.A.; Waite, L.J. (1993): A joint model of marital childbearing and marital disruption. In: *Demography* 30, 4: S. 653-681.
- Lindenberg, S. (1985): An assessment of the new political economy: Its potential for the social sciences and for sociology in particular. In: *Sociological Theory* 3, 1: S. 99-114.
- Lindenberg, S. (1990): Homo Socio-oeconomicus: The Emergence of a General Model of Man in the Social Sciences. In: *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 727-748.
- Lois, D. (2013): Zur Erklärung von sozialer Ansteckung beim Übergang zur Elternschaft. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 65, 3: S. 397-422.
- Lorber, J.; Bandlamudi, L. (1993): The dynamics of marital bargaining in male infertility. In: *Gender & Society* 7, 1: S. 32-49.
- Lück, D.; Scharein, M.; Lux, L.; Dreschmitt, K.; Dorbritz, J. (2015): Nur wenn alle Voraussetzungen passen. Der Forschungsstand zu Kinderreichtum. BiB Working Paper, 3/2015. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Ludwig, M.; Diedrich, K.; Nawroth, F. (2013): Was ist "Sterilität" – eine Begriffsbestimmung. In: Diedrich, K.; Ludwig, M.; Griesinger, G. (Hrsg.): Reproduktionsmedizin. Berlin: Springer Medizin, S. 1-7.
- Maas, C.J.; Hox, J.J. (2005): Sufficient Sample Sizes for Multilevel Modeling. In: *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences* 1, 3: S. 86-92.
- MacCullagh, P.; Nelder, J.A. (1989): Generalized linear models. 2. Auflage. London, New York: Chapman and Hall.

- Major, B.; O'Brien, L.T. (2005): The Social Psychology of Stigma. In: *Annual Review of Psychology* 56, 1: S. 393-421.
- Malin, M.; Hemminki, E.; Rääkkönen, O.; Sihvo, S.; Perälä, M.L. (2001): What do women want? Women's experiences of infertility treatment. In: *Social science & medicine* 53, 1: S. 123-133.
- Manning, W.G.; Mullahy, J. (2001): Estimating log models: to transform or not to transform? In: *Journal of Health Economics* 20, 4: S. 461-494.
- Marchbanks, P.A.; Peterson, H.B.; Rubin, G.L.; Wingo, P.A.; The Cancer and Steroid Hormone Study Group (1989): Research on infertility: definition makes a difference. In: *American Journal of Epidemiology* 130, 2: S. 259-267.
- Mayer, K.U. (2009): New Directions in Life Course Research. In: *Annual Review of Sociology* 35, 1: S. 413-433.
- Mechanic, D. (1982): The Epidemiology of Illness Behavior and Its Relationship to Physical and Psychological Distress. In: Mechanic, D. (Hrsg.): *Symptoms, illness behavior and help-seeking*. New York: Prodist, S. 1-24.
- Menken, J. (1985): Age and Fertility: How late can you wait? In: *Demography* 22, 4: S. 1389-1394.
- Meyer, T. (1992): *Modernisierung der Privatheit. Differenzierungs- und Individualisierungsprozesse des familialen Zusammenlebens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Michelmann, H.-W.; Himmel, W. (2005): Reproduktionsmedizin in Deutschland – Besonderheiten und Dilemmata. In: *Das Gesundheitswesen* 67, 8/9: S. 605-612.
- Miller, W.B. (1994): Childbearing motivations, desires, and intentions: a theoretical framework. In: *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 120, 2: S. 223-258.
- Miller, W.B.; Millstein, S.G.; Pasta, D.J. (2008): The measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. In: *Biodemography and Social Biology* 54, 1: S. 8-32.
- Miller, W.B.; Pasta, D.J. (1994): The Psychology of Child Timing: A Measurement Instrument and a Model. In: *Journal of Applied Social Psychology* 24, 3: S. 218-250.
- Miller, W.B.; Pasta, D.J. (1995): Behavioral Intentions: Which Ones Predict Fertility Behavior in Married Couples? In: *Journal of Applied Social Psychology* 25, 6: S. 530-555.
- Miller, W.B.; Pasta, D.J. (1996): Couple disagreement: Effects on the formation and implementation of fertility decisions. In: *Personal Relationships* 3, 3: S. 307-336.
- Miller, W.B.; Severy, L.; Pasta, D.J. (2004): A framework for modelling fertility motivation in couples. In: *Population Studies* 58, 2: S. 193-205.
- Mincer, J.A.; Polachek, S.W. (1974): Family Investment in Human Capital: Earnings of Women. In: *Journal of Political Economy* 82, 2: S. 76-110.
- Mladovsky, P.; Sorenson, C. (2010): Public financing of IVF: a review of policy rationales. In: *Health Care Analysis* 18, 2: S. 113-128.
- Mojena, R. (1977): Hierarchical grouping methods and stopping rules: an evaluation. In: *The Computer Journal* 20, 4: S. 359-363.
- Möller, K.-H. (2013): *Rechtliche Regelung der Reproduktionsmedizin in Deutschland*. In: Diedrich, K.; Ludwig, M.; Griesinger, G. (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. Berlin: Springer Medizin, S. 583-606.
- Morris, M.; Oakley, L.; Maconochie, N.; Doyle, P. (2011): An investigation of social inequalities in help-seeking and use of health services for fertility problems in a population-based sample of UK women. In: *Human Fertility* 14, 1: S. 16-22.
- Myers, S.M. (1997): Marital Uncertainty and Childbearing. In: *Social Forces* 75, 4: S. 1271-1289.
- Mynarska, M.; Matysiak, A.; Rybińska, A.; Tocchioni, V.; Vignoli, D. (2015): Diverse paths into childlessness over the life course. In: *Advances in Life Course Research* 25: S. 35-48.
- Nave-Herz, R.; Onnen-Isemann, C.; Oßwald, U. (1996): *Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin. Strukturelle Ursachen ihrer Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Neyer, G.; Lappegård, T.; Vignoli, D. (2013): Gender Equality and Fertility: Which Equality Matters? In: *European Journal of Population* 29, 3: S. 245-272.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2013): *Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems*. London: NICE.

- Olsen, J.; Basso, O.; Spinelli, A.; Küppers-Chinnow, M.; The European Infertility and Subfecundity Study Group (1998): Correlates of care seeking for infertility treatment in Europe. In: *The European Journal of Public Health* 8, 1: S. 15-20.
- Olsen, J.; Küppers-Chinnow, M.; Spinelli, A. (1996): Seeking medical help for subfecundity: a study based upon surveys in five European countries. In: *Fertility and Sterility* 66, 1: S. 95-100.
- Onnen-Isemann, C. (1996): Handlungsorientierungen von ungewollt kinderlosen Frauen und reproduktionsmedizinische Behandlung. In: Buba, H.P.; Schneider, N.F. (Hrsg.): Familie. Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 261-272.
- Onnen-Isemann, C. (2000): Wenn der Familienbildungsprozess stockt. Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktionsmedizinisch behandelter Partner. Berlin: Springer.
- Ory, S.J.; Devroey, P.; Banker, M.; Brinsden, P.; Buster, J.; Fiadjoe, M.; Horton, M. et al. (2013): IFFS Surveillance 2013. [https://c.ymcdn.com/sites/iffs.site-ym.com/resource/resmgr/iffs_surveillance_09-19-13.pdf, 07.10.2015].
- Ory, S.J.; Devroey, P.; Banker, M.; Brinsden, P.; Buster, J.; Fiadjoe, M.; Horton, M. et al. (2014): International Federation of Fertility Societies Surveillance 2013: preface and conclusions. In: *Fertility and Sterility* 101, 6: S. 1582-1583.
- Ott, N. (1989): Familienbildung und familiäre Entscheidungsfindung aus verhandlungstheoretischer Sicht. In: Wagner, G.; Ott, N.; Hoffmann-Nowotny, H.-J. (Hrsg.): Familienbildung und Erwerbstätigkeit im demographischen Wandel. Proceedings der 23. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft am 28. Februar – 3. März 1989 in Bad Homburg v.d.H. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 97-116.
- Passet, J.; Viry, G. (2012): Der zunehmende Einfluss der Bildung auf den Zeitpunkt der Erstgeburt in Deutschland, Frankreich und der Schweiz im Kohortenvergleich. In: *Bevölkerungsforschung Aktuell* 33, 3: S. 2-7.
- Passet-Wittig, J.; Letzel, S.; Schneider, N.F.; Schuhrke, B.; Seufert, R.; Zier, U.; Münster, E. (2014): The PinK Study – Methodology of the Baseline Survey of a Prospective Cohort Study of Couples undergoing Fertility Treatment. *BiB Daten- und Methodenberichte*, 1/2014. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Passet-Wittig, J.; Schneider, N.F.; Letzel, S.; Schuhrke, B.; Seufert, R.; Zier, U.; Münster, E. (2016): Verbreitung von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 13,3: S. 80-90.
- Pavetic, M. (2008): Familiengründung und -erweiterung in Partnerschaften. Statistische Modellierung von Entscheidungsprozessen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pennings, G. (2009): International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction. In: *Reproductive biomedicine online* 18, Suppl. 2: S. 15-18.
- Pescosolido, B.A. (1992): Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. In: *American Journal of Sociology* 97: S. 1096-1138.
- Pescosolido, B.A. (2006): Of pride and prejudice: the role of sociology and social networks in integrating the health sciences. In: *Journal of health and social behavior* 47, 3: S. 189-208.
- Pescosolido, B.A.; Boyer, C. (1999): The utilization of mental health services: state of the art and changing perspectives. In: Horwitz, A.V.; Scheid, T.L. (Hrsg.): A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Peterson, B.D.; Pirritano, M.; Block, J.M.; Schmidt, L. (2011): Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. In: *Fertility and Sterility* 95, 5: S. 1759-1763.
- Peuckert, R. (2008): Familienformen im sozialen Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfau-Effinger, B. (2005): Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. In: *Journal of Social Policy* 34, 1: S. 3-20.
- Philipov, D.; Bernardi, L. (2011): Konzepte und Operationalisierung von reproduktiven Entscheidungen. Am Beispiel Österreichs, Deutschlands und der Schweiz. In: *Comparative Population Studies* 36, 2-3: S. 532-571.

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013): Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. In: *Fertility and Sterility* 99, 1: S. 63.
- Präg, P.; Mills, M. (2015): Assisted reproductive technology in Europe. Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. *Families and Societies Working Paper Series*, 43/2015.
- Pregibon, D. (1980): Goodness of Link Tests for Generalized Linear Models. In: *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)* 29, 1: S. 15-23.
- Rauprich, O. (2008): Sollen Kinderwunschbehandlungen von den Krankenkassen finanziert werden? Ethische und rechtliche Aspekte. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, C. (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind – Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 31-48.
- Rauprich, O.; Berns, E.; Vollmann, J. (2010): Who should pay for assisted reproductive techniques? Answers from patients, professionals and the general public in Germany. In: *Human Reproduction* 25, 5: S. 1225-1233.
- Reckwitz, A. (2011): Die Kontingenzperspektive der Kultur. Kulturbegriffe, Kulturtheorien und das kulturwissenschaftliche Forschungsprogramm. In: Jaeger, F. (Hrsg.): *Handbuch der Kulturwissenschaften*. 1. Grundlagen und Schlüsselbegriffe. Stuttgart: Metzler, S. 1-20.
- Reiche, D. (2003): *Roche-Lexikon Medizin*. 5. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Revermann, C.A.; Hüsing, B. (2011): *Fortpflanzungsmedizin. Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen*. Berlin: edition sigma.
- Richter, N.; Lois, D.; Arránz Becker, O.; Kopp, J. (2012): Mechanismen des Netzwerkeinflusses auf Fertilitätsentscheidungen in Ost- und Westdeutschland. In: Huinink, J.; Kreyenfeld, M.; Trappe, H. (Hrsg.): *Familie und Partnerschaft in Ost- und Westdeutschland: Ähnlich und doch immer noch anders? Sonderheft 9 der Zeitschrift für Familienforschung*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 95-118.
- Riedel, U. (2008a): Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMG) aus rechtlicher Sicht. In: Diedrich, K.; Felberbaum, R.E.; Griesinger, G.; Hepp, H.; Kreß, H.; Riedel, U. (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 88-111.
- Riedel, U. (2008b): Vorgeschichte und Stand der Gesetzgebung. In: Diedrich, K.; Felberbaum, R.E.; Griesinger, G.; Hepp, H.; Kreß, H.; Riedel, U. (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 11-21.
- Rijken, A.J.; Liefbroer, A.C. (2009): The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. In: *European Journal of Population* 25, 1: S. 27-44.
- Rijken, A.J.; Thomson, E. (2011): Partners' relationship quality and childbearing. In: *Social Science Research* 40, 2: S. 485-497.
- Ritzinger, P.; Dudenhausen, J.W.; Holzgreve, W. (2011): Späte Mutterschaft und deren Risiken. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 8, 2: S. 112-122.
- Rosenstock, I.M. (1966): Why People Use Health Services. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 44, 3: S. 94-127.
- Rothmayr, C. (2006): Explaining Restrictive ART Policies in Switzerland and Germany: Similar Processes – Similar Results? In: *German Policy Studies* 4: S. 595-647.
- Ruckdeschel, K.; Ette, A.; Hullen, G.; Leven, I. (2006): *Generations and Gender Survey. Dokumentation der ersten Welle der Hauptbefragung in Deutschland*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Rudzio, K. (2014): Ein Kind von Apple. In: *Die Zeit*, 44/2014 sowie ZEIT-Online vom 06.11.2015, 23.10.2014. [<http://www.zeit.de/2014/44/egg-social-freezing-apple-facebook-eizellen>, 25.11.2015].
- Sandelowski, M. (1987): The color gray: ambiguity and infertility. In: *Image: the journal of nursing scholarship* 19, 2: S. 70-74.
- Sandelowski, M. (1995): A theory of the transition to parenthood of infertile couples. In: *Research in Nursing & Health* 18, 2: S. 123-132.
- Sandelowski, M.; Harris, B.G.; Holditch-Davis, D. (1989): Mazing: Infertile Couples and the Quest for a Child. In: *Image-the journal of nursing scholarship* 21, 4: S. 220-226.

- Sanders, J.; Simonsen, S.; Porucznik, C.A.; Baksh, L.; Stanford, J.B. (2014): Use of Fertility Treatments in Relation to the Duration of Pregnancy Attempt Among Women Who Were Trying to Become Pregnant and Experienced a Live Birth. In: *Maternal and Child Health Journal* 18, 1: S. 258-267.
- Sartorius, G.A.; Nieschlag, E. (2010): Paternal age and reproduction. In: *Human Reproduction Update* 16, 1: S. 65-79.
- Scanzoni, J.; Godwin, D.D. (1990): Negotiation Effectiveness and Acceptable Outcomes. In: *Social Psychology Quarterly* 53, 3: S. 239-251.
- Schimank, U. (2007): Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie. 3. Auflage. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Schimpl-Neimanns, B. (2004): Zur Umsetzung des Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (ISEI) mit den Mikrozensen ab 1996. In: *ZUMA-Nachrichten* 54: S. 154-170.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Christensen, U.; Boivin, J. (2005): Does infertility cause marital benefit? In: *Patient education and counseling* 59, 3: S. 244-251.
- Schmidt, L.; Muenster, K. (1995): Infertility, involuntary infecundity, and the seeking of medical advice in industrialized countries 1970-1992: a review of concepts, measurements and results. In: *Human Reproduction* 10, 6: S. 1407-1418.
- Schmidt, L.; Muenster, K.; Helm, P. (1995): Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102: S. 978-984.
- Schmidt, S. (2010): Assisted reproduction in Switzerland and Germany: regulative and social contexts. In: Jong, W. de; Tkach, O. (Hrsg.): Making bodies, persons and families. Normalising reproductive technologies in Russia, Switzerland and Germany. Berlin, London: LIT, S. 57-71.
- Schneider, N.F. (2015): Familie in Westeuropa – Von der Institution zur Lebensform. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 21-53.
- Schoen, R.; Astone, N.M.; Kim, Y.J.; Nathanson, C.A. (1999): Do Fertility Intentions Affect Fertility Behavior? In: *Journal of Marriage and Family* 61, 3: S. 790-799.
- SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2377, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424).
- Settersten, R.A.; Mayer, K.U. (1997): The Measurement of Age, Age Structuring, and the Life Course. In: *Annual Review of Sociology* 23, 1: S. 233-261.
- Shaw, C. (1999): A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes. In: *Journal of advanced nursing* 29, 5: S. 1246-1255.
- Shenfield, F.; Mouzon, J. de; Pennings, G.; Ferraretti, A.P.; Nyboe Andersen, A.; Wert, G. de; Goossens, V. (2010): Cross border reproductive care in six European countries. In: *Human Reproduction* 25, 6: S. 1361-1368.
- Silva, J.M.; Tenreiro, S. (2006): The Log of Gravity. In: *Review of Economics and Statistics* 88, 4: S. 641-658.
- Simon, H.A. (1993): Homo rationalis. Die Vernunft im menschlichen Leben. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Slauson-Blevins, K.S. (2011): Infertility help seeking and social support: Do conventional theories explain internet behaviors and outcomes? Dissertation. Sociology Theses, Dissertations, & Student Research, Paper 12.
- Snijders, T.A.; Bosker, R.J. (2012): Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling. 2. Auflage. London: Sage.
- Sobotka, T. (2004): Is Lowest-Low Fertility in Europe Explained by the Postponement of Childbearing? In: *Population and Development Review* 30, 2: S. 195-220.
- Sobotka, T.; Lutz, W. (2010): Misleading Policy Messages Derived from the Period TFR: Should We Stop Using It? In: *Comparative Population Studies* 35, 3: S. 637-664.
- Sobotka, T.; Toulemon, L. (2008): Overview Chapter 4: Changing family and partnership behaviour. In: *Demographic Research* 19: S. 85-138.
- Sol Olafsdottir, H.; Wikland, M.; Möller, A. (2012): Nordic couples' decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30, 2: S. 180-192.

- Sol Olafsdottir, H.; Wikland, M.; Möller, A. (2013): Nordic couples' decision-making processes during assisted reproduction treatments. In: *Sexual & reproductive healthcare* 4, 2: S. 49-55.
- Stanic, F.O.; Webb, N.J. (2007): Utilization of Infertility Services: How Much Does Money Matter? In: *Health Services Research* 42, 3: S. 971-989.
- Statistisches Bundesamt (2013): Geburten und Kinderlosigkeit in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html, 25.06.2014].
- Steinbach, A. (2015): Stieffamilien. In: Hill, P.B.; Kopp, J. (Hrsg.): *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden: Springer VS, S. 563-610.
- Stephen, E.H.; Chandra, A. (2000): Use of infertility services in the United States: 1995. In: *Family planning perspectives* 32, 3: S. 132-137.
- Stöbel-Richter, Y.; Goldschmidt, S.; Borkenhagen, A.; Kraus, U.; Weidner, K. (2008): Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin - mit welchen Konsequenzen müssen wir rechnen? In: *Zeitschrift für Familienforschung* 20, 1: S. 34-61.
- Stock, G.; Bertram, H.; Fürtkranz-Prskawetz, A.; Holzgreve, W.; Kohli, M.; Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2012): *Zukunft mit Kindern. Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Sutton, S. (2007): Theory of planned behavior. In: Ayers, S.; Baum, A.; McManus, C.; Newman, S.; Wallston, K.; Weinman, J.; West, R. (Hrsg.): *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 223-228.
- Tanturri, M.L.; Mencarini, L. (2008): Childless or Childfree? Paths to Voluntary Childlessness in Italy. In: *Population and Development Review* 34, 1: S. 51-77.
- Tanturri, M.L.; Mills, M.; Rotkirch, A.; Sobotka, T.; Takás, J.; Miettinen, A.; Faludi, C., et al. (2015): State-of-the-art report: Childlessness in Europe. *Families and Societies Working Paper Series*, 32/2015.
- te Velde, E.R.; Burdorf, A.; Nieschlag, E.; Eijkemans, R.; Kremer, J.A.; Roeleveld, N.; Habbema, J.D. (2010): Is human fecundity declining in Western countries? In: *Human Reproduction* 25, 6: S. 1348-1353.
- te Velde, E.R.; Eijkemans, R.; Habbema, J.D. (2000): Variation in couple fecundity and time to pregnancy, an essential concept in human reproduction. In: *The Lancet* 355, 9219: S. 1928-1929.
- Templeton, A.; Fraser, C.; Thompson, B. (1990): The epidemiology of infertility in Aberdeen. In: *British Medical Journal* 301: S. 148-152.
- Templeton, A.; Morris, J.K.; Parslow, W. (1996): Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. In: *The Lancet* 348, 9039: S. 1402-1406.
- Terävä, A.-N.; Gissler, M.; Hemminki, E.; Luoto, R. (2008): Infertility and the use of infertility treatments in Finland: prevalence and socio-demographic determinants 1992-2004. In: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 136, 1: S. 61-66.
- Testa, M.R. (2012): Couple disagreement about short-term fertility desires in Austria: Effects on intentions and contraceptive behaviour. In: *Demographic Research* 26: S. 63-98.
- Testa, M.R.; Cavalli, L.; Rosina, A. (2014): The Effect of Couple Disagreement about Child-Timing Intentions: A Parity-Specific Approach. In: *Population and Development Review* 40, 1: S. 31-53.
- Thaele, M.; Uszkoreit, M. (2007): Legislature's impact on the outcome of infertility treatments - The German political contradiction. In: *Pharmaceuticals Policy and Law* 9: S. 221-227.
- Thibaut, J.W.; Kelley, H.H. (1959): *The social psychology of groups*. New York: John Wiley.
- Thode, N.; Bergmann, E.; Kamtsiuris, P.; Kurth, B.-M. (2004): *Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Thomson, E. (1990): Two into One: Structural Models of Couple Behavior. In: Draper, T.W. (Hrsg.): *Family variables. Conceptualization, measurement, and use*. Newbury Park: Sage Publications, S. 129-142.
- Thomson, E. (1997): Couple childbearing desires, intentions, and births. In: *Demography* 34, 3: S. 343-354.

- Thomson, E.; McDonald, E.; Bumpass, L.L. (1990): Fertility desires and fertility: hers, his, and theirs. In: *Demography* 27, 4: S. 579-588.
- Thönissen, C.; Gschwendtner, C.; Wilhelm, B.; Friedrich, S.; Wendt, E.-V.; Walper, S. (2014): Scales Manual of the German Family Panel. Wave 1 to 5, Release 5.0: pairfam.
- Trappe, H. (2013): Assistierte Reproduktion in Deutschland. Rahmenbedingungen, quantitative Entwicklung und gesellschaftliche Relevanz. In: Konietzka, D.; Kreyenfeld, M. (Hrsg.): Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 331-350.
- Udry, J.R. (1982): The effect of normative pressures on fertility. In: *Population and Environment* 5, 2: S. 109-122.
- Ullrich, C. (2012): *Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis*. 1. Auflage. Bielefeld: transcript Verlag.
- van Balen, F.; Verdurmen, J. (1999): Medical anxiety and the choice for treatment: The development of an instrument to measure fear of treatment. In: *Psychology & Health* 14, 5: S. 927-935.
- van Balen, F.; Verdurmen, J.; Ketting, E. (1997): Choices and motivations of infertile couples. In: *Patient education and counseling* 31, 1: S. 19-27.
- van de Kaa, D.J. (1996): Anchored narratives: the story and findings of half a century of research into the determinants of fertility. In: *Population studies* 50, 3: S. 389-432.
- van Noord-Zaadstra, B.M.; Looman, C.W.; Alsbach, H.; Habbema, J.D.; te Velde, E.R.; Karbaat, J. (1991): Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. In: *British Medical Journal* 302: S. 1361-1365.
- Verardi, V. (2009): Robust regression in Stata. In: *The Stata Journal* 9, 3: S. 439-453.
- Vespa, J. (2009): Gender Ideology Construction: A Life Course and Intersectional Approach. In: *Gender & Society* 23, 3: S. 363-387.
- Vikat, A.; Spéder, Z.; Beets, G.; Billari, F.C.; Bühler, C.; Desesquelles, A.; Fokkema, T. et al. (2007): Generations and Gender Survey (GGG): Towards a better understanding of relationships and processes in the life course. In: *Demographic Research* 17: S. 389-440.
- Voß, A.; Soeffner, H.-G.; Krämer, U.; Weber, W. (1994): *Ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit. Die sozialen Funktionen und die sozialen Folgen reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wagner, M.; Cifuentes, I.V. (2014): Die Pluralisierung der Lebensformen - ein fortlaufender Trend? In: *Comparative Population Studies* 39, 1: S. 73-98.
- Waxman, A.O. (2009): *Gender differences and their influence on the desire for genetic relatedness during infertility treatment*. San Francisco Bay.
- Webb, R.E. (1999): The End of the Line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. In: *Men and Masculinities* 2, 1: S. 6-25.
- Werding, M. (2014): Children are costly, but raising them may pay: The economic approach to fertility. In: *Demographic Research* 30: S. 253-276.
- White, H. (1982): Maximum Likelihood Estimation of Misspecified Models. In: *Econometrica* 50, 1: S. 1-25.
- White, J.M.; Klein, D.M. (2008): *Family theories*. 3. Auflage. Thousand Oaks: Sage Publications.
- White, L.; McQuillan, J.; Greil, A.L. (2006a): Explaining disparities in treatment seeking: the case of infertility. In: *Fertility and Sterility* 85, 4: S. 853-857.
- White, L.; McQuillan, J.; Greil, A.L.; Johnson, D.R. (2006b): Infertility: Testing a helpseeking model. In: *Social Science & Medicine* 62, 4: S. 1031-1041.
- WHO (1975): *The epidemiology of infertility*. World Health Organization Technical report Series, 582. Geneva.
- Wiedenbeck, M.; Züll, C. (2010): Clusteranalyse. In: Wolf, C.; Best, H. (Hrsg.): *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 525-552.
- Wilcox, L.S.; Mosher, W.D. (1993): Use of infertility services in the United States. In: *Obstetrics and gynecology* 82, 1: S. 122-127.

- Wilke, G.; Müseler-Albers, M.; Tandler-Schneider, A.; Gagsteiger, F.; Hmeidani, F.; Tomanek, J.; Held, H.-J. (2008): Kinderwunschbehandlung – Einfluss der Erstattungssituation auf die Behandlungsentscheidung der Patienten. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 13, 3: S. 149-153.
- Williams, R. (2012): Using the margins command to estimate and interpret adjusted predictions and marginal effects. In: *The Stata Journal* 12, 2: S. 308-331.
- Willis, R. (1973): A New Approach to the Economic Theory of Fertility Behavior. In: *Journal of Political Economy* 81, 2: S. 14-64.
- Wippermann, C. (2014): Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Wischmann, T. (2003): Psychogene Fertilitätsstörungen. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 1, 4: S. 187-196.
- Wischmann, T. (2012): Einführung Reproduktionsmedizin. Medizinische Grundlagen, Psychosomatik, psychosoziale Aspekte. München: Reinhardt.
- Wolf, C.; Best, H. (2010): Lineare Regressionsanalyse. In: Wolf, C.; Best, H. (Hrsg.): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 607-638.
- Wulff, M.; Högberg, U.; Stenlund, H. (1997): Infertility in an industrial setting – a population-based study from Northern Sweden. In: *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 76, 7: S. 673-679.
- WU, Z. (2005): Generalized Linear Models in Family Studies. In: *Journal of Marriage and Family* 67, 4: S. 1029-1047.
- Young, R. (2012): Don't know responses in survey research. Dissertation, Pennsylvania State University. [<https://etda.libraries.psu.edu/catalog/13934>, 20.10.2015].
- Yuan, K.-H.; Yang-Wallentin, F.; Bentler, P.M. (2012): ML Versus MI for Missing Data With Violation of Distribution Conditions. In: *Sociological Methods & Research* 41, 4: S. 598-629.
- Zegers-Hochschild, F.; Adamson, G.D.; Mouzon, J. de; Ishihara, O.; Mansour, R.; Nygren, K.G.; Sullivan, E.A. et al. (2009): International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. In: *Fertility and Sterility* 92, 5: S. 1520-1524.
- Zeiler, K. (2007): Shared decision-making, gender and new technologies. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 10, 3: S. 279-287.
- Zheng, B.; Agresti, A. (2000): Summarizing the predictive power of a generalized linear model. In: *Statistics in Medicine* 19, 13: S. 1771-1781.
- Zola, I.K. (1973): Pathways to the doctor – From person to patient. In: *Social Science & Medicine* (1967) 7, 9: S. 677-689.

Anhang

A: Operationalisierungen (Kapitel 6.3)

Tabelle A1: Übersicht über verwendete Fragen aus dem Fragebogen der PinK-Studie (Basiserhebung)

Label	Frage- und Antwortkategorien
Eingrenzung der Untersuchungspopulation	Ging es bei dem <u>allerersten Besuch</u> in einem Kinderwunschzentrum um Ihren <u>aktuellen</u> Kinderwunsch, also um das Kind, das Sie sich gerade mit Ihrem Partner wünschen? Ja Nein
Dauer des Entscheidungsprozess für die Nutzung medizinischer Hilfe	Wann war Ihr <u>allererster Termin</u> in einem Kinderwunschzentrum? __ Monat und ____ Jahr
Ereignisse auf dem Weg ins Kinderwunschzentrum	Wann <u>vor</u> Ihrem <u>allerersten Besuch</u> in einem Kinderwunschzentrum haben Sie persönlich... (Bitte geben Sie jeweils möglichst genau Monat und Jahr an. <i>Wenn Sie sich an Monat bzw. Jahr nicht erinnern, tragen Sie bitte XX bzw. XXXX ein.</i>) ...sich zum ersten Mal Sorgen über das Ausbleiben der Schwangerschaft gemacht? ...erstmal mit jemandem aus Ihrem privaten Umfeld über die ausbleibende Schwangerschaft gesprochen? ...entschieden, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen? ...zum ersten Mal mit einem Arzt über das Thema gesprochen? __ Monat und ____ Jahr betrifft mich nicht
Alter	Wie alt sind Sie heute? Ich bin __ Jahre alt
Migrationshintergrund	In welchem Land sind Sie geboren? Bitte benennen Sie das Land. Bundesrepublik Deutschland Ehemalige DDR In einem anderen Land und zwar: _____ Wann sind Sie auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik zugezogen (zurückgekehrt)? Ich wohne nicht in Deutschland. Ich bin (zuletzt) im Jahr ____ nach Deutschland gezogen. In welchem Land sind Ihre Mutter und Ihr Vater geboren? Bundesrepublik Deutschland Ehemalige DDR In einem anderen Land und zwar: _____

Label	Frage­text und Antwortkategorien
	Ist Deutsch Ihre Muttersprache? Nein Ja
Hochschulabschluss	Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erreicht? Von der Schule abgegangen, ohne Abschluss Noch Schüler Haupt-/Volksschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse Fachhochschulreife Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur) Anderer Abschluss Weiß nicht
	Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? Kein beruflicher Ausbildungsabschluss Noch in Ausbildung Abschluss einer Anlernausbildung Abschluss einer Lehre oder gleichwertiger Berufsfachschulabschluss Berufliches Praktikum Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss Fachhochschulabschluss Hochschulabschluss ohne Promotion Hochschulabschluss mit Promotion Anderer beruflicher Ausbildungsabschluss, und zwar: _____ Weiß nicht
Beziehungsdauer	Seit wann sind Sie mit Ihrem <u>aktuellen</u> Partner zusammen? Geben Sie bitte Monat und Jahr an, in dem Sie zusammengekommen sind. __ Monat und _____ Jahr Weiß nicht
Kohabitation	Seit wann wohnen Sie zusammen? __ Monat und _____ Jahr Wir wohnen derzeit nicht zusammen Weiß nicht
Ehestatus	Sind Sie und Ihr <u>aktueller</u> Partner verheiratet? Wenn ja, seit wann? Nein Ja, seit __ Monat und _____ Jahr Weiß nicht

Label	Frage­text und Antwort­kategorien
Kinder	<p>Haben oder hatten Sie persönlich leibliche Kinder?</p> <p>Nein Ja</p> <hr/> <p>Wenn ja, wie viele leibliche Kinder haben Sie?</p> <p>__ Kind(er)</p> <hr/> <p>Wenn ja, in welchem Jahr sind die Kinder geboren? Bitte tragen Sie nur das Geburtsjahr ein.</p> <p>Ältestes Kind _____ und jüngstes Kind _____</p> <hr/> <p>Wenn ja, wie viele Kinder sind auch leibliche Kinder Ihres aktuellen Partners?</p> <p>__ Kind(er)</p>
Sozioökonomischer Status (ISEI)	<p>Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit hauptsächlich aus?</p> <p>Wenn Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, welche Tätigkeit haben Sie bei Ihrer früheren hauptsächlichsten Erwerbstätigkeit zuletzt ausgeübt?</p> <p>-----</p> <p>War bisher nicht erwerbstätig</p> <hr/> <p>Bitte beschreiben Sie diese berufliche Tätigkeit genau.</p> <p>-----</p> <hr/> <p>Hat dieser Beruf noch einen besonderen Namen?</p> <p>Ja, und zwar: -----</p> <p>Nein</p>
Versicherungsstatus	<p>Sind Sie bei einer der folgenden gesetzlichen Krankenkassen versichert?</p> <p>Nicht gesetzlich versichert AOK oder allgemeine Ortskrankenkasse Ersatzkasse, wie z.B. Barmer, Techniker­kasse, DAK, KKH Betriebskrankenkasse oder BKK Innungskrankenkasse oder IKK See-Krankenkasse oder Knappschaft Landwirtschaftliche Krankenkasse Andere, und zwar: -----</p> <hr/> <p>Weiß nicht</p> <hr/> <p>Sind Sie privat krankenversichert? Hinweis: Private Zusatz­versicherungen sind hiermit nicht gemeint!</p> <p>Nein Ja Weiß nicht</p>

Label	Fragetext und Antwortkategorien
Ökonomische Situation des Haushaltes schlecht	<p>Ein Haushalt kann verschiedene Einkommensquellen haben und mehrere Haushaltsmitglieder können dazu beitragen. Wenn Sie an das Gesamteinkommen Ihres Haushaltes denken, also alles, was die Haushaltsmitglieder zusammen verdienen, wie kommt Ihr Haushalt damit zurecht?</p> <p>Mit großen Schwierigkeiten Mit Schwierigkeiten Mit kleineren Schwierigkeiten Relativ gut Sehr gut</p>
Zeitdruck Frau	<p>Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Ihrem Weg in das <u>allererste</u> Kinderwunschzentrum zu?</p> <p>Ich hatte das Gefühl unter Zeitdruck zu stehen.</p> <p>1 Trifft überhaupt nicht zu 2 3 4 5 Trifft voll und ganz zu</p>
Sozialer Druck	<p>Auch andere Personen könne eine Meinung dazu haben, ob Sie ein (weiteres) Kind bekommen sollten. Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?</p> <p>Die meisten meiner Freunde finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte. Meine Eltern finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte. Die Eltern meines Partners finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.</p> <p>1 Stimme überhaupt nicht zu 2 3 4 5 Stimme voll und ganz zu Weiß nicht Betrifft mich nicht</p>
Stigma	<p>Hatten Sie persönlich Ängste oder Bedenken <u>bevor</u> Sie sich für den Besuch eines Kinderwunschzentrums entschieden haben? Wenn ja, welche waren das? (Mehrfachnennungen sind möglich.)</p> <p>Ein Besuch dort war mir peinlich Ich hatte Bedenken vor negativen Reaktionen in meinem persönlichen Umfeld</p>

Label	Frage­text und Antwortkategorien
Weitere gewünschte Kinder	Wie viele (weitere) Kinder möchten Sie insgesamt (noch) haben? (Gemeint sind weitere Kinder außer den bisherigen.) __ Kind(er) Weiß nicht
Traditionelle Geschlechterrollen	Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu? Einen Beruf zu haben ist ja ganz schön, aber das, was die meisten Frauen wirklich wollen sind ein Heim und Kinder. Hausfrau zu sein ist genauso erfüllend, wie gegen Bezahlung zu arbeiten. 1 Stimme überhaupt nicht zu 2 3 4 5 Stimme voll und ganz zu Kann ich nicht sagen
Alternativen zur Kinderwunschbehandlung vorstellbar	Können Sie sich vorstellen... ein (weiteres) Kind zu adoptieren? ein (weiteres) Pflegekind anzunehmen? 1 Gar nicht vorstellbar 2 3 4 5 Sehr gut vorstellbar Geht nicht Weiß nicht

Quelle: Fragebogen der PinK-Studie (Basiserhebung), eigene Darstellung.

Tabelle A2: Fehlende Werte auf erklärenden Variablen (absolut und in %)

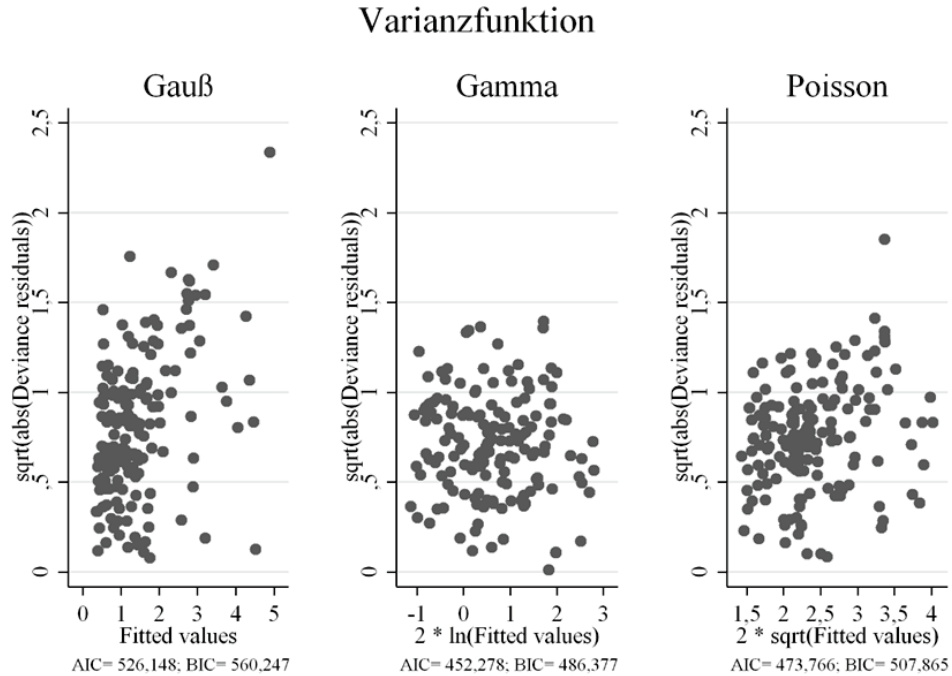
Variable	Anzahl fehlende Werte	Anteil fehlende Werte (%)
P: Beziehungsdauer (t_1)	0	0,00
P: unverheiratet (t_1)	0	0,00
P: Paarinteraktion in t_1	0	0,00
F: weitere gewünschte Kinder	0	0,00
M: weitere gewünschte Kinder	0	0,00
P: weitere gewünschte Kinder	0	0,00
F: Stigma	0	0,00
F: Alternativen zu Kinderwunschbehandlung vorstellbar	0	0,00
M: Alternativen zu Kinderwunschbehandlung vorstellbar	0	0,00
P: Alternativen zu Kinderwunschbehandlung vorstellbar	0	0,00
F: Alter (t_1)	1	0,51
P: gesetzlich versichert	1	0,51
M: Stigma	1	0,51
P: Kinder (t_1)	2	1,02
F: Migrationshintergrund	2	1,02
P: SES	3	1,53
P: ökon. Situation des Haushaltes schlecht	3	1,53
F: Zeitdruck	3	1,53
M: Alter (t_1)	5	2,55
M: Migrationshintergrund	6	3,06
M: Hochschulabschluss	7	3,57
F: Hochschulabschluss	12	6,12
F: sozialer Druck	22	11,22
F: traditionelle Geschlechterrollen	41	20,92
M: traditionelle Geschlechterrollen	43	21,94
M: sozialer Druck	47	23,98
Gesamt (gültige Fälle bei Dauer des Entscheidungsprozesses)	196	100,00

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

B: Analysestrategie (Kapitel 6.4)

Abbildung B1: Vergleich verschiedener Varianzfunktionen, Residuenplots



Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, n = 164 Paare, eigene Berechnung.

Anm.: Das Modell „Infertilität“ (Tabelle 7-13, Kapitel 7.2.3) wurde mit drei verschiedenen Varianzfunktionen und Log-Linkfunktion geschätzt. Auf der vertikalen Achse sind die standardisierten Devianzresiduen abgetragen. Die geschätzten Werte der abhängigen Variablen (horizontale Achse) wurden so transformiert, dass sie der jeweiligen Fehlerverteilung des Modells entsprechen (in diesem Fall der Gauß-, Gamma- oder Poisson-Verteilung). Das bewirkt, dass sich die Punkte auf der x-Achse besser verteilen und es somit erleichtert wird, Muster in den Residuen zu erkennen (MacCullagh/Nelder 1989: 398).

Tabelle B1: Sensitivitätsanalyse zur Clusterstruktur der Daten der PinK-Studie

	Infertilität			KWZ		
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p
F: Alter (t_1)	<i>0,89</i>	0,05	0,031	<i>0,89</i>	0,05	0,054
F: Alter quadr. (t_1)	<i>1,00</i>	0,00	0,079	1,00	0,00	0,111
P: unverheiratet (t_1)	<i>1,41</i>	0,19	0,011	<i>1,40</i>	0,19	0,015
P: Beziehungsdauer (t_1)	<i>1,04</i>	0,02	0,032	<i>1,04</i>	0,02	0,036
P: SES	<i>0,99</i>	0,00	0,051	<i>0,99</i>	0,00	0,077
F: Zeitdruck	0,91	0,11	0,430	0,90	0,11	0,393
P: Paarinteraktion in t_1						
Frau und Mann zeitgleich	1			1		
Frau vor Mann	<i>2,12</i>	0,34	0,000	<i>2,18</i>	0,35	0,000
Frau vor Mann ein Partner betrifft mich nicht	<i>1,84</i>	0,30	0,000	<i>1,87</i>	0,30	0,000
ein Partner k. A.	<i>1,41</i>	0,24	0,045	<i>1,39</i>	0,24	0,059
KWZ 1				1,38	0,29	0,130
KWZ 2				1,12	0,20	0,536
KWZ 3				1		
KWZ 4				<i>1,44</i>	0,26	0,044
KWZ 5				1,20	0,29	0,461
KWZ 6				1,32	0,22	0,093
Konstante	1,64	0,51	0,110	1,55	0,66	0,305
AIC	452,28			459,48		
BIC	486,38			509,07		
Pseudo R ²	0,314			0,315		
n (Paare)	164			164		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnung. Anmerkungen: t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft. Für Modell „Infertilität“ siehe auch Tabelle 7-13 (Kapitel 7.2.3).

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, KWZ=Kinderwunschzentrum, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

C: Clusteranalyse (Kapitel 7.1)

Tabelle C1: Paartypologie, Zwischenlösung der hierarchischen Clusteranalyse

Cluster	N	Anteil	Statistik	Alter	Alter	Kinder (t ₁)	SES Paar	Beziehungs- dauer (t ₁)
				Frau (t ₁)	Mann (t ₁)			
Gutsituierte in stabilen Partnerschaften	76	42%	Mittelwert	30	32	0	62	7
			Std. Abw.	3,0	2,8	0,0	14,2	3,5
			F-Wert	0,43	0,28	0,00	0,79	0,69
Neu-/ Spätstarter	35	19%	Mittelwert	32	39	0	61	2
			Std. Abw.	4,1	2,4	0,0	12,9	1,5
			F-Wert	0,82	0,20	0,00	0,65	0,13
Aufschieber	22	12%	Mittelwert	36	41	0	64	12
			Std. Abw.	2,2	3,4	0,0	14,8	3,3
			F-Wert	0,23	0,40	0,00	0,85	0,61
Junge Familien- orientierte	31	17%	Mittelwert	25	28	0	45	3
			Std. Abw.	2,7	3,1	0,0	14,0	2,0
			F-Wert	0,35	0,33	0,00	0,76	0,21
Eltern	18	10%	Mittelwert	30	34	1	52	5
			Std. Abw.	4,7	4,8	0,0	20,0	4,1
			F-Wert	1,11	0,81	0,00	1,57	0,92
Gesamt	182	100%	Mittelwert	30	34	0	58	6
			Std. Abw.	4,5	5,3	0,3	16,0	4,2

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnung.

Anm.: t₁ = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

D: Multivariate Analyse (Kapitel 7.2.3)

Tabelle D1: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Soziodemografie, Paarbiografie und Sozioökonomie (Gamma-Modell mit Log-Link), exponentierte Koeffizienten

	Soziodemografie I			Soziodemografie II ¹			Paarbiografie I			Paarbiografie II ²			Sozioökonomie I			
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	
F: Migrationshintergrund	1,13	0,20	0,481													
F: Hochschulabschluss	1,12	0,17	0,476													
F: Alter (t _i)	0,86	0,07	0,066	0,84	0,06	0,009	0,85	0,05	0,008	0,85	0,05	0,008	0,86	0,05	0,017	
F: Alter quad. (t _i)	1,00	0,00	0,216	1,00	1,89	0,058	1,01	0,00	0,050	1,01	0,00	0,053	1,01	0,00	0,065	
M: Migrationshintergrund	0,81	0,15	0,267													
M: Hochschulabschluss	0,87	0,13	0,362													
M: Alter (t _i)	0,96	0,05	0,458													
M: Alter quad. (t _i)	1,00	0,00	0,368													
P: Beziehungsdauer (t _i)				1,04	0,02	0,008	1,04	0,02	0,006	1,04	0,02	0,006	1,05	0,02	0,003	
P: Kinder (t _i)				0,94	0,16	0,716										
P: unverheiratet (t _i)				1,69	0,22	0,000	1,70	0,22	0,000	1,70	0,22	0,000	1,63	0,22	0,000	
P: SES													0,99	0,00	0,059	
P: ökon. Situation des HH schlecht													1,02	0,13	0,846	
P: gesetzlich vers.													1,02	0,13	0,898	
Konstante	5,82	2,81	0,000	5,46	2,17	0,000	2,98	1,16	0,005	2,91	1,11	0,006	3,09	1,31	0,008	
AIC	469,75			460,08			456,36			454,43			458,43			
BIC	497,65			469,38			474,96			469,92			483,23			
Pseudo R ²	0,16			0,12			0,21			0,21			0,25			
n (Paare)	164			164			164			164			164			

Quelle: Basiserhebung der Pink-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, HH = Haushalt, t_i = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

¹ neues Referenzmodell zum Vergleich der Modellgüte für das Modell zur Paarbiografie I (Ausschluss von Variablen mit p > 0,250).

² neues Referenzmodell zum Vergleich der Modellgüte für das Modell zur Sozioökonomie (Ausschluss von Variablen mit p > 0,250).

Tabelle D2: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Infertilität des Paares, Wahrnehmung von Stigma und sozialem Druck (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten

	Sozioökonomie II ¹			Infertilität			Stigma			Sozialer Druck I ²			Sozialer Druck II ²		
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p
F: Alter (t ₁)	0,86	0,04	0,010	0,88	0,05	0,035	0,87	0,05	0,017	0,85	0,05	0,006	0,83	0,06	0,008
F: Alter quadr. (t ₁)	1,01	0,00	0,052	1,00	0,00	0,079	1,00	0,00	0,071	1,01	0,00	0,031	1,01	0,00	0,025
P: unverheiratet (t ₁)	1,63	0,21	0,000	1,41	0,19	0,011	1,65	0,21	0,000	1,61	0,20	0,000	1,54	0,22	0,003
P: Beziehungsdauer (t ₁)	1,05	0,02	0,003	1,04	0,02	0,032	1,05	0,02	0,001	1,06	0,02	0,000	1,05	0,02	0,011
P: SES	0,99	0,00	0,048	0,99	0,00	0,051	0,99	0,00	0,018	0,99	0,00	0,054	0,99	0,00	0,011
F: Zeitdruck				0,91	0,11	0,430									
P: Paarinteraktion in t ₁															
Frau und Mann zeitgleich				1											
Frau vor Mann				2,12	0,34	0,000									
Mann vor Frau				1,84	0,30	0,000									
ein Partner betrifft mich nicht				1,41	0,24	0,045									
ein Partner k. A.				1,60	0,36	0,035									
F: Stigma							1,12	0,20	0,523						
M: Stigma							0,71	0,13	0,061						
F: sozialer Druck										0,76	0,16	0,192			
M: sozialer Druck													1,09	0,21	0,664
Konstante	3,23	1,22	0,002	2,10	0,85	0,0068	3,27	1,22	0,002	4,42	1,75	0,000	4,03	2,02	0,009
AIC	454,46			452,28			456,81			419,88			363,84		
BIC	473,06			486,38			481,61			440,86			383,91		
Pseudo R ²	0,247			0,314			0,285			0,324			0,224		
n (Paare)	164			164			164			148			130		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Ann.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t₁ = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

¹ Referenzmodell für weitere Analysen.

² Die reduzierte Fallzahl aufgrund fehlender Werte ist zu beachten. Die Statistiken zur Modellgüte sind deshalb nicht direkt vergleichbar mit dem Referenzmodell „Sozioökonomie II“.

Tabelle D3: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: weitere gewünschte Kinderzahl (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten

	Kinderwunsch I			Kinderwunsch II		
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p
F: Alter (t_1)	0,88	0,05	0,045	0,87	0,05	0,022
F: Alter quadr. (t_1)	1,00	0,00	0,189	1,00	0,00	0,082
P: unverheiratet (t_1)	1,71	0,23	0,000	1,65	0,23	0,000
P: Beziehungsdauer (t_1)	1,05	0,02	0,003	1,05	0,02	0,005
P: SES	0,99	0,00	0,100	0,99	0,00	0,068
F: weitere gewünschte Kinder						
kein weiteres Kind	1,17	0,26	0,498			
1 weiteres Kind	1,11	0,21	0,593			
2+ weitere Kinder	1					
fehlende Angabe	0,88	0,19	0,551			
M: weitere gewünschte Kinder						
kein weiteres Kind	1,51	0,37	0,093			
1 weiteres Kind	1,35	0,29	0,170			
2+ weitere Kinder	1					
fehlende Angabe	1,67	0,40	0,031			
P: weitere gewünschte Kinder						
Frau mehr als Mann				1,12	0,21	0,553
Mann mehr als Frau				0,86	0,19	0,473
beide kein weiteres Kind				1,04	0,21	0,835
beide 1+ weitere Kinder				1		
beide Partner fehlende Angabe				1,02	0,21	0,945
Frau fehlende Angabe				0,85	0,16	0,397
Mann fehlende Angabe				1,24	0,23	0,243
Konstante	1,82	0,83	0,190	3,006	1,19	0,006
AIC	462,90			464,31		
BIC	500,10			501,51		
Pseudo R ²	0,301			0,276		
n (Paare)	164			164		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Tabelle D4: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses:
Geschlechterrollenvorstellungen (Gamma-Modell mit Log-Link),
exponierte Koeffizienten

	Geschlechterrollen I			Geschlechterrollen II		
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p
F: Alter (t_1)	0,90	0,06	0,090	0,90	0,06	0,125
F: Alter quadr. (t_1)	1,00	0,00	0,276	1,00	0,00	0,270
P: unverheiratet (t_1)	1,82	0,28	0,000	1,64	0,28	0,004
P: Beziehungsdauer (t_1)	1,05	0,02	0,003	1,04	0,02	0,038
P: SES	0,99	0,00	0,194	1,00	0,00	0,235
F: traditionelle Geschlechterrollen	1,01	0,00	0,700			
M: traditionelle Geschlechterrollen				1,08	0,00	0,037
Konstante	2,14	1,11	0,143	1,56	0,83	0,403
AIC	370,77			365,09		
BIC	390,89			385,16		
Pseudo R^2	0,257			0,247		
n (Paare)	131			130		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Tabelle D5: Determinanten der Dauer des Entscheidungsprozesses: Vorstellbarkeit von Alternativen zur Reproduktionsmedizin (Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten

	Alternativen I			Alternativen II		
	exp. Koeff.	SE	p	exp. Koeff.	SE	p
F: Alter (t_1)	0,87	0,05	0,018	0,88	0,05	0,023
F: Alter quadr. (t_1)	1,00	0,00	0,055	1,00	0,00	0,084
P: unverheiratet (t_1)	1,62	0,21	0,000	1,57	0,21	0,001
P: Beziehungsdauer (t_1)	1,05	0,02	0,001	1,05	0,02	0,005
P: SES	0,99	0,00	0,018	0,99	0,00	0,051
F: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar						
nicht vorstellbar	1					
vorstellbar	1,24	0,17	0,106			
fehlende Angabe	0,98	0,17	0,916			
M: Alternativen zu KW-Behandlung vorstellbar						
nicht vorstellbar	1					
vorstellbar	1,09	0,14	0,503			
fehlende Angabe	1,34	0,27	0,150			
P: Alternativen zu KW-Behandlung Vorstellbar						
für beide				1,37	0,27	0,111
nur für Frau				1,18	0,19	0,314
nur für Mann				1,02	0,19	0,925
für beide nicht				1		
mind. ein Partner fehlende Angabe				1,28	0,20	0,125
Konstante	2,62	0,99	0,015	2,62	1,04	0,015
AIC	459,27			460,26		
BIC	490,27			491,26		
Pseudo R^2	0,323			0,271		
n (Paare)	164			164		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.

Anm.: F = Frau, M = Mann, P = Paar, t_1 = Status zum Zeitpunkt der ersten Sorgen um die ausbleibende Schwangerschaft.

Tabelle D6: Paartypologie und die Dauer des Entscheidungsprozesses
(Gamma-Modell mit Log-Link), exponierte Koeffizienten

	exp. Koeff.	SE	p
Gutsituierte in stabilen Partnerschaften	0,67	0,11	0,016
Neu-/Spätstarter	0,53	0,09	0,000
Aufschieber	0,77	0,15	0,190
Junge Familienorientierte	1		
Eltern	0,62	0,14	0,034
Konstante	2,11	0,24	0,000
AIC	523,10		
BIC	539,12		
Pseudo R ²	0,074		
n (Paare)	182		

Quelle: Basiserhebung der PinK-Studie 2012/13, eigene Berechnungen.