

KONTRAZEPTION, KONZEPTION, KINDER ODER KEINE

DOKUMENTATION EINER EXPERTENTAGUNG

BAND 6

Herausgeberin: Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

**KONTRAZEPTION,
KONZEPTION,
KINDER
ODER KEINE**

DOKUMENTATION EINER EXPERTENTAGUNG

Herausgeberin: Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung
Köln, 1996

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine : Dokumentation einer Expertentagung /
[Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung. Red.: Angelika Hessling; Stefanie Amann]. –
Köln : BZgA, 1996

(Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung; Bd. 6)

ISBN 3-9804580-8-3

NE: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <Köln>; GT

Die Beiträge dieser Fachheftreihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muß. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

– Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung –

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 02 21 / 89 92-0

Redaktion: Angelika Heßling, Stefanie Amann

Konzept und Gestaltung: KÜHN & Partner, Ruppichterorth

Joachim Kubowitz, luxsiebenzwo grafikdesign, Köln

Druck: Moeker Merkur Druck, Köln

Alle Rechte vorbehalten

Auflage: 1./3./11.96

Band 6 ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln.

Bestellnummer: 133 000 06

INHALT

VORWORT	5
CORNELIA HELFFERICH ZUR NOTWENDIGKEIT EINER LEBENSWELT- UND LEBENS LAUFBEZOGENEN, INTERDISZIPLINÄREN PERSPEKTIVE DAS TAGUNGSKONZEPT UND DIE SEKUNDÄRAUSWERTUNG DER DESIS-STUDIE	7
WILFRIED KARMAUS, CORNELIA HELFFERICH, HANS-GEORG NEUMANN MATERIALIEN ZUR DESIS-STUDIE „DEUTSCHE STUDIE ZU INFERTILITÄT UND SUBFEKUNDITÄT“	15
GÜNTER BURKART GRENZEN BIOGRAPHISCHER PLANBARKEIT UND DIE ENTSCHEIDUNG ZUR ELTERN SCHAFT	27
CORNELIA HELFFERICH, INGRID KANDT WIE KOMMEN FRAUEN ZU KINDERN – DIE ROLLE VON PLANUNG, WÜNSCHEN UND ZUFALL IM LEBENS LAUF	51
JÖRG FICHTNER WIE MAN(N) VERHÜTET, SO LIEBT MAN(N) MÄNNER UND KONTRAZEPTION	79
ELMAR BRÄHLER PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE VON FRUCHT BARKEITSSTÖRUNGEN	99
CORNELIA HELFFERICH, MARION KÜPPERS-CHINNOW VERBREITUNG VON UND UMGANG MIT FRUCHT BARKEITSSTÖRUNGEN	113
USCHI RADERMACHER SELBSTHILFE UNGEWOLLT KINDER LOSER, DÜSSELDORF	137
PETER GOEBEL KONTRAZEPTION UND KONZEPTION ALS KONFLIKTLÖSUNG	142
CORNELIA HELFFERICH, ULRICH DÄSSLER, WILFRIED KARMAUS VERBREITUNG VON UND UMGANG MIT SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN	148
TEILNEHMER/-INNEN	162
LITERATUR	165

VORWORT

Die BZgA führte 1995 in Zusammenarbeit mit dem Freiburger Institut für Gesundheitswissenschaften eine Expertentagung durch. Der vorliegende Sonderband der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Familienplanung dokumentiert die wissenschaftlichen Beiträge dieser von der BZgA geförderten Veranstaltung.

Ziel der Tagung war es, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Fruchtbarkeit, Kontrazeption, Kinderwunsch und die Folgen von Fruchtbarkeitsstörungen anzuregen. Diese Bereiche sollten als Aspekte eines umfassenden Prozesses im Lebenslauf von Frauen und Männern diskutiert werden, um aus den gewonnenen Erkenntnissen Hilfen und Unterstützungsangebote zu entwickeln.

Die Ergebnisse der Tagung dienen der Neu- und Weiterentwicklung von Konzepten und Materialien u. a. im neuen Arbeitsschwerpunkt „Familienplanung“ der BZgA.

Der tiefgreifende gesellschaftliche Wandel zum Thema „Familienplanung“ erfordert neue, differenzierte Konzepte und Maßnahmen für die Aufklärungs- und Beratungsarbeit. Hierbei müssen die individuellen Lebensentwürfe von Frauen und Männern in immer stärkerem Maße Berücksichtigung finden. Gleichzeitig müssen sie in Bezug gesetzt werden zu den heutigen Möglichkeiten und Grenzen der Planbarkeit reproduktiven Verhaltens.

Als konkrete Umsetzung der Tagungsergebnisse entwickelt die BZgA derzeit zwei Broschüren zu den Themenfeldern „Ungewollte Kinderlosigkeit“ und „Kinderwunsch“.

Abteilung für Sexuaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Köln, November 1996

ZUR NOTWENDIGKEIT EINER LEBENSWELT- UND LEBENS- LAUF-BEZOGENEN, INTERDISZIPLINÄREN PERSPEKTIVE

DAS TAGUNGSKONZEPT UND DIE SEKUNDÄRAUSWERTUNG DER DESIS-STUDIE

Kontrazeption oder keine: Warum verhüten manche Menschen (sicher) und andere nicht? Konzeption oder keine: Warum werden manche Frauen schnell oder sogar unter Verhütung schwanger und andere später oder gar nicht? Kinder oder keine: Entscheiden wir das alleine? Diese Fragen umreißen das Thema dieser Tagung.

PLANUNG VON VERHÜTUNG

Kontrazeption wird meist als Verhütung einer ungewollten Schwangerschaft bzw. als Prävention eines Schwangerschaftsabbruchs verstanden. Das ist eine negative Bestimmung: Es geht darum, daß etwas, nämlich eine Schwangerschaft, nicht eintreten soll. Aus der Sicht der Verhütenden geht es allerdings auch um positive Aspekte, z.B. um die Gestaltung sexueller Begegnungen oder um die Planung des Lebens. Positiv gesehen, werden nicht nur Schwangerschaften verhindert, sondern das Leben wird gestaltet: Auch wenn nicht in jedem Moment eine bewußte Entscheidung getroffen wird, (jetzt) kein Kind zu wollen, so ist Kontrazeption

doch mit dem Gefühl verbunden, die Fruchtbarkeit in einem bestimmten Sinn steuern zu können. In dieser positiven Formulierung wird die Parallelität von Kontrazeption und Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen sichtbar: Beide sind mit demselben „Steuerungs“-Anspruch verbunden. Kontrazeption verhindert ungewollte Schwangerschaften, die ohne Verhütung eintreten würden; eine Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen ermöglicht gewollte Schwangerschaften, die ohne Behandlung ausbleiben würden. Soweit die Theorie.

Tatsächlich sind die Möglichkeiten, die „Kinderfrage“ den Wünschen entsprechend bewußt zu planen, heute, verglichen mit früher, in einer historisch einmaligen Form gegeben:

- Verhütungsmittel ermöglichen es, nicht gewollte Schwangerschaften zu verhindern.
- Sichere legale Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen es – unter Vorbehalten –, eine Schwangerschaft nicht auszutragen.

- Die Reproduktionsmedizin schiebt die Grenzen des Machbaren bei der „Herstellung“ einer Schwangerschaft immer weiter hinaus.

Das Charakteristische an der lebensweltlichen Alltagsorientierung der Menschen ist aber gerade, daß das Leben und insbesondere das generative Verhalten nicht einfach planbar ist, nicht als einfach planbar erlebt wird und nicht einfach geplant wird. Eine geradlinige Verbindung von eindeutigen Wünschen mit gezielter rationaler Planung und einer Umsetzung dieser Planung in die Realität (mit Hilfe medizinischer Technik) läßt sich als durchgängiges Lebensmuster nicht belegen. Ungewollte Schwangerschaften und ungewollte Kinderlosigkeit zeigen die Grenzen der Planbarkeit und der wunschgemäßen Reproduktion auf. „Kinder oder keine“ – das bestimmen Frauen auch nach der Eröffnung der Möglichkeit von legalen Schwangerschaftsabbrüchen nicht allein, wie die Parole der Frauenbewegung in den 70er Jahren gefordert hatte. Empirische Untersuchungen zeigen Widersprüche zwischen Intentionen und Verhalten in verschiedenen Bereichen reproduktiven Verhaltens; es wurde auch gezeigt, daß sogar Verhalten und Wünsche von Frauen und Männern in sich widersprüchlich sein können.

Aber was durchkreuzt die Planung? Manche alltagsweltlichen Deutungen sehen hier eine „Natur“ am Werk, die der „Technik“ ein Schnippchen schlägt, und projizieren einen Kampf um Naturbeherrschung auf die Fragen der Fruchtbarkeitskontrolle. Umgekehrt bemüht sich die somatische Reproduktionsmedizin, der „Natur“ – jetzt im medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinn verstanden als bio-physiologische Vorgänge im menschlichen Körper – ein Schnippchen zu schlagen.

Während sie ihre Methoden, um die geringen Erfolgswahrscheinlichkeiten zu erhöhen, immer mehr verfeinert, entwickelt sich ein anderer Zweig der Medizin, der die unerwarteten Fehlschläge bei Behandlungen, aber auch die unerwarteten „Erfolge“ außerhalb von Behandlungen auf eine andere Weise erklärt: Die Psychosomatik der Infertilität nimmt Bezug auf komplexe Emotionen, Konflikte und Ambivalenzen, die einer bewußten Planung zuwiderlaufen können, und die dem Geschehen eine eigene Logik als Psychodynamik aufprägen. Entsprechend lassen sich die Theorien des „Kinderwunsches“ einteilen in solche, die das reproduktive Verhalten als Ausdruck eines natürlichen Fortpflanzungswunsches, in solche, die es als Ausdruck einer intentionalen und von zweckrationalen Abwägungsprozessen geleiteten Planung, und in solche, die es als Ausdruck einer ambivalenten und konflikthaften Psychodynamik betrachten (vgl. Übersicht bei GLOGER-TIPPELT/GOMILLE/GRIMMIG [1993]). Ähnlich lassen sich Fragen der Natürlichkeit, der Rationalität und der Psychodynamik des kontrazeptiven Verhaltens diskutieren.

TAGUNGSKONZEPT

Auf der Tagung der BZgA wurden diese Aspekte aufgegriffen, aber ein weiterer Aspekt hinzugefügt, der sich als relevant sowohl für Kontrazeption als auch für den Umgang mit dem Ausbleiben einer gewollten Schwangerschaft erweist, und der gerade für die Erarbeitung von Hilfen und Materialien, die sich an größere soziale Gruppen richten, wichtig ist: Die Vorstellungswelten und Handlungsoptionen von Menschen entwickeln sich stets im gesellschaftlichen Raum. Dieser gesellschaftliche Raum hält nicht nur eine zunehmende „Wahlfreiheit“ bereit aufgrund der Freisetzung von tradi-

gesellschaftlichen Strukturen braucht man mindestens zwei Augen.

BIOGRAPHISCHE PERSPEKTIVE

Das gegenwärtige Verhalten von Frauen und die aktuellen Wünsche für die Zukunft sind bestimmt durch die Verarbeitung der vergangenen und der gegenwärtigen Lebenssituation. Während üblicherweise z.B. Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche, kontrazeptives Verhalten oder „Kinderwünsche“ als einzelne Ereignisse aus dem Erfahrungskontext des Lebenslaufs herausgetrennt werden, sollte auf dieser Tagung das Handeln vor dem biographischen Hintergrund verstanden werden. Ein weiterer Grund spricht für einen biographischen Ansatz: Er eignet sich, um interdisziplinäre Aspekte in einen Rahmen zu stellen. BURKART (1994) hat darauf hingewiesen, daß gerade die wechselseitige Verschränkung von Strukturzwängen und von Handlungsautonomie ihre angemessene Thematisierung im Rahmen einer Theorie der Entwicklung im Lebenslauf erfährt.

BEREICHSÜBERGREIFENDE DISKUSSION

Die verschiedenen Aspekte reproduktiven Verhaltens sind heute weitgehend entkoppelt: Heterosexualität muß nicht in eine Schwangerschaft, eine Schwangerschaft nicht in eine Geburt münden. Die Medizin arbeitet an den technischen Voraussetzungen für eine Trennung der sozialen und der biologischen Mutterschaft. Die Trennungen führten dazu, daß die einzelnen Aspekte wie Sexualität, Fruchtbarkeit bzw. ihre Störungen, Kontrazeption, Schwangerschaftsabbruch und Kinderwunsch kaum aufeinander bezogen werden. Der Abbruch einer unge-

wollten Schwangerschaft wird z.B. in einem anderen „Diskurs“ diskutiert als das Ausbleiben einer gewünschten Empfängnis. Die jeweiligen Diskurse haben eine je eigene Struktur, eigene Prämissen und Verankerungen. Dennoch hängen die Aspekte im biographischen Prozeß und im Erleben der Menschen zusammen: Menschen wählen einen Partner/eine Partnerin – oder nicht, wünschen sich ein Kind – oder nicht, haben Geschlechtsverkehr – oder nicht, werden schwanger – oder nicht, lassen die Schwangerschaft abbrechen – oder nicht, haben eine Fehlgeburt – oder nicht, bekommen ein Kind – oder nicht. In der Verarbeitung dieser eintretenden oder ausbleibenden Ereignisse konstituiert sich die Dynamik der reproduktiven Biographie der einzelnen. Auch emotional beeinflussen sich die Erlebensbereiche Sexualität, Partnerschaft, Fruchtbarkeit etc. gegenseitig. Auf der Tagung sollten bereichsübergreifende Bezüge hergestellt werden. Zwar wurde ein Schwerpunkt bei Fruchtbarkeitsstörungen gesetzt, aber dieser wurde eingebettet in den Kontext subjektiver Prozesse, die sich, biographisch geprägt und zugleich sozial bestimmt, vom eigenen Verhältnis zur Frage eigener Kinder bis zur abschließenden Verarbeitung der Fruchtbarkeitsstörung erstrecken. Die anderen Aspekte, wie z.B. kontrazeptives Verhalten, werden in ähnlicher Weise in denselben Kontext eingebettet. Indem alle Bereiche als Aspekte eines umfassenden Prozesses im Lebenslauf gesehen werden, wird ein Schritt in die Richtung einer Sozio-Psychosomatik der Reproduktion gegangen.

Der interdisziplinäre und übergreifende Diskussionsansatz legte das Risiko nahe, bei den Einladungen zu der Tagung gezielt Personen aus Bereichen zusammenzubringen, zwischen denen sich Spannungen, Konflikte,

tionellen Bindungen und Normen und einer Verbreitung der Möglichkeiten zur Fruchtbarkeitskontrolle, sondern auch neue Zwänge, wie BECK-GERNSHEIM (1991) betont. Zahlreiche gesellschaftliche Widersprüche lassen sich nicht auf subjektive Ambivalenzen reduzieren, im Gegenteil, sie sind es, die diesen subjektiven Ambivalenzen erst Nahrung und Ausdrucksformen verschaffen. Gerade ein Vergleich zwischen Frauen im Osten und im Westen Deutschlands zeigt, daß den Mustern von Planung oder Nicht-Planung gesellschaftliche Bedingungen zugrunde liegen. Eine Rolle spielt dabei unter anderem der Grad der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Bedeutung bzw. die emotionale Aufladung privater Beziehungen (zum Partner, zu Kindern) und der Grad bzw. das Muster der Individualisierung, wie sie Frauen betrifft. Wie auch die Beiträge zeigen, haben sich im Osten und im Westen unterschiedliche Reproduktionsstrukturen und -kulturen entwickelt. Menschliches Verhalten, menschliche Konflikte und menschliche Konfliktlösungen, so lautet eine Ausgangsthese des Tagungskonzeptes, sind durch diese Strukturen und Kulturen geprägt, enthalten aber auch Momente von Autonomie und modifizieren damit die Strukturen und Kulturen oder stellen sie (wieder) her.

Aus diesen Überlegungen ergab sich eine Reihe von Eckpunkten für das Tagungskonzept:

EINBEZUG DER SUBJEKTIVEN PERSPEKTIVE UND DES SUBJEKTIVEN ERLEBENS VON FRAUEN UND MÄNNERN

Ein solcher Ansatz ermöglicht einen verstehenden Zugang zu der Gestaltung des reproduktiven Lebens und zu den Fragen, warum

Menschen sich Kinder wünschen oder nicht, warum sie verhüten oder nicht, warum sie in bestimmten Situationen schwanger werden oder nicht, warum sie eine Schwangerschaft abbrechen oder nicht. Vor dem Hintergrund des subjektiven Bezugsrahmens bekommen Inkonsistenzen zwischen Intention und Verhalten und der Umgang mit nicht geplanten reproduktiven Ereignissen eine eigene „subjektive Logik“ entgegen der normativen Vorgabe von Rationalität im Verhalten (vgl. HELFFERICH/V. TROSCHKE [1985] als qualitativ-biographische Untersuchung, die den Zugang zu der „subjektiven Logik“ eröffnet). Das Aufgreifen der subjektiven Perspektive ist einer der Grundgedanken lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, es hilft zudem angemessene Beratungs- und Behandlungsformen zu entwickeln und den tatsächlichen subjektiven Handlungsbedarf zu bestimmen.

INTERDISZIPLINÄRE DISKUSSION

Bekanntlich wissen Spezialisten von immer weniger immer mehr. „Man könnte sagen, daß jede disziplinär ausgerichtete Theorie des generativen Verhaltens ihren besonderen blinden Fleck hat. Da aber der blinde Fleck bei jeder Disziplin an einer anderen Stelle sitzt, vergrößert die Addition immer neuer disziplinärer Aspekte nicht nur die Summe des Wissens, sondern auch die durch das Wissen geschaffene Blindheit.“ (BIRG et al. [o. J.]) Auf der Tagung wurden Spezialisierungen aufrechterhalten; sie wurden aber nicht addiert, sondern Verständigungsformen wurden entwickelt, um voneinander da zu profitieren, wo der eigene Erklärungs- und Handlungsansatz seine Grenzen hat. Gerade für einen „tiefenscharfen“ Blick auf menschliches Handeln in der Individualität und in

Unverträglichkeiten und Konkurrenzen eingebürgert haben: aus Theorie und Praxis, aus Ost und West, aus Medizin, Psychosomatik, Psychologie und Soziologie, aus Wissenschaft, Beratungs-/Behandlungspraxis und Politik, Professionelle und Betroffene, Personen mit unterschiedlichem weltanschaulichen Hintergrund. Daß die Tagung ein Erfolg war, ist nicht allein dem Tagungskonzept zu verdanken, sondern vor allem den Teilnehmern und Teilnehmerinnen, die bereit waren, der dreifachen Forderung, über den eigenen Tellerrand zu blicken, nachzukommen: mit einem Blick über die Grenzen der eigenen Disziplin bzw. des eigenen Tätigkeitsfeldes hinaus, mit einem Blick über die Gegenwart hinaus in Vergangenheit und Zukunft und mit einem Blick über die Spezifik der bereichsbezogenen Diskurse hinaus. Für die Referate wurden WissenschaftlerInnen, die in ihren Arbeiten zu reproduktiven Ereignissen einen übergreifenden Bezug und einen interdisziplinären Ansatz erkennen ließen, sowie eine Vertreterin einer Selbsthilfegruppe eingeladen. Alle teilen in gewissem Sinn eine Perspektive des Lebenslaufs: Wenn es um Konflikte und Konfliktlösungen geht – beides hat sich als zentrale Begrifflichkeit erwiesen –, ist eine lebensgeschichtliche Dimension mitgedacht. Strukturierung des Lebenslaufs ist Thema der soziologischen Biographieforschung. In der Beratung und Selbsthilfe kann die Vergangenheit nicht ausgeklammert werden, und an der Zukunft wird gearbeitet.

ZU DEN EINZELNEN BEITRÄGEN IN DIESEM BAND

GÜNTER BURKART stellt grundsätzliche theoretisch-konzeptionelle Überlegungen vor, die sich im Zusammenhang mit einer in der Lebenslaufforschung verankerten qualitativ-

biographischen Untersuchung zum „Übergang in die Elternschaft“ ergaben. Es lassen sich dabei für spezifische soziale Milieus Muster des „Übergangs in die Elternschaft“ beschreiben. Gemeinsam haben diese Muster, daß die Grenzen der biographischen Planbarkeit und die Bedeutung lebensgeschichtlicher Ereignisse, biographischer Zwangsläufigkeiten, kulturell vorgegebener Optionen, sozialer Einbettung und individueller Entscheidungen erkennbar werden.

Im Anschluß werden Ergebnisse aus einer Sekundärauswertung der Untersuchung „Deutsche Studie zur Infertilität und Subfertilität“ (DEISIS) vorgetragen zu Fragen der Planung von Schwangerschaften, zur Kontrazeption und insbesondere zu Inkonsistenzen in dem Sinn, daß Frauen keine Schwangerschaft planten, aber nicht verhüteten. Hier kommt ebenfalls eine biographische Perspektive zum Tragen, da die Schwangerschaften in ihrer Abfolge betrachtet werden konnten. Da die Studie quantitative und qualitative Erhebungsmethoden verwendete, sind sowohl Verteilungsaussagen als auch eine Interpretation im Rückgriff auf subjektive Deutungen möglich.

JÖRG FICHTNER stellt die Ergebnisse einer Untersuchung zu AIDS-Prävention und Kontrazeption bei Männern dar, die an der Abteilung für Medizinische Soziologie durchgeführt wurde, und bezieht die Dimensionen Sexualität und Partnerschaft ein.

ELMAR BRÄHLER geht auf die Entwicklung der Psychosomatik der Fruchtbarkeitsstörungen in den letzten Jahren und auf die Arbeiten in dem aktuellen Forschungsschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft (BMBW) ein. Anhand des schwierigen Verhältnisses zwischen den Fachleuten aus

SEKUNDÄRAUSWERTUNG DER DESIS-STUDIE

der Reproduktionsmedizin, Psychosomatik und Psychologie wirft BRÄHLER einen kritischen Blick auf kursierende Mythen und Verklärungen, auf den unseriösen Umgang mit Statistiken, auf Pathologisierungstendenzen und Behandlungs- und Forschungsdefizite.

Anschließend werden weitere quantitative und qualitative Ergebnisse der Sekundärauswertung der DESIS-Studie vorgestellt. Die Auswertung liefert Daten zur objektiven Verbreitung und zur subjektiven Wahrnehmung von Fruchtbarkeitsstörungen sowie zur Inanspruchnahme von Behandlungen in einer nicht-selektierten weiblichen Allgemeinbevölkerung.

USCHI RADERMACHER stellt die Entstehung und Aktivitäten der Selbsthilfegruppe ungewollt Kinderloser in Düsseldorf vor.

PETER GOEBEL diskutiert ungewollte Schwangerschaften im Zusammenhang mit der Lösung lebensgeschichtlicher Konflikte anhand einer Falldarstellung. Eine Zusammenfassung gibt typische Konfliktsituationen wieder, wie sie in einer Untersuchung bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen lassen wollten, gefunden wurden.

Letzter Auswertungspunkt der Sekundärauswertung der DESIS-Studie sind Ergebnisse zu Schwangerschaftsabbrüchen. Gesellschaftliche Einflußfaktoren werden erkennbar. Insbesondere zeigt die Positionierung der Abbrüche in der reproduktiven Biographie einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen im Osten und im Westen Deutschlands in der Unterscheidung, ob erste oder letzte Schwangerschaften abgebrochen werden.

Das Tagungskonzept mit den Eckpunkten Einbezug der subjektiven Perspektive, interdisziplinärer Ansatz, biographische Perspektive und bereichsübergreifende Bezüge steht in einem engen Zusammenhang mit der Sekundärauswertung der zuerst vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (heute: BMBW) im Forschungsschwerpunkt Fruchtbarkeitsstörungen geförderten „Deutschen Studie zu Infertilität und Subfertilität“. In der ersten Auswertung waren Prävalenz von Fruchtbarkeitsstörungen, Inanspruchnahme von Behandlung, Risikofaktoren für Fruchtbarkeitsstörungen wie z.B. berufliche Schadstoffexposition sowie reproduktive Verluste in der weiblichen Allgemeinbevölkerung untersucht worden (PROJEKTGRUPPE DESIS [1994]). Diese Studie eignete sich für eine Sekundärauswertung unter den konzeptionellen Eckpunkten,

- weil sie die reproduktive Biographie, d.h. alle zurückliegenden Schwangerschaften retrospektiv in ihrer Reihenfolge erhoben und einzeln abgefragt hatte (biographische Perspektive),
- weil sie die reproduktive Biographie nicht nur in standardisierter Form, sondern auch bei einer Unterstichprobe mit einem qualitativ-biographischen Leitfadenterview erhoben hatte. Personenbezogen lagen somit für diese Teilgruppe zwei unterschiedliche Arten biographischer Daten vor (über die qualitativen Interviews: Einbezug der subjektiven Perspektive),
- weil sie auf einer Bevölkerungsstichprobe und nicht auf einer klinischen Stichprobe beruhte,

- weil mit den Erhebungsorten Hamburg, Freiburg und Rostock ein Vergleich zwischen Frauen aus dem Osten und dem Westen Deutschlands möglich war,
- weil sich im Forschungsteam unterschiedliche Fachrichtungen (Medizin, Psychologie, Soziologie) zusammenfanden (Interdisziplinarität),
- weil verschiedene Aspekte des reproduktiven Geschehens, z.B. Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten, Verhütung, Planung der Schwangerschaft, erhoben worden waren (bereichsübergreifende Diskussion).

Insbesondere in der qualitativen Teilstudie konnte der Zusammenhang aller dieser Aspekte im Lebenslauf nachvollzogen werden.

Ein Nachteil der DESIS-Studie liegt allerdings darin, daß nur Frauen befragt worden waren. Ein weiteres Problem, das die Verallgemeinerbarkeit in einigen Punkten einschränkt, liegt in der Tatsache, daß im Osten Deutschlands nur Frauen in einem ländlichen Gebiet befragt wurden und zudem nur eine kleine Fallzahl erreicht werden konnte. Diese Einschränkung ist bei Ost-West-Vergleichen stets zu berücksichtigen.

Die Sekundärauswertung wurde von der BZgA in Verbindung mit der Tagung gefördert. In diesem Tagungsband sind die wesentlichen Angaben zur Durchführung der DESIS-Studie zusammengestellt. Detailliertere Angaben lassen sich dem Abschlußbericht (PROJEKTGRUPPE DESIS [1994]) entnehmen.

An dieser Stelle möchte ich noch allen denen danken, die die DESIS-Studie und die Tagung ermöglicht haben: dem Bundesministerium für Forschung und Technologie für die primäre Förderung, der BZgA für die Förderung der Sekundärauswertung, Angelika Heßling und Mechthild Paul für die Zusammenarbeit, dem Freiburger Institut für Gesundheitswissenschaften, insbesondere Frau Gutmann, Miriam Engelhard und Daniela Mauthe für die organisatorische Betreuung der Tagung. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. v. Troschke, Ursula Häberlein, Kirsten Schehr, Barbara Buddrus, Karin Griese, Christina Goethe, Frau Maschke, Sabine Maier, Emilie Müller, Wallburga Stiegert, Sigrid Prüfer und allen anderen, die neben den in den Beiträgen genannten Personen entscheidend die Arbeit der DESIS-Studie getragen haben. Jutta Begenau danke ich, daß sie uns in den gemeinsamen Diskussionen ein Verständnis für die Situation der Frauen in den neuen Bundesländern eröffnet hat. Mein ganz besonderer Dank aber gilt all den Frauen, die mit ihrer Bereitschaft zu einer Teilnahme uns die hier vorgetragenen Erkenntnisse erst möglich gemacht haben.

LITERATUR

BECK-GERNSHEIM, E. (1991): Technik, Macht und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt/M., Fischer

BIRG, H., FELBER, W., FLÖTHMANN, E.-J. (o.J.): Arbeitsmarktdynamik, Familienentwicklung und generatives Verhalten – Eine biographische Konzeption für Untersuchungen demographisch relevanter Verhaltensweisen, IBS-Materialien Band 16, Köln: Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik

BURKART, G. (1994): Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien, Stuttgart, Enke

PROJEKTGRUPPE DESIS (1994): Untersuchungen zur Infertilität und Subfertilität. Deutscher Beitrag zur EG-Studie. Abschlußbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie, Rostock/Hamburg/Freiburg

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

HELFFERICH, C., v. TROSCHKE, J. (1985): Ursachen unzureichender Verhaltensweisen von Frauen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften, Abschlußbericht im Auftrag des BMJFG, Freiburg/Bonn

WETTERER, A., WALTERSPEL, G. (1983): Der weite Weg von den Rabenmüttern zu den Wunschkindern. Zur Logik der Bevölkerungsentwicklung seit dem Mittelalter, in: HÄUSSLER, M. et al.: Bauchlandungen. Abtreibung, Sexualität, Kinderwunsch. München, Frauenbuchverlag, S. 15-58

**WILFRIED KARMAUS,
CORNELIA HELFFERICH, HANS-GEORG NEUMANN**

MATERIALIEN ZUR DESIS-STUDIE

„DEUTSCHE STUDIE ZU INFERTILITÄT UND SUBFEKUNDITÄT“

Die „Deutsche Studie zu Infertilität und Subfekundität – Deutscher Beitrag zur EG-Studie“ wurde gefördert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie, FKZ 01 KY 9101, und in der Zeit von Oktober 1991 bis Mai 1994 durchgeführt von:

- NORDIG Institut für Gesundheitsforschung und Prävention, Hamburg –
DR. WILFRIED KARMAUS,
DIPL.-SOZÖK. INGRID KANDT,
MARION KÜPPERS-CHINNOW u.a.
- Institut für Sozialmedizin,
Universität Rostock –
PROF. DR. HANS-GEORG NEUMANN,
ULRICH DÄSSLER u.a.
- Abteilung für Medizinische Soziologie,
Universität Freiburg –
Prof. DR. JÜRGEN VON TROSCHKE
DR. CORNELIA HELFFERICH,
DIPL.-VOLKSW. URSULA HÄBERLEIN,
DIPL.-PSYCH. KIRSTEN SCHEHR u.a.

An der von der BZgA geförderten und im Juli/August 1995 durchgeführten Sekundärauswertung waren ebenfalls alle drei Institutionen beteiligt, die Koordination oblag der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg.

STUDIENDESIGN

Die Studie besteht aus drei Teilerhebungen:

C1: Befragung einer **bevölkerungsbezogenen Zufallsstichprobe** 25- bis 45jähriger Frauen in verschiedenen Regionen Deutschlands zu zurückliegenden Schwangerschaften und Zeiten, in denen Schwangerschaften riskiert wurden, mittels eines **standardisierten Fragebogens, persönliches Interview**, n = 1531

C2: Befragung von **Wöchnerinnen in ausgewählten Kliniken** ohne Altersbegrenzung in verschiedenen Regionen Deutschlands zur aktuell entbundenen Schwangerschaft mittels eines **standardisierten Fragebogens, selbst ausgefüllt**, n = 1318

C3: Befragung einer mittels eines kontrastierenden Stichprobenverfahrens **aus der Stichprobe von C1 ausgewählten Teilgruppe von Frauen mit einem qualitativ-biographischen Interviewleitfaden**, n = 119

In die Sekundärauswertung gehen nur Daten aus C1 (quantitative Daten) und C3 (qualitative Daten) ein. Für die C3-Untergruppe von C1 existieren, personenbezogen zugeordnet, sowohl die Aussagen aus dem standardisierten Fragebogen als auch qualitative Aussagen.

FRAGESTELLUNG DER PRIMÄRAUSWERTUNG

- Prävalenz von (Episoden von) Subfertilität,
- Risikofaktoren,
- Nachfrage nach medizinischem und anderem Rat, sowie Behandlung.

Definitionen

Subfertilität

(verminderte Fruchtbarkeit)

(gemäß internationaler Übereinkunft):

„Geschlechtsverkehr ohne Kontrazeption über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten ohne Eintreten einer Schwangerschaft“

TTP (Time to Pregnancy)

„Wartezeit“: „Zeit bis zur Schwangerschaft nach Absetzen von Kontrazeption/ Wiedereintritt der Regelblutung nach vorangegangener Schwangerschaft“

PUNP (Period of Unprotected intercourse not leading to Pregnancy)

„Zeitspanne von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, die nicht mit einer Schwangerschaft endet“

Anfangszeit:

„Zeitpunkt des Beginns der TTP oder PUNP“

Erhobene Risikofaktoren

Beruf (Branche, Tätigkeiten, Schichtarbeit; Frau und Mann), Rauchen, Alkohol (Frau und Mann), Koffein (Frau), Häufigkeit von Geschlechtsverkehr, vorhergegangener Gebrauch von oraler Kontrazeption, die Fruchtbarkeit beeinträchtigende Krankheiten (Frau und Mann), Ausbildungsstatus (Frau und Mann), Wohnort (Frau).

FRAGESTELLUNG DER SEKUNDÄRAUSWERTUNG

- Planung von Schwangerschaften,
- Schwangerschaften unter Kontrazeption,
- „Wartezeiten“,
- Inanspruchnahme von Behandlung,
- jeweils mit sozialen Merkmalen korreliert

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR STUDIE, ERHEBUNGSTEIL C1

DESIGN

Standardisiertes Interview (deutsche Version des europäischen Fragebogens), Fragebogen durch Interviewerin in face-to-face-Situation ausgefüllt nach Selbstangaben der Befragten.

STICHPROBE

Altersgeschichtete bevölkerungsbezogene Zufallsstichprobe (Einwohnermeldeämter) in Hamburg-Stadt (HH), Steinburg (STE), Freiburg-Stadt (FRS), Freiburg-Land (FRL), Rostock-Land (ROS)

Frauen, 25 bis 45 Jahre alt, Erstwohnsitz in der Region. Ausschlusskriterien: verzogen,

Interviewfragen können nicht selbständig bzw. ohne Übersetzung durch Dritte beantwortet werden.

Teilnahmequoten und Non-Responderinnen

Angeschrieben: 3183 Frauen, davon nicht zur Stichprobe gehörig: 324. Davon waren 75% telefonisch erreichbar, 25% (in Rostock 95%) wurden persönlich kontaktiert. Teilnahmequote insgesamt: 54%, mit regionalen Unterschieden. Erhebung sozio-demographischer Eckdaten der Non-Responderinnen (Kurzfragebogen zu Alter, Familienstand, Kinderzahl, Berufstätigkeit), zur Prüfung eines Partizipations-Bias.

Sicherung der Qualität der Daten

- Zentrale und ausführliche Schulung aller Interviewerinnen
- Austausch der Interviewerinnen zwischen den drei Zentren
- Protokollierung aller Absprachen zum Vorgehen und Instrument Erhebung von Sozialdaten bei Non-Responderinnen
- Eingabe- und Datenkontrolle.

AUSWERTUNG

SAS-Programm, zur Darstellung der TTP insbesondere Survival-Analyse.

Tab. 1

BESCHREIBUNG DER STICHPROBE						
Alter und Familienstand (in C ₁)						
	Ost-Stadt	Ost-Land	Ost-gesamt	West-Stadt	West-Land	West-gesamt
C₁-Studie (N=1 531)	- c)	n = 227	n = 227	n = 705	n = 599	n = 1 304
Alter a) b)						
25–29	–	22,0%	22,0%	21,7%	17,9%	19,9%
30–34	–	33,5%	33,5%	27,5%	28,4%	27,9%
35–39	–	25,1%	25,1%	25,4%	24,2%	24,9%
40–45	–	19,4%	19,4%	25,4%	29,5%	27,3%
Familienstand						
ledig	–	6,6%	6,6%	17,0%	5,8%	11,9%
feste Beziehg.	–	10,1%	10,1%	26,1%	13,2%	20,2%
verheiratet	–	83,3%	83,3%	56,9%	81,0%	67,9%

a) Alter zum Zeitpunkt der Erhebung.
 b) Die C₁-Stichprobe hatte eine Altersvorgabe von 25–45 Jahren.
 c) Die C₁-Stichprobe wurde im Osten ausschließlich in einer ländlichen Region um Rostock herum durchgeführt.

Tab. 2

**BESCHREIBUNG DER STICHPROBE
KINDERZAHL NACH ALTER DER FRAU UND REGION (IN C1)**

Alter a)/Kinderzahl b)	West-Stadt	West-Land	West gesamt	Rostock-Land
25–29 Jahre	N = 153	N = 107	N = 260	N = 50
1 Kind	20,9%	26,2%	23,1%	30,0%
2 Kinder	11,1%	20,6%	15,0%	46,0%
3 u. mehr Kinder	3,9%	6,6%	5,4%	8,0%
gesamt	35,9%	53,4%	43,5%	84,0%
30–34 Jahre	N = 194	N = 170	N = 364	N = 76
1 Kind	26,3%	26,5%	26,4%	22,4%
2 Kinder	20,1%	37,1%	28,0%	57,9%
3 u. mehr Kinder	8,8%	17,1%	12,6%	18,4%
gesamt	55,2%	80,7%	67,0%	98,7%
35–45 Jahre	N = 74	N = 322	N = 324	N = 101
1 Kind	24,9%	19,5%	21,6%	7,9%
2 Kinder	34,9%	42,2%	35,8%	63,4%
3 u. mehr Kinder	14,2%	25,8%	21,0%	25,8%
gesamt	74,0%	87,6%	78,4%	97,1%
alle Altersgruppen	N = 705	N = 599	N = 1 304	N = 227
1 Kind	24,4%	22,7%	23,6%	17,6%
2 Kinder	25,7%	36,9%	30,8%	57,7%
3 u. mehr Kinder	10,5%	19,9%	14,8%	19,4%
gesamt	60,6%	79,5%	69,2%	94,7%

a) Alter zum Zeitpunkt der Erhebung.

b) prozentuiert auf alle Frauen der Region und der Altersgruppe.

Tab. 3

VERGLEICH DER RESPONDERINNEN MIT DEN NON-RESPONDERINNEN (IN C1)

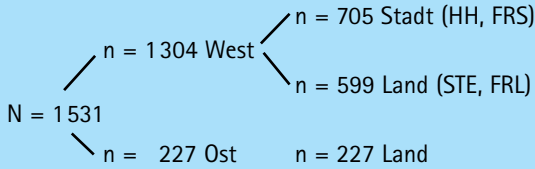
	Responderinnen	Non-Responderinnen (mit Angaben zur Person)
	% (N = 1 531)	% (N = 826)
Alter		
< 25		0,1
25–29	20,3	18,3
30–34	28,7	20,7
35–39	24,9	21,1
≥ 40	26,1	27,0
keine Angabe		12,8
Beschäftigungsverhältnis		
erwerbstätig	68,5	57,6
Familienstand		
verheiratet	70,2	59,2
nicht verheiratet	29,8	22,2
keine Angabe		18,6
Kinder		
ja	73,1	59,0
nein	26,9	27,5
keine Angabe		13,5
nie schwanger gewesen	18,5	20,5

In der Altersverteilung ergibt sich in der Teilnehmerinnengruppe ein leichtes Übergewicht der Altersgruppe von 30–39 Jahren. In der Gruppe der Non-Responderinnen sind erwerbstätige und verheiratete Frauen sowie Frauen mit Kindern leicht unterrepräsentiert.

STICHPROBENBESCHREIBUNG UND AUSGEWÄHLTE MERKMALE

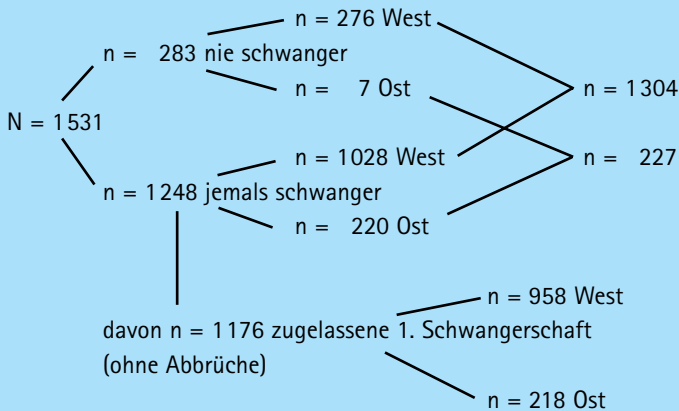
N = 1 531 Frauen zwischen 25 und 45 Jahren

Verteilung auf Regionen



Verteilung von Schwangerschaften, zu denen Informationen vorliegen

(Bei Schwangerschaftsabbrüchen wurde lediglich das Jahr erfragt, nicht aber TTP, Planung, Verhütung, Risikofaktoren etc.)



Relevante Gruppe für die Auswertung von Risikozeiträumen

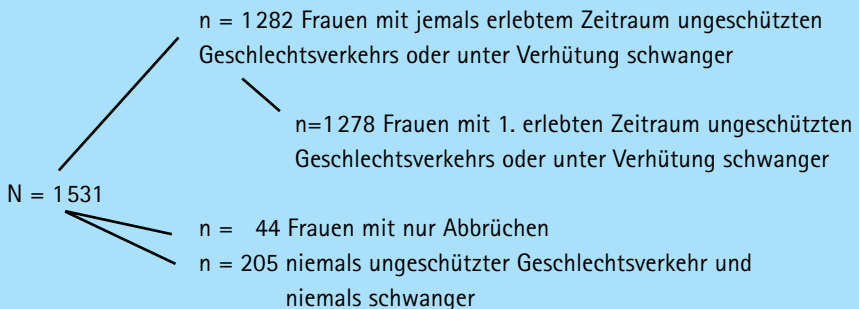


Abb. 1

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR STUDIE, ERHEBUNGSTEIL C3

DESIGN

Erhebung der retrospektiven Darstellung der reproduktiven Biographie als Teil der gesamten biographischen Entwicklung im familiären, beruflichen und identitätsbezogenen Bereich.

Biographisches Leitfaden-Interview, gegliedert in einen erzählenden Hauptteil und Nachfragen. Tonbandaufzeichnung des Interviews in face-to-face-Situation, vollständige Transkription.

C3 wurde zeitlich nach C1 durchgeführt. C3 erhebt dieselbe Thematik wie C1 – nur mit einem anderen Instrument und einem anderen Zugang (siehe Tab. 4: Beispiele aufeinander bezogener Frageformen; Tab. 5: Auswertungsbeispiel in der Gegenüberstellung C1–C3; siehe die beiden folgenden Seiten).

STICHPROBE

Aufgrund von C1 lagen ausführliche Vorinformationen vor. Nach diesen Informationen wurden Frauen aus der C1-Teilnahmepopulation ausgewählt entsprechend folgenden Kriterien (West):

- „kontrastierend“ (BERTAUX [1981]): Je nach Zusammensetzung der bisherigen Auswahl in der Größe n wird die $n+1$. Probandin so gewählt, daß sie bezogen auf vorab definierte soziale Merkmale mit den bereits Ausgewählten kontrastiert,

- die Sondergruppe von Frauen mit Fruchtbarkeitsstörungen und
- „Normalverläufe“ sollen in ausreichendem Maß repräsentiert sein.

Für den Osten wurde keine Auswahl getroffen, sondern alle Frauen, die zu einem Interview bereit waren, wurden kontaktiert.

Teilnahme und Verweigerungen

Freiburg-Stadt/-Land: bereit zu Weiterbefragung in C3: $n = 354$ von $n = 599$ (59,1%). $n = 105$ Frauen kontaktiert, 70 Interviews wurden durchgeführt. Rostock: bereit zu Weiterbefragung in C3: $n = 114$ von $n = 227$ (50,2%); $n = 114$ Frauen wurden angeschrieben, 49 Interviews kamen zustande.

Verweigerinnen bezogen auf C3 unterscheiden sich von den sozialen Merkmalen her nicht von den Frauen, die zu einem weiteren Interview bereit waren. Verweigerungsgründe waren Angst, ausgehorcht zu werden, Skepsis gegenüber Befragung, Zeitmangel, Ablehnung von Tonbandaufzeichnung (Ost!), in wenigen Fällen Betroffenheit durch Fertilitätsbehandlung.

Sicherung der Qualität der Daten

- Zentrale und ausführliche Schulung aller Interviewerinnen,
- Austausch der Interviewerinnen zwischen Freiburg und Rostock,
- Protokollierung aller Absprachen zum Vorgehen und zum Instrument.

Tab. 4

**BEISPIEL FÜR DIE AUF EINANDER BEZOGENEN FRAGEFORMEN
DER STANDARDISIERTEN ERHEBUNG C1
UND DER QUALITATIVEN ERHEBUNG C3**

	C1	C3 a)
Verhütung	<ul style="list-style-type: none"> • Verhüten Sie aktuell? (ja/nein) • (wenn „ja“) Was tun Sie, damit Sie nicht schwanger werden? (Liste der möglichen Mittel/Methoden) • Haben Sie verhütet, als Sie schwanger wurden? (ja/nein) • (wenn „ja“) Mit welcher Methode? (Liste der möglichen Mittel/Methoden) • Haben Sie diese Methode regelmäßig und sorgfältig angewandt? (ja/nein) • Wie lange hatten Sie diese Methode angewandt (bis zur Schwangerschaft)? (Angabe des Zeitraums) 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie zu der Zeit verhütet? • (wenn „ja“) Wie haben Sie zu der Zeit verhütet? <p>Explorieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gründe für eine Wahl/einen Wechsel • Erfahrung im Umgang • Probleme
Planung einer Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie diese Schwangerschaft geplant? (ja/nein/offen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kam es zu dieser Schwangerschaft? <p>Explorieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • partnerschaftliche Situation • berufliche Situation • Kinderwunsch

a) Frage nur, wenn die Befragte den Bereich nicht von sich aus anspricht.

Tab. 5

**AUSWERTUNGSBEISPIEL DER GEGENÜBERSTELLUNG
DER STANDARDISIERTEN ERHEBUNG C1
UND DER QUALITATIVEN ERHEBUNG C3**

geplant:
ja/nein/offen

C1	C3	Interpretation
ja	„da war gar keine Planung, das war einfach so, wie es ist“ „wenn ja dann ja, wenn nein dann nein“	Revision des Planungsbegriffs
ja	„nicht so richtig geplant ... so ein Typ bin ich nicht ...“ „man kann nicht sagen ungewollt, nur ungeplant“	Modifikation des Planungsbegriffs
Ja	„ja irgendwie schon gewollt, aber nicht geplant“	
ja	„ich konnte mir gar nie vorstellen, ohne Kind zu leben, das war immer schon klar“	Einbettung des Planungsbegriffs
nein	„es war ein Wunschkind“ „zwei zu haben war für mich ein Traum“	„Wunschkind“ im Lebensentwurf, Planungsbegriff besetzt mit der Vorstellung einer Normerfüllung Planungsbegriff von „Traum“ abgegrenzt
nein	„das war nicht geplant ... wir wollten ein Kind, aber ein Jahr später“	Planung als zeitliches Timing verstanden

Tab. 6

STICHPROBENBESCHREIBUNG FREIBURG UND ROSTOCK (C3)		
	Freiburg N = 70	Rostock N = 49
Altersgruppe		
25–30	9	13
31–35	14	14
36–40	29	14
älter als 40	18	8
Familienstand		
verheiratet	39	45
ledig/geschieden/ mit festem Partner	17	2
ledig/geschieden/ ohne festen Partner	14	2
Ausbildung/Beruf		
in Ausbildung	3	1
Arbeiterin	8	10
Angestellte	39	31
selbständig	6	–
arbeitslos	1	7
Hausfrau	13	–

AUSWERTUNG

Interpretation gemäß objektiver Hermeneutik – mit Modifikationen (HELFERICH, SCHEHR, WEISE [1996]), Textaufbereitung gemäß den üblichen Regeln (z.B. BOHNSACK [1993]). Die Interpretation der Texte schloß neben sprachlichen Ebenen auch ein szenisches Verstehen ein.

Sicherung der Qualität der Auswertung

- Vollständige Transkription,
- getrennt und anschließend gemeinsame konsensuelle Interpretation,
- Aufstellen von Konsistenzforderungen an die Interpretation (z.B. widerspruchsfreie Gültigkeit über das ganze Interview, Konsistenz der Interpretationsebenen).

Tab. 7 a

REPRÄSENTANZ SOZIALER SITUATIONEN IN DER STICHPROBE FREIBURG (C3)	
Frauen ohne Kinder	
ohne Kinderwunsch, nicht entschieden	1
Frauen mit Kindern	
Normalbiographie (*)	36
alleinerziehend	6
wiederverheiratet	4
kinderreich (≥ 4 Ki.)	2
Summe	49
(*) Beruf und Familie vereinbart	

Auswertungsebenen

- Exzerpt der Eckdaten der reproduktiven und beruflichen Biographie,
- Herausarbeiten von „Daseinsthematiken“, die das gesamte Interview durchziehen, Bildung von Orientierungsmuster-Typen,
- Gegenüberstellung der (in Interviewausschnitten) Angaben zu C1 und zu C3 zu analogen Fragen,
- Querauswertung zu spezifischen Fragen (Interviewausschnitte).

Tab. 7 b

REPRÄSENTANZ SOZIALER SITUATIONEN IN DER STICHPROBE FREIBURG (C3)	
Frauen ohne Kinder	
ohne Kinderwunsch	
entschieden	8
nicht entschieden	5
mit Kinderwunsch	13
Infertilitätsproblematik	9
Frauen mit Kindern	
Normalbiographie (*)	8
alleinerziehend	6
späte Mutter	6
kinderreiche Familie	4
Landfrau	3
mit behindertem Kind	1
aus der ehemaligen DDR	2
Infertilitätsproblematik	6
Summe	70
(*) 3-Phasen-Modell: Beruf – Ausstieg aufgrund Kinder- erziehung – Wiedereinstieg	

LITERATUR

BERTAUX, D. (1981): From the Life-History Approach to the Transformation of Sociological Practise, in: BERTAUX, D. (Hrsg.): Biography and Society, Beverly Hills, London

BOHNSACK, R. (1993): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, Opladen, Leske + Buderich, 2. Auflage

HELFFERICH, C., SCHEHR, K., WEISE, E. (1996): HIV-Prävention und Kontrazeption als sinnhaftes Handeln bei Frauen, Abschlußbericht im Auftrag des BMFT, Freiburg

GRENZEN BIOGRAPHISCHER PLANBARKEIT UND DIE ENTSCHEIDUNG ZUR ELTERNCHAFT

SIGMUND FREUD sprach einmal davon, es wäre „einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen vom Naturzwange, dem unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen und beabsichtigten Handlung zu erheben, und ihn von der Verquickung mit der notwendigen Befriedigung eines natürlichen Bedürfnisses loszulösen“.¹

Was für FREUD noch ein Wunschtraum war, scheint heute verwirklicht. Wir haben Sexualität und Zeugungsakt weitgehend voneinander abgelöst, und wir haben prinzipiell die Möglichkeit – sowohl in einem technischen als auch in einem moralischen Sinn –, uns für oder gegen Kinder zu entscheiden.² Für viele BeobachterInnen scheint es daher ganz selbstverständlich: **Elternschaft oder Kinderlosigkeit ist das Ergebnis einer Entscheidung** – gerade heute, im Zeitalter von „Individua-

lisierung“, also in einer Zeit, wo der Grad individueller Entscheidungsautonomie besonders hoch ist. Ein Beispiel für viele:

„Ein individueller Kinderwunsch ist ein historisch neues Phänomen. Erst seit kurzem können breite Bevölkerungskreise eine bewußte Entscheidung für oder gegen ein Kind fällen. (...) Aufgrund der Möglichkeit eines Nein zu Kindern entstand überhaupt erst die Voraussetzung für ein bewußtes Ja. Die Frage, ob man Kinder haben möchte, hat sich von einer kollektiven Norm zu einer individuell motivierten Entscheidung gewandelt.“³

Gerade dieser letzte Satz, dessen Aussage man heute in vielen Varianten begegnet, scheint mir falsch, oder moderater ausgedrückt: Er vereinfacht die Sachlage über Gebühr. Ich möchte deshalb einige der Annahmen problematisieren, die mit diesem oder ähnlichen Sätzen ausgedrückt werden.

¹ FREUD; Studienausgabe (1898), Bd. 5: S. 28.

² Die „technische“ Möglichkeit betrifft die Verfügbarkeit von wirksamen Kontrazeptiva, die „moralische“ Möglichkeit bezieht sich darauf, ob es in einer Gesellschaft moralisch erlaubt ist, diese Mittel auch zu benutzen.

³ GLOGER-TIEPELT et al. (1993: S. 7). Die Auffassung, daß der Übergang in die Elternschaft das Ergebnis einer Entscheidung sei, wird heute häufig unterstellt oder einfach behauptet, obwohl die zum Beleg herangezogenen Daten meist nur zeigen, daß

sich Paare Kinder „wünschen“ oder daß sie „beabsichtigen“, ein Kind zu bekommen. „Kinderwunsch“, Absichtserklärung, „Planung“ und „Entscheidung“ werden dabei häufig gleichgesetzt. Auch Begriffe wie „Lebensplanung“ oder „Familienplanung“ werden oft gedankenlos verwendet, ohne daß klar wäre, was von wem wo und wie geplant oder entschieden wird (für Beispiele siehe BURKART [1994]: S. 246ff., 269ff.). Für manche BeobachterInnen ist darüber hinaus auch die Rationalität individueller Entscheidungen gestiegen.

Meine Grundthese lautet: Der biographische Übergang in die Elternschaft ist auch heute in der Regel nicht das Ergebnis eines rationalen Planungsprozesses auf individueller Grundlage, nicht einmal das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses im engeren Sinn.

Wenn Elternschaft nicht das Ergebnis einer Entscheidung ist – was dann? Der Antwortversuch soll in mehreren Schritten erfolgen.

Zunächst wird kurz definiert, was gewöhnlich unter „Entscheidung“ verstanden wird. Aus einer Kritik am Begriff der rationalen Entscheidung, der heute unter dem Stichwort „Rational Choice“ in den Sozialwissenschaften recht verbreitet ist, ergeben sich die weiteren Konsequenzen zur Erhärtung der Ausgangsthese. Zunächst geht es um die Frage der Möglichkeit von Entscheidungen im Rahmen biographischer Übergänge. Solche Übergänge in eine andere Lebensphase und darauf bezogene Entscheidungen sind in einen biographischen Kontext eingebunden; es gibt – sozusagen – „biographische Wurzeln“ des Kinderwunsches und unbewußte Motive. Familiäre Erfahrungen und lebensgeschichtliche Entwicklungen können sich zu biographischen Zwangsläufigkeiten verdichten. Weiterhin ist von einer allgemeinen sozialen Einbettung von Lebensereignissen auszugehen. Es gibt kulturelle Selbstverständlichkeiten; und es gibt Milieuunterschiede. Dem Übergang in die Elternschaft liegt – wenn es überhaupt eine Entscheidung gibt – eine Paar-Entscheidung zugrunde. Die Entscheidung zur Elternschaft ist ein komplexer, mehrstufiger Entscheidungsprozeß, der in der Regel nicht als Ganzes überblickt werden kann. Ein spezielles Problem im Entscheidungsprozeß ist die Wahl des richtigen Zeitpunktes. Zusammenfassung und ein kurzer Ausblick schließen den Beitrag ab.

WAS HEISST „ENTSCHEIDUNG“?

Man kann folgende formalen Merkmale von „Entscheidungen“ anführen:

- Eine Entscheidung liegt vor, wenn ein Individuum handelt, um ein erwünschtes Ziel zu erreichen und dabei eine Wahl treffen muß zwischen verschiedenen (wenigstens zwei) Möglichkeiten des Handelns (Optionen) (zum Beispiel Alleinleben oder Ehe).
- Die verschiedenen Möglichkeiten müssen verfügbar sein, sonst kann man nicht von einer Entscheidung sprechen (ich kann mich nicht „entscheiden“, zum Mond zu fliegen).
- Ob tatsächlich Entscheidungen vorgenommen werden, hängt auch davon ab, ob die Handelnden sich in der Lage sehen, entscheidungsrelevante vergleichende Bewertungen der verschiedenen Alternativen vorzunehmen.
- Entscheidungen müssen nur dann vorgenommen werden, wenn zwei Möglichkeiten nicht gleichzeitig realisiert werden können, weil sie sich ausschließen (zum Beispiel: Kind oder Beruf). In diesem Sinn gilt daher: Von einer Entscheidung im strengen Sinn kann nur gesprochen werden, wenn man sich nicht nur für etwas, sondern vor allem: gegen etwas anderes entscheidet.⁴ Deshalb kann eine Entscheidung auch als Festlegung verstanden werden. Gerade beim Beispiel Elternschaft ist sofort ersichtlich,

⁴ Deshalb liegt, formal gesehen, auch dann eine Entscheidung vor, wenn es so aussieht, als habe man einen „Entschluß“ gefaßt, ohne zwischen Alternativen auszuwählen.

welche langjährige biographische Festlegung damit verbunden ist.⁵

- Ferner: Entscheidungen müssen nur dann vorgenommen werden, wenn ein erwünschter Zustand entweder nicht von selbst eintritt oder nicht durch andere herbeigeführt wird. (Früher mußte man sich nicht entscheiden, Mutter oder Vater zu werden: es passierte einfach.⁶) Andererseits passieren häufig Dinge, die unerwünscht sind. Und viele Zustände, ob erwünscht oder nicht, treten ein, ob man etwas tut oder nicht. Dann gibt es nichts zu entscheiden.
- Schließlich, und vor allem: Entscheidungen müssen gefällt werden, wenn ein Handlungsproblem entstanden ist, das nicht von selbst wieder verschwindet. Und Entscheidungen können notwendig werden, weil die Zeit verstreicht. Dann geht es nicht mehr um alternative Möglichkeiten, sondern einfach darum, „daß endlich gehandelt wird“, „daß etwas getan wird“. Handlungsproblem und Zeitdruck werden besonders deutlich bei einer unerwünschten Schwangerschaft.

Eine Entscheidung ist also die erklärte Absicht eines Individuums, einen erwünschten Zustand gezielt herbeizuführen, und die Wahl einer Handlung, die geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen. Bezogen auf unser Thema: Was ist das erwünschte Ziel? – Ein Kind? Familie? – Man muß weiter fragen: Wozu ein Kind? Welches übergreifende Ziel steht dahinter? – Allgemein formuliert ist die Antwort: „das gute Leben“ oder „das richtige Leben“. Dieses Ziel wird allerdings von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen ganz

unterschiedlich definiert. Für manche führt der Weg zum guten Leben über Kinder; für andere wäre ein Kind alles andere als die „Verwirklichung“ des Selbst. Doch das sind nur zwei Extreme – für die meisten Paare ist es heute ziemlich schwierig, eine klare Entscheidung in dem Sinne zu treffen: Ich kann meine Lebensziele exakt definieren, also weiß ich, wofür ich mich entscheiden muß. Das würde voraussetzen, so etwas wie „Lebensplanung“ (in einem strikten Wortsinn) machen zu können; und das wiederum würde voraussetzen, auf längere Sicht genau sagen zu können, wie das „gute (oder das richtige) Leben“ definiert sein könnte.

KRITIK AM ENTSCHEIDUNGSBEGRIFF DER „RATIONAL-CHOICE“- THEORIEN

In den Wirtschaftswissenschaften und der Psychologie ist eine Entscheidungstheorie verbreitet, die heute meist mit dem Stichwort „Rational-Choice“ bezeichnet wird. Dahinter steckt eine Vorstellung vom Menschen, der sich aufgrund einer Kosten-Nutzen-Kalkulation für eine von verschiedenen Handlungsoptionen entscheidet. Wer Vor- und Nachteile vergleicht und dann die Alternative wählt, die im Sinne dieser Kosten-Nutzen-Abwägung am besten für sie oder ihn ist, entscheidet rational. Diese Vorstellung wirkt unmittelbar evident und scheint auch unser Alltagshandeln richtig zu charakterisieren: Im Alltag machen wir häufig solche Abwägungen („Dieses Restaurant ist einfach zu teuer, gemessen an seinen Leistungen.“).

⁵ Die Festlegung auf eine Handlungsfolge bedeutet Verzicht auf biographische Alternativen (vgl. BIRG et al. [1991]: S. 13). BIRG hat hervorgehoben, daß die Kinderlosigkeit ansteigt, weil immer weniger Menschen sich auf eine langfristige Festlegung einlassen wollen.

⁶ So jedenfalls eine gängige Meinung, obwohl sie nicht unbestritten ist, da vieles dafür spricht, daß auch in der Vergangenheit „Familienplanung“ betrieben wurde, etwa durch ein spätes Heiratsalter (vgl. BURKART [1994]: S. 220ff.).

Auf den zweiten Blick offenbart sich eine Reihe von Schwächen. Bei genauer Betrachtung ist die Theorie nicht einmal in der Ökonomie wirklich treffend, in der Psychologie noch weniger. Trotzdem ist sie sehr verbreitet und wird in letzter Zeit sogar in der Soziologie populär. Sie wird aber auch viel kritisiert – und aus dieser Kritik leite ich einige meiner weiteren Thesen ab; deshalb kurz die wichtigsten Kritikpunkte⁷:

1. Das rationale Entscheidungsmodell ist sozusagen „welfremd“. Es erfaßt nur einen seltenen Sonderfall von Entscheidungshandlungen, wo sich die Entscheidung von selbst versteht und wo es kaum Erklärungsbedarf gibt (wenn Kosten und Nutzen klar kalkulierbar sind und wenn die Gesamtrechnung ein deutliches Übergewicht von Kosten oder Nutzen ergibt). De facto kann aber wohl niemand – vor allem nicht bei Lebensentscheidungen, also bei Fragen wie Partnerwahl oder Elternschaft – eine biographisch-rationale Kosten-Nutzen-Analyse durchführen.

2. Im rationalen Modell wird die Vernünftigkeit einer Entscheidung auf Zweck-Mittel-Rationalität reduziert – auf den „technisch“ richtigen Weg zum vorgegebenen Ziel, das selbst nicht weiter auf „Vernünftigkeit“ hin befragt wird. Entscheidungen sind in der Regel in einem bestimmten Sinn vernünftig – jedoch nicht, weil die Wahl einer Option gerade (in der jeweiligen Entscheidungssituation) „nützlich“ erscheint. Es wäre

⁷ Ausführlicher dazu BURKART (1994: S. 73ff.) oder BURKART (1995). Es sei zugestanden, daß es unterschiedliche Varianten von Rational-Choice-Theorien gibt; nicht für alle treffen alle diese Kritikpunkte zu.

⁸ Der übliche Einwand der Rational-Choice (RC) -Theorie ist, daß dies alles interpretierbar sei als „Nutzen“-Mehrerung. Aber dann ist dies entweder ein inhaltsleerer Nutzenbegriff (alles ist „nützlich“, was irgendwie positiv, gut, schön, angenehm usw. ist) oder doch wieder eine Reduktion auf Zweckrationalität. Man könnte zwar

besser, die Vernünftigkeit einer Entscheidung daran zu messen, ob sie in Einklang mit dem Selbstbild der Person steht, in Einklang mit ihren moralischen Prinzipien, in Einklang mit emotionalen Bedürfnissen.⁸

Es ist sicher auch richtig, daß vor einer Entscheidung meist eine Art Abwägung zwischen positiven und negativen Aspekten stattfindet. Aber dieses Abwägen hat häufig nur wenig mit rationaler Kalkulation zu tun – schon allein deshalb, weil dabei Emotionen im Spiel sind. Gegenargumente werden nicht in einer rationalen Gesamtrechnung exakt nach ihrem Kosten-Nutzen-Betrag berücksichtigt, sondern sie werden vielleicht verdrängt, abgeschwächt oder rationalisiert. Eine Entscheidung entwickelt sich aus einer Art psycho-biographischer Dynamik. Außerdem müßte die Abwägung häufig zwischen rivalisierenden Wertorientierungen vorgenommen werden: auch hier kann nicht einfach nach dem Kosten-Nutzen-Kalkül entschieden werden. Abwägungen folgen daher oft einer Art willkürlicher Selektivität – der Prozeß des Abwägens wird irgendwann abgebrochen, ohne daß eine klare Bilanz von Vor- und Nachteilen erstellt worden wäre.

Freuds Traumdeutung ist wahrscheinlich eine der ergiebigsten Quellen für Belege dafür, daß manche Entscheidungen „über Nacht gereift“ sind, daß es oft sinnvoll ist, das Problem vor der Entscheidung „zu überschlafen“. Wir wachen auf – und haben die

sagen, es mehre meinen Nutzen, wenn ich nach moralischen Prinzipien entscheide, z.B. weil ich dadurch mehr Ansehen gewinne. Doch der springende Punkt ist, daß ich mich normalerweise nicht deshalb an meine moralischen Prinzipien halte, damit ich mehr Ansehen bekomme. Und warum sollen wertrationale Entscheidungen und Willensentscheidungen nicht als vernünftig gelten, auch wenn sie nichts mit Nutzenmehrung zu tun haben? Auch ganz affektive Entscheidungen (die wir deshalb nicht als irrational bezeichnen würden) gehören hierzu: Manchmal hat man einfach Lust, etwas zu tun („egal, ob es zweckmäßig ist“).

Lösung. Die Entscheidung ist gefallen, der Knoten ist geplatzt. Das heißt natürlich nicht, daß wir im Traum rational kalkuliert hätten.

3. In der rationalen Theorie geht es fast immer nur um die Abwägung zwischen den Folgen von Entscheidungen, also um den Zukunftsaspekt. Die Gründe, die zu einer Entscheidung führen, die biographische Vergangenheit als Quelle des Entscheidungsproblems, werden vernachlässigt. Und trotz dieser Zukunftsorientierung entsteht bei den rationalen Entscheidungsmodellen oft der Eindruck, daß sie ohne Berücksichtigung der Lebenszeit gebaut sind, daß sie nur funktionieren, wenn die biographische Zeit stillgestellt wird. Entscheidungsprozesse ziehen sich aber in der Regel über eine längere Zeitspanne hin, und das bedeutet u.a., daß sich die Bewertung sämtlicher Optionen laufend verändern kann.

4. Auch der soziale Kontext wird in der rationalen Entscheidungstheorie normalerweise unterschätzt. Deshalb werden Entscheidungen, die an normativen Regeln orientiert sind, vernachlässigt – oder die Orientierung an Normen wird mit dem Nutzenkalkül interpretiert: als ob wir den Normen nur folgten, wenn oder weil es uns nützt.

Zu Punkt 3 und 4 zusammengefasst kann man sagen: Diese Theorie betrachtet häufig nur die künstliche Laborsituation und abstrahiert vom biographischen und sozialen Kontext. Ein Ursprung der Rational-Choice-Theorie liegt bei der mathematischen „Spieltheorie“ – ihre Argumentationsfiguren erinnern manchmal ein wenig an eine „theoretische Spielwiese“.

⁹ Nach MANN (1984: S. 206f.).

5. Irrationale Elemente – und generell psychische Einflüsse – in Entscheidungen werden ebenfalls vernachlässigt und von den meisten RC-Theorien als Abweichung vom Normalfall betrachtet. Für den weitaus größten Teil von alltäglichen Entscheidungen dürfte aber gelten, daß sie teilweise auf psychischen Komponenten beruhen, die von einem normativ-rationalen Standpunkt aus als irrational betrachtet würden. Dabei ist offensichtlich, daß solche Elemente eine große Rolle spielen: Wunschdenken, Willensschwäche, Unentschlossenheit und Zögern; Zweifel, ob man sich anders nicht besser entschieden hätte. Insbesondere von der klinischen Psychologie drängen sich Stichworte auf wie zwanghaftes Verhalten, Wiederholungszwang und Ambivalenzen. Dies gilt insbesondere, sobald Entscheidungsdilemmata entstehen, d.h. Entscheidungsbemühungen unter Zeitdruck geraten. Die sozialpsychologische Forschung bietet hier eine Fülle von entsprechenden Belegen. An dieser Stelle daher nur eine Anekdote⁹: Die alten Perser und die alten Germanen, so wird berichtet, hätten eine Entscheidung nur akzeptiert, wenn sie im betrunkenen Zustand genauso ausfiel wie vorher im nüchternen Zustand.

DER ÜBERGANG IN DIE ELTERNCHAFT

In der Lebenslaufforschung spricht man von Lebensphasen und von Übergängen von einer dieser Lebensphasen in eine andere („Statuspassagen“). Wie kommt es zum Übergang, wie verläuft er? In vielen Gesellschaften gibt es dafür feste Regeln und Rituale. Es ist leicht, Beispiele aus traditionellen Gesellschaften zu finden, wo biographische Übergänge nicht das Ergebnis einer Entscheidung sind: etwa die Verheiratung

von Kindern in patriarchalen Kulturen. Die meisten Soziologen würden sagen, daß es heute – in unserem Kulturkreis – diese Art von sozialer Determination nicht mehr gibt. Elternschaft ist nicht mehr Schicksal, der Beruf ist nicht mehr „Berufung“. Das ist sicher in einem hohen Maße richtig. Dennoch wäre es zu einfach, nun grundsätzlich von einer individuellen Entscheidung auszugehen, ob und wann der Übergang vollzogen wird.

Beim Übergang in die Elternschaft gibt es mehrere Möglichkeiten: Der Übergang kann sich ereignen, ohne daß überhaupt eine Entscheidung getroffen wurde. Er ist lebensweltlich selbstverständlich, das heißt, es gibt keine individuelle Reflexion darüber (der „Kinderwunsch“ scheint ganz „natürlich“). Es kann sich, zweitens, um eine rationale Entscheidung handeln („Mit Kindern ist Lebensglück eher zu erreichen und vor allem, im Alter, zu erhalten.“). Und es kann sich, drittens, um eine Entscheidung handeln, die so stark biographisch und sozial determiniert ist, daß allenfalls von einer „nichtrationalen“ Entscheidung gesprochen werden kann.¹⁰

Wenn ich hier von biographischen, sozialen und kulturellen Faktoren beim Übergang in die Elternschaft spreche, so meine ich damit also zum einen, daß dieser Übergang häufig ohne autonome Entscheidungen zustande kommt; zum zweiten, daß Entscheidungen, wenn sie getroffen werden, stark durch diese Faktoren beeinflusst werden, daß Entscheidungen im engeren Sinn dabei nur eine untergeordnete Rolle spielen. Es gibt – mehr oder weniger kleine – Entscheidungsanteile beim Übergang in die Elternschaft.

Die Rational-Choice-Kritik hat gezeigt:
Wenn wir im Zusammenhang mit solchen

Übergängen von Planung und Entscheidung reden wollen, dann müssen wir – gerade für das Thema Elternschaft – einen Entscheidungsbegriff entwickeln, der „realistisch“ ist, d.h., einen Entscheidungsbegriff, der die genannten Kritikpunkte, also vor allem die biographische und soziale Einbettung von Übergangentscheidungen, berücksichtigt.

Biographische Entscheidungen (Lebensentscheidungen) sind von nachhaltiger Bedeutung für das ganze Leben. Sie verändern die Lebensgeschichte, oft in irreversibler Weise. Beispiele sind die Partnerwahl, die Eheschließung, die Entscheidung zur Trennung nach langjährigem Zusammenwohnen – und natürlich: die Entscheidung zur Elternschaft. Eine Entscheidung von solcher Tragweite ist außerordentlich folgenreich und sollte nur „nach reiflicher Überlegung“ getroffen werden. Doch was ist die Entscheidungsgrundlage? Kann man davon ausgehen, daß biographische Entscheidungen im Rahmen einer umfassenden Lebensplanung vorgenommen werden, wie es in der Biographieforschung manchmal anklingt?¹¹ Dann wäre auch die Vorstellung, daß Kosten und Nutzen abgewogen werden, nicht ganz von der Hand zu weisen. Allerdings scheint es gänzlich unmöglich, alle Konsequenzen einer solchen Entscheidung abzuschätzen, die verschiedenen Aspekte zu gewichten und dann eine Bilanz aufzustellen. Man müßte ja im Rahmen eines solchen Entscheidungsprozesses zum Beispiel abwägen, ob es besser ist, ein Kind jetzt zu bekommen oder lieber erst in zehn Jahren, wenn zwar die berufliche Situation (vielleicht) konsolidiert wäre,

¹⁰ Mit „nichtrational“ soll keinesfalls „irrational“ gemeint sein. „Nichtrationale“ Entscheidungen (an Werten und Normen orientierte oder Willensentscheidungen) sind, wie oben bereits verdeutlicht, dennoch „vernünftig“.

¹¹ GEISSLER/OECHSLE (1994).

aber (vielleicht) die körperlich-psychische Konstitution ungünstiger. Man müßte sich Gedanken über entgehendes Einkommen oder eingeschränkten Lebensgenuß machen; und dies wiederum abzuwägen versuchen gegen das mögliche Glück, ein Kind aufzuwachsen zu sehen, an der kindlichen Freude teilzuhaben oder ein hilfloses Wesen beschützen zu können.

AUS DEN INTERVIEWS

Bei unseren InterviewpartnerInnen wurde eine Entscheidung häufig erst dann getroffen, nachdem bereits etwas „passiert“ war.¹² So sagt zum Beispiel ein Mann: „Zu dem ersten Kind sind wir eigentlich gekommen wie der Hund zur Katze ...“, und seine Frau ergänzt: „Unser Sohn, der ist 'ne Durchfallquote vom Verhütungsmittel.“ Zu dieser Zeit wollte der Mann „eigentlich“ kein Kind. Als es dann aber „passiert“ war und sie mit der Nachricht nach Hause kam, schwanger zu sein, war die Entscheidung bald gefallen. Sie fragte ihn: „Was machen wir denn jetzt?“ Und er antwortete überraschend: „Na, kriegen!“ – Sie erzählt im Interview: „Das ging relativ schnell, zehn Minuten oder so waren das, die wir da zusammen auf'm Bett gesessen haben, und da nahm er mich in den Arm und sagte, das ist doch nicht schlimm, dann kriegen wir's eben.“

Die Frage: Kind oder nicht, wurde auch hier nicht nach „reiflicher Überlegung“ (gründlicher Abwägung von Pro und Kontra) entschieden. Auf die Frage, warum sie überhaupt ein Kind wollte, antwortet sie: „Och – ja – warum wollt' ich 'n Kind haben? – So irgendwie – ich dachte mir einfach, 'n Kind ist bestimmt was Schönes. – Einem Kind mitzugeben, was man selbst mitgekriegt hat, und was weiterzugeben, was man selbst

empfangen hat. Das fand ich unheimlich toll, diese Aussicht auch, das fand ich schön.“ – Dazu, lachend, ihr Mann: „Das war genau so der gleiche Grund, warum ich kein Kind haben wollte. Das, was ich in meiner Kindheit mitgekriegt habe, war nicht unbedingt weitergebenswert.“

Aber auch dann, wenn schon etwas „passiert“ ist, wird nicht unbedingt eine Entscheidung getroffen. In einem anderen Fall war das erste Kind ebenfalls die Folge einer ungeplanten Schwangerschaft, das Ergebnis des Versagens einer „weichen“, relativ unsicheren Verhütungsmethode. Wie verlief der Entscheidungsprozeß, nachdem dies passiert war? Die Frau sagt: „Dann hab ich halt wirklich drei Monate fast oder weiß ich, gut zwei Monate, überlegt, und dann nach allem hin und her wollt ich doch ein Kind, also dann haben wir uns gemeinsam entschieden dafür.“ Sie sagt, sie hätte praktisch die ganze Zeit ausgenutzt, sich diese Frage zu überlegen; die ganze Zeit, bis eine Entscheidung hinsichtlich der Abtreibung nicht mehr länger aufgeschoben werden konnte. „Nach allem hin und her“ klingt wie „Abwägen der Vor- und Nachteile“, aber auch nach heftiger Unruhe. Und wie kam es dann zur Entscheidung?

„Praktisch, das machte ‚klack‘, die Zeit war um und die Entscheidung war gefallen, und irgendwie war ich dann auch ganz erleichtert danach, weil da war mir 'ne Riesenentscheidung abgenommen.“ – Hat diese Frau eine Entscheidung getroffen? Sie ließ den Zeitpunkt, zu dem eine Abtreibung noch möglich gewesen wäre, verstreichen. Sie mußte natürlich wissen, daß sie sich damit de facto für das Kind entschieden hatte.

¹² Ausführlicher dargestellt sind die folgenden Fallbeispiele in BURKART (1994: S. 291ff.).

Sie ließ die Zeit für sich entscheiden, könnte man sagen. Sie war „erleichtert“: Die „Riesenentscheidung“, eine Abtreibung vornehmen zu lassen, war ihr abgenommen. Als der Zeitpunkt gekommen war, gab es anscheinend nicht genügend Klarheit für eine Entscheidung zur Abtreibung.

FAZIT

Es ist also kein Wunder, daß die Entscheidungen für Elternschaft oder Kinderlosigkeit keine einfachen Entscheidungen sind: Zu sehr scheinen hier auf der einen Seite Ambivalenzen, Überforderung, Unentscheidbarkeit oder die Unabsehbarkeit der Folgen klare Entscheidungen zu verhindern. Auf der anderen Seite gibt es biographische Wurzeln des „Kinderwunsches“, unverstandene Motive. Unter RC-Perspektive müßte also bei Lebensentscheidungen permanent systematische Überforderung festgestellt werden. Mit anderen Worten: Wäre Rational-Choice der Modus des Entscheidens, kämen biographische Entscheidungen nur selten zustande.

Ein einfacher Indikator für die These, daß Elternschaft in der Regel nicht das Ergebnis einer rationalen Entscheidung ist, wäre der Anteil nichtgeplanter und nicht erwünschter Schwangerschaften – der allerdings nicht so leicht festzustellen ist; es gibt dazu unterschiedliche Zahlen. Für die USA ist es relativ leicht, den Anteil abzuschätzen. Man kommt

13 Dies ergibt sich durch eine einfache Rechnung: Es gibt derzeit ungefähr 5,5 Mio. Konzeptionen pro Jahr (4 Mio. Geburten und 1,5 Mio. legale Schwangerschaftsabbrüche). 30 Prozent der Geburten werden als „unerwünscht“ eingestuft (SCANZONI/SCANZONI 1988, S. 445), das wären 1,2 Mio. pro Jahr. Lassen wir einmal unberücksichtigt, daß ein insgesamt höherer Anteil auch „ungeplant“ sein dürfte. Addieren wir nun die 1,5 Mio. legalen Abtreibungen (lassen auch hier die nicht erfaßten unberücksichtigt), bei denen wir eine ungeplante Schwangerschaft unterstellen dürfen, und die 1,2 Mio. „unerwünschten“ Schwangerschaften, so kommen wir auf (mindestens) 2,7 Mio. oder etwa

zu dem Ergebnis, daß ungefähr die Hälfte aller Schwangerschaften amerikanischer Frauen ungeplant oder unerwünscht ist (das heißt noch nicht, daß die übrigen „geplant“ gewesen wären).¹³ – Und für die gesamte Weltbevölkerung gibt es Schätzungen, wonach etwa die Hälfte aller Schwangerschaften ungeplant wäre.¹⁴

BIOGRAPHISCHER KONTEXT, BIOGRAPHISCHE WURZELN DES KINDERWUNSCHES UND UNBEWUSSTE MOTIVE

Die Entscheidung zur Elternschaft hat einen doppelten biographischen Zeitbezug – sie ist zum einen in die Zukunft gerichtet, insbesondere, wenn es um das Vereinbarkeitsproblem (Familie/Beruf) geht; insofern könnte man vielleicht – in Grenzen – von rationaler Lebensplanung sprechen. Das haben die Haushalts- oder Familienökonominnen erkannt, wenn sie von „Opportunitätskosten“ sprechen: Sie glauben, daß Frauen mit höherer Bildung deshalb weniger Kinder bekommen, weil sie im Beruf ein höheres Einkommen erzielen können, das ihnen entginge, wenn sie statt dessen Kinder aufziehen würden.¹⁵ In diesem Sinn sind Kinder „teurer“, je höher das Bildungsniveau der Mütter ist. Diese Regel gilt für das alte Europa und für die moderne westliche Gesellschaft ebenso wie für die „Dritte Welt“.¹⁶

50 Prozent ungeplanter oder unerwünschter Schwangerschaften.

14 „Tag für Tag kommt es weltweit rund 100 Millionen Mal zum Geschlechtsakt zwischen Mann und Frau. Daraus entstehen 910 000 Schwangerschaften – die Hälfte davon ungeplant.“ (Aus einer dpa-Meldung über den internationalen Familienplanungskongreß; Der Tagesspiegel, Berlin, 31.10.1992).

15 BECKER (1991).

16 CALDWELL (1982).

Doch zum anderen hat die Übernahme der Elternschaft – oft auch dann, wenn sie einfach „passiert“ – immer auch den Charakter einer biographischen Problemlösung. Häufig, das zeigen viele unserer Fallgeschichten, versuchen Paare oder Individuen, mit der Übernahme der Elternschaft ein biographisches Problem zu lösen – etwa, eigene Kindheits-erfahrungen zu wiederholen oder gegen diese Erfahrungen anzukämpfen. Hinter den Ereignissen, die zur Elternschaft führen, stehen in der Regel biographische Erfahrungen, die sich im Bewußtsein und im Unbewußten abgelagert haben und die als bewußte und unbewußte Motive Entscheidungen strukturieren. In vielen Fällen läßt sich die Motivation zur Elternschaft deshalb besser aus der biographischen Vergangenheit erklären als durch die Frage „wozu?“. Erfahrungen können sich zu biographischen Zwangsläufigkeiten entwickeln. Das schließt zahlreiche Optionen aus, für die wir uns prinzipiell entscheiden könnten – und die vielleicht sogar „kostengünstiger“ wären.

EIN FALLBEISPIEL¹⁷

Eine Frau und ein Mann, nennen wir sie Inge Maier und Arno Peters, lernten sich vor einigen Jahren kennen. Arno bemühte sich eine Zeitlang heftig um Inge, sie aber schien ihn abzuweisen. Sie sagte ihm, sie sei gebunden. Er ließ nicht locker, schließlich sagte sie ihm, daß sie einen zweijährigen Sohn habe. Sie fuhren zusammen in Urlaub, ohne das Kind. Es sollte darum gehen, sich kennenzulernen. Er wollte „eigentlich keine Kinder“ und machte sich Gedanken, ob er sich mit einer Frau mit Kind „einlassen“ sollte. Unter diesen Umständen hätte er vielleicht ein Interesse daran haben müssen, im Urlaub auf Schwangerschaftsverhütung zu achten. Er tat dies aber nicht, verließ sich darauf, daß sie

„zählen“ könnte (Knaus-Ogino-Methode). Auch überließ er Inge zunächst die Entscheidung, ob sie das Kind behalten wollte. Inge hatte bereits eine Abtreibung hinter sich, sie entschied sich dafür, das Kind zu behalten, auch dann, wenn Arno sie wieder verlassen würde. Er entschied sich dafür, bei ihr zu bleiben und beide Kinder anzunehmen. Er kommentierte dies einmal so: „Nun wirst du mich nicht mehr los, mit meinem Kind in deinem Bauch.“

Was sind die biographischen Wurzeln dieser eigenartigen Konstellation? Es stellt sich heraus, daß er aus einer äußerst problematischen Familie stammte. Die Eltern waren Kriegsflüchtlinge, der Neuaufbau fiel schwer, Ausbildung und Beruf verliefen nicht wie gewünscht. Schließlich zerbrach die Ehe der Eltern. Der Vater versank in Depressionen, das Bild, das Arno von ihm zeichnet, ist das eines Versagers, der von seiner Frau verlassen wurde. Was für Arno zurückbleibt, ist eine hohe Konflikthanfälligkeit hinsichtlich der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen. Sein Zögern schwankt zwischen zwei Extremen: „Soll man sich auf eine Frau mit Kind einlassen?“ (Er meint, von einer solchen Frau komme man nicht mehr so leicht los, da könne man nicht so leicht einfach „das war's“ sagen.) Und dann: „Nun wirst du mich nicht mehr los!“ Aus dem Vorsatz, im gemeinsamen Urlaub die erste Frage zu klären, wird durch eine Schwangerschaft, deren Eintreten er nicht ernsthaft verhindern wollte, die bedingungslose Festlegung auf eine eigene, gleich vierköpfige Familie.

¹⁷ Vgl. BURKART (1994, S. 302, 305f.).

AUSWIRKUNG BIOGRAPHISCHER ERFAHRUNGEN

In unseren Interviews zeigte sich generell die Tendenz, daß Erinnerungen an eine glückliche Kindheit die Bereitschaft deutlich steigern, selbst Kinder zu bekommen. Umgekehrt ist es nicht so einfach: Erinnerungen an eine unglückliche Kindheit fördern nicht einfach die Bereitschaft zur Kinderlosigkeit, sondern erzeugen starke Ambivalenzen. Es kommt darauf an, wie diese Erfahrungen biographisch verarbeitet werden können und ob man durch solche erfolgreichen Verarbeitungen ein Zutrauen und eine Selbstgewißheit gewinnt, es selber besser zu machen, die schlechten Familienerfahrungen nicht wiederholen zu müssen. Wie im letzten Fall gesehen, können solche problembeladenen Erfahrungen aber auch dazu führen, den Kopfsprung in unbekannte Gewässer zu wagen. So oder so: Die biographischen Erfahrungen wirken sich mehr oder weniger stark aus. Biographische Zwangsläufigkeiten und strukturelle Angebote lassen manchmal nur einen schmalen Raum für klare Entscheidungen. Je länger man sich mit biographischen Interviews und den teilweise abenteuerlich anmutenden Konstellationen von Zufall und Absicht, Schicksal und Planung, Leidenschaften und Rationalisierungen, Risikobereitschaft und Berechnung befaßt, desto absurder erscheinen manche Modelle rationaler Entscheidungstheorie.

Damit soll nicht behauptet werden, die Individuen seien den sozialen und biographischen Strukturen ausgeliefert; aber sie können sich auch nicht einfach darüber hinwegsetzen. Man kann vielleicht von „aktiver Strukturierung“ sprechen – das Subjekt modifiziert die strukturellen Vor-

gaben nach der Eigenlogik der individuellen Lebensgeschichte.

SOZIALE EINBETTUNG VON ENTSCHEIDUNGEN UND MILIEUUNTERSCHIEDE

Abgesehen von diesen biographischen Faktoren sind Entscheidungen im Zusammenhang mit biographischen Übergängen in vielfacher Hinsicht sozial strukturiert, beeinflußt oder sogar bis zu einem gewissen Grad determiniert, durch eine Reihe von Faktoren:

- Institutionalisierte Lebenslauf- und Karrieremuster, sozusagen gesellschaftlich strukturierte Flugbahnen des Lebensverlaufs (*trajectoires*)¹⁸, die auch durch politische Maßnahmen abgestützt werden (zum Beispiel kann die Durchlässigkeit des Bildungssystems für verschiedene soziale Gruppen politisch beeinflußt werden). Auch Altersnormen („mit 18 ist man noch nicht reif für die Ehe“) und Übergangsregeln („bevor man heiratet, sollte man eine Familie ernähren können“), die historisch und kulturell variabel sind, können als Rechtsnormen institutionalisiert sein.
- Es gibt eine Fülle sozialer Rahmenbedingungen, von der Struktur der Arbeitsmärkte bis zur Bevölkerungspolitik, die unsere Lebensentscheidungen maßgeblich beeinflussen. Außerdem fallen solche Entscheidungen systematisch anders aus, je nach sozialer Herkunft, nach Geschlecht, Generations- und Milieuzugehörigkeit.

¹⁸ KOHLI (1985) hat gezeigt, daß der „Lebenslauf“ erst in der Moderne seine Bedeutung im Sinne eines Ablaufprogramms des Lebens erhalten hat. Der Begriff *trajectoire* stammt vom französischen Soziologen BOURDIEU.

- Wichtig sind schließlich auch kulturell strukturierte Vorstellungen über das „gute Leben“, über die Bedeutung von „Familie“, den Lebenssinn – auch diese Vorstellungen sind in der Regel für verschiedene Sozialgruppen (Männer oder Frauen; verschiedene Altersgruppen; Generationen; Milieugruppen) sehr unterschiedlich.

Diese allgemeinen Hinweise auf die soziale Einbettung von Individualentscheidungen mögen selbstverständlich erscheinen – kaum jemand wird ihnen ernsthaft widersprechen. Dennoch werden sie häufig ignoriert, zumindest aber unterschätzt, da unsere Alltagstheorien eine individualistische Tendenz haben: Wir schreiben Erfolge oder Mißerfolge meist uns selbst zu, unseren Leistungen, unseren Fähigkeiten. Soziologen haben aber häufig genug deutlich nachgewiesen, daß es Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und individuellem Erfolg gibt. Das gilt für die Berufskarriere ebenso wie für die „Partnerwahl“ und die Familiengründung.

Hier sollen vor allem Milieuunterschiede betont werden. „Milieu“ heißt hier: eine soziale Gruppierung mit einem bestimmten Lebensstil, also zum Beispiel ländliches Milieu, Arbeiter-, Akademiker- oder Alternativmilieu; das sind einige der Milieus, die wir in unseren bisherigen Studien unterschieden haben. In jedem Milieu gibt es andere typische Verhaltensmuster; jeweils eigene Vorstellungen über das „richtige“ oder „gute“ Leben; in jedem Milieu gibt es unterschiedliche Bedeutungen von der Familie, vom Beruf, von einem Normalalter des Übergangs in die Elternschaft („zu jung, zu alt“). In manchen Milieus ist Kinderlosigkeit immer noch ein Stigma, in anderen gilt es als asozial, eine große Kinderschar zu haben. Wir haben in unserer Milieu-Vergleichsstudie

zahlreiche Differenzen dieser Art festgestellt.¹⁹ Für Akademikerpaare zum Beispiel ist langer Aufschub der Elternschaft und häufig auch Kinderlosigkeit ein typisches Phänomen; das liegt u.a. daran, daß die Frauen sich in beruflicher Hinsicht den Männern annähern, die Männer aber umgekehrt sich nicht stärker für die Familie engagieren – im Unterschied zum Alternativmilieu, wo Kinder häufiger sind, weil hier die Männer weniger Probleme haben, sich als „neue Väter“ zu sehen.

Im ländlichen Milieu hingegen ist noch vieles selbstverständlich, was im Umfeld von Universitäten und Medienzentren brüchig geworden ist. Ein weiteres Fallbeispiel soll dies verdeutlichen. Volker Schwarz, 26, ist technischer Angestellter und lebt mit seiner Freundin Heidrun – sie ist zwei Jahre jünger und Verkäuferin – unverheiratet in einer Mietwohnung in einem südbadischen Dorf.²⁰

„Und dann haben wir gesagt, wenn wir dann verheiratet sind, sollen Kinder kommen. Ich find, daß sie dazugehören zu einer Ehe. Bloß, ich hab eins gesagt, das hab ich ihr gleich von Anfang an gesagt: Wenn Kinder kommen, dann hört sie auf zu arbeiten und dann ist Ruh. Kinder werden bei mir nicht von der Oma erzogen, das gibt's bei mir nicht. Das hab ich gleich von Anfang an gesagt und daran halt ich mich auch fest. Deswegen muß ich schauen, daß ich meine Ausbildung fertigkriege, und daß ich dann finanziell noch einiges mehr fordern kann von meinem Chef, das ist mal die Grundvoraussetzung. Und so soll es eigentlich

¹⁹ Deren Ergebnisse sind in mehreren Arbeiten dokumentiert, vor allem in BURKART/KOHLI (1992).

²⁰ Vgl. BURKART (1994: S. 283f.).

auch kommen, daß wir nächstes Jahr, wenn alles gutgeht, heiraten – und dann werden wir Kinder haben.“

Mindestens vier Aspekte in diesem Zitat sind bemerkenswert:

1. Eine hohe biographische Selbstverständlichkeit von „Familie“.
2. Das nichteheliche Zusammenleben ist eine Vorstufe zur Ehe: Sobald die Ausbildung des Mannes beendet ist, können Heirat und Familiengründung erfolgen. Unser Paar im südbadischen Dorf lebt unverheiratet zusammen, weil der Mann seine beruflichen Pläne noch nicht realisiert hat – und nicht etwa, weil die Frau sich mehr Selbständigkeit verspricht (wie es meist in der Literatur über nichteheliche Lebensgemeinschaften heißt). Wir finden hier also noch ganz die alte Konzeption der Versorgungsehe.
3. Die Kinder sollen nicht von der Oma erzogen werden. Das scheint eine moderne Auffassung zu sein. – Nimmt man aber den nächsten Punkt hinzu, modifiziert sich dieser Eindruck.
4. Denn hier kommen ja auch deutliche Elemente von traditionellen Geschlechtsrollen zum Vorschein. Die Frau soll, wenn es finanziell tragbar ist, nicht arbeiten, sondern sich lieber selbst um die Kinder kümmern. Er ist der Versorger und Ernährer, sie ist die Mutter. Und an dieser Stelle ist er unmißverständlich und ganz der Patriarch, der seiner Frau sagt, was sie zu tun hat: Sie hört auf zu arbeiten, sie wird die Kinder versorgen, „das gibt's bei mir nicht, daß die Kinder von der Oma erzogen werden – das hab ich gleich von Anfang an gesagt, dabei bleibt's“. Volker Schwarz machte seine Äußerungen übrigens in Anwesenheit seiner zukünftigen Gattin, ohne daß diese widerspricht, was ein zusätzlicher Indikator für den Traditionalismus der Geschlechtsrollen ist.

Man würde die Bedeutung dieser Lebensform nicht adäquat erfassen, wenn man von Entscheidung sprechen würde. Volker Schwarz entscheidet sich nicht für oder gegen die Elternschaft; und er entscheidet sich ebenso wenig für oder gegen eine bestimmte Ausgestaltung der Geschlechtsrollen innerhalb einer (Ehe-)Beziehung. Für ihn sind diese Vorstellungen selbstverständlich und gelten auch dann noch, wenn sie in den Diskursen, die via Medien natürlich auch bis zu ihm gelangen, problematisiert werden.

DAS BEISPIEL USA

Ich möchte noch auf ein besonders markantes Beispiel solcher innerkultureller (Milieu-)Unterschiede eingehen, das wir in den USA finden:

Auf der einen Seite haben wir weiße Frauen, die aus geordneten amerikanischen middle-class-Verhältnissen kommen und eine College-Ausbildung haben. Wir finden hier extrem hohe Kinderlosigkeit, und wenn Mutterschaft, dann erst sehr, sehr spät.

Auf der anderen Seite: schwarze Frauen, ohne College-Ausbildung. Was stellen wir fest? Jede fünfte ist bereits mit 18 erstmals Mutter geworden; und mit dem 20. Lebensjahr ist es fast schon die Hälfte. Abbildung 1 und 2 verdeutlichen diese Zusammenhänge.

Bemerkenswert – über die Unterschiede in den Daten hinaus – ist, daß sich die Lebensweise dieser Frauen fundamental unterscheidet. Mindestens zwei Differenzen verweisen auf eine unterschiedliche biographische Bedeutung von Elternschaft: Zum einen ist Kinderlosigkeit weit häufiger und weit stärker toleriert unter weißen College-Absolven-

Abb. 1

KINDERLOSIGKEIT IN ABHÄNGIGKEIT VON MILIEUZUGEHÖRIGKEIT (USA)

Prozentanteile kinderloser Frauen in der Altersgruppe 35–44 für ausgewählte Gruppen, USA, 1986

Ausgewählte Gruppen mit hohen Anteilen von Kinderlosigkeit

Ledig, fünf oder mehr Jahre College, weiß	96,7
Ledig, leitende Manager- und professionelle Berufe, weiß	95,5
Ledig, vier Jahre College	91,5
Ledig, leitende Manager- und professionelle Berufe	89,3
Ledig, ein bis drei Jahre College	75,0
College, fünf und mehr Jahre	28,6
College, vier Jahre	22,1

Ausgewählte Gruppen mit geringen Anteilen von Kinderlosigkeit

Verheiratet, arbeitslos, schwarz	1,7
Verheiratet, kein High School Abschluß, hispanische Herkunft	5,9
Verheiratet, Wohnsitz Farm, hispanische Herkunft	7,1
Verheiratet, in Land-, Fisch- oder Forstwirtschaft tätig	7,2
Verheiratet, nicht erwerbstätig, schwarz	7,7
Kein High School Abschluß	9,9
Verheiratet, alle Beschäftigten, schwarz	10,8

Quelle: US Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P-20, No. 421, Fertility of American women, June 1986, Washington, D.C. 1987, S. 14-21

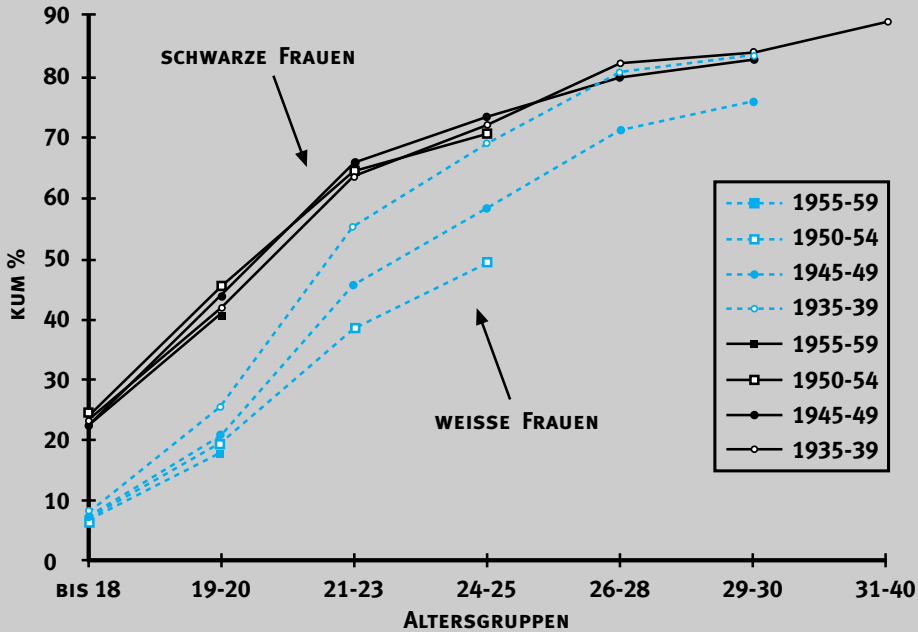
tinnen als zum Beispiel unter schwarzen Highschool-dropouts. Zweitens erfolgt der Übergang in die Elternschaft im Lebenslauf von Frauen mit College-Ausbildung sehr spät, verglichen mit den jungen Teenage-Mothers aus den schwarzen Ghettos. Mutterschaft ist für die Schwarzen eine Alternative zur kaum zugänglichen Bildungskarriere, und sie steht an der Schwelle zum Erwachsenenalter im Zentrum ihrer Lebensperspektive. Die weißen College-Frauen müssen versuchen, erste Mutterschaft und Berufskarriere in einem Lebensalter zu vereinbaren, in dem viele ihrer unterprivile-

gierten schwarzen Altersgenossinnen bereits Großmutter geworden sind – kaum älter als dreißigjährig! Das hat insbesondere Konsequenzen für die Generationenfolge: Man muß nicht einmal zu den Extremfällen greifen, um zwei Familiensysteme zu charakterisieren, die auf der einen (schwarzen) Seite geprägt sind durch 33jährige Großmütter, 50jährige Urgroßmütter und 80jährige Urururgroßmütter, auf der anderen (weißen) Seite durch 70jährige „einfache“ Großmütter, deren Töchter erstmals mit 40 Jahren Mutter wurden. Wir haben also in den USA zwei Extremgruppen in bezug auf Elternschaft

Abb. 2

ÜBERGANG IN DIE ELTERNCHAFT NACH ETHNISCHER ZUGEHÖRIGKEIT (USA)

Übergang in die Elternschaft nach Altersgruppen und ethnischer Zugehörigkeit (weiß/schwarz) für Geburtskohorten von Frauen (1935-1959), USA



Quelle: US Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P-20, No. 385, Childspacing among birth cohorts of American women: 1905 to 1959. Washington, D.C. 1984: 2

und den Konflikt Beruf-Familie; die Konsequenzen für Lebenschancen und Lebenslauf könnten kaum unterschiedlicher sein.

Wenn man den Sachverhalt nochmals entscheidungstheoretisch formulieren will, kann man sagen: Das Ergebnis des Entscheidungsprozesses hängt, formal betrachtet, von den zugänglichen Optionen ab. Solche Optionen sind zum Beispiel Kinderlosigkeit, Familie mit Doppelkarriere und privater Kinderbetreuung oder die große Alleinverdiener-Familie. Die Verfügbarkeit solcher Optionen hängt zunächst von allgemeinen strukturellen Bedingungen ab wie der Struktur des Bildungs-

systems und der Arbeitsmärkte oder den legitimen kulturellen Vorstellungen von Geschlechterbeziehungen, Familie, Kinderlosigkeit und der Definition des „guten Lebens“, den zugänglichen sozialen Unterstützungsnetzwerken sowie der biographischen Position.²¹

Diese Optionen sind nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen verfügbar, sondern, neben den genannten Bedingungen,

²¹ All das hängt auf komplexe Weise zusammen, läßt sich jedoch mit einer typologisierenden Zugriffsweise auf wenige zentrale Struktur-Entscheidungs-Ketten reduzieren (vgl. auch Abb. 5).

Abb. 3

STRUKTUREN, BEDINGUNGEN UND OPTIONEN DER PRIVATEN LEBENSFÜHRUNG		
BEDINGUNGEN UND STRUKTURZWÄNGE	VERMITTELT DURCH	OPTIONEN DER PRIVATEN LEBENSFÜHRUNG
Bildung	Soziale Herkunft	Alleinleben
Arbeitsmarkt	„Milieu“	Ledigbleiben (Späte Heirat)
	Heiratsmarkt	Kinderlosigkeit (Aufschub der Elternschaft)
Normen und Werte zu Geschlecht, Familie und dem „guten Leben“	Soziale Beziehungen (Netzwerke)	Erwerbstätige Mütter (Doppelverdiener)
	Lebenslaufstufe	Alleinverdiener-Familie
	Persönliche Interessen	Große Familie

von der Milieuzugehörigkeit abhängig. So kann man sagen, daß die Option Kinderlosigkeit kaum verfügbar ist für eine Frau aus einem familienorientierten sozialen Milieu, die ohne weiterführende schulische Bildung keine Karrierechancen besitzt. Umgekehrt ist die Option der großen Familie oder Nur-Hausfrau für eine Akademikerin aus einem individualisierten Milieu nur unter außergewöhnlichen Umständen verfügbar. „Verfügbarkeit“ einer Option kann sich sowohl auf „technische“ Aspekte beziehen (ohne Bildungszertifikat keine Option „Doppelkarriere-Paar“) als auch auf normativ-moralische (keine Akzeptanz von Kinderlosigkeit in bestimmten Milieus).

Eine solche soziologische Sichtweise wirft im übrigen ein anderes Licht auf „Unfruchtbarkeit“, die so gesehen keine medizinisch-

biologische Kategorie ist, sondern eine moralische Kategorie und ein soziales Konstrukt: Man stelle sich eine Gesellschaft vor, in der es nicht zum „Wesen der Frau“ gehört, Mutter zu werden (das muß nicht heißen, daß Mutterschaft kein Wert wäre, sondern nur, daß die Bewertung von Kinderlosigkeit demgegenüber nicht abfällt).²² In einer solchen Gesellschaft würden sich betroffene Frauen weniger daran stören, „unfruchtbar“ zu sein, als in unserer Gesellschaft. Biologische und soziale Elternschaft wären stärker getrennt (würden nicht gleichgesetzt), so daß es keinen großen Unterschied machen würde, ob man selbst ein Kind bekommen oder eines adoptiert hat. „Unfruchtbarkeit“ wäre weder eine Krankheit noch ein soziales Stigma und

²² Für die Vaterschaft muß dies nicht so sehr betont werden, da die Vaterschaft bei uns nicht um so viel höher bewertet ist als die Kinderlosigkeit von Männern.

vielleicht auch kein großes psychisches Problem mehr. Statt aufwendiger und belastender Prozeduren der Reproduktionsmedizin zur Beseitigung der „Unfruchtbarkeit“ könnten die Anstrengungen verstärkt werden, soziale Elternschaft (zum Beispiel durch Adoption) zu erleichtern.

INTERAKTIONSPROZESS UND PAAR-ENTSCHEIDUNG

Das Entscheidungsproblem wurde bisher weitgehend aus der Perspektive des Individuums behandelt. Die Entscheidung für oder gegen Kinder ist aber wohl kaum eine einsame biographische Entscheidung, sondern in der Regel eine Paar-Entscheidung.

Im Verlauf der historischen Entwicklung hat sich eine Verschiebung der Entscheidungsinstanzen ergeben: Zunächst waren es die Eltern, welche die Heirat – und damit auch die Familiengründung – arrangiert haben, später hatte der Ehemann größere Möglichkeiten freier Partnerwahl, und sein Wunsch nach Familie war unmittelbar damit verknüpft. Elternschaft war eine patriarchale Entscheidung – oder besser: eine patriarchale Selbstverständlichkeit.

Später, als sich das Paar ganz von den elterlichen Einflüssen gelöst hatte, hatten Mann und Frau die Möglichkeit partnerschaftlich darüber zu entscheiden, ob und wann eine eigene Familie gegründet werden sollte.

Schließlich, so meinen heute viele, könne nun die Frau unabhängig vom Mann darüber entscheiden, ob sie Mutter werden möchte oder nicht. Als Möglichkeit trifft das sicher zu, doch empirisch gilt eine solche Aussage, wenn überhaupt, nur für bestimmte Milieus.²³ Immerhin ist es plausibel an-

zunehmen, daß gerade heute, im fortgeschrittenen Individualisierungsprozeß, zumindest eine individuelle biographische Vorentscheidung getroffen wird, besonders von der Frau, aber auch vom Mann. (Diese wird, wie gesagt, von zwei Faktorenbündeln beeinflusst: Zum einen vom sozialistischen Hintergrund: Hat sich ein starker Kinderwunsch, ein starkes Gefühl für Familie entwickelt oder nicht? Zum anderen vom Lebensverlauf: Hat man eine berufliche Karriere eingeschlagen, die wenig Raum für Familie läßt oder für eine Lösung ohne großes Vereinbarkeitsproblem?)

In der Regel wird man davon ausgehen können, daß der letzte Schritt der Entscheidung beim Paar liegt. Wie kommt es zu einer gemeinsamen Entscheidung? Manche würden sagen, das hänge von den Machtverhältnissen in der Beziehung ab; andere würden sagen, das sei ein typisches Feld für Verhandlungen. Im Interaktionsprozeß, der zur Entscheidung führt, können unterschiedliche kommunikative Medien eingesetzt oder wirksam werden, vor allem:

- Verhandlung im Stil eines Interessenkonfliktes („Wir sind zwei vernünftige Menschen, wir müssen halt sehen, daß wir unsere unterschiedlichen Interessen unter einen Hut bringen“);
- Macht, Drohung, Druck („Ich will ein Kind – wenn du nicht Vater/Mutter werden willst, muß ich dich verlassen“);

23 Journalisten behaupteten, entdeckt zu haben, daß die kanarische Insel Gomera ein Dorado für alleinerziehende Mütter sei, die sich selbstbewußt und emanzipiert für ein Kind ohne Vater entschieden hätten. Die familiensoziologische Literatur über Alleinerziehende gibt dafür keine Bestätigung; im Gegenteil: diese Gruppe gilt als eine der größten Problemgruppen.

- Liebe und Wunscherfüllung („Wenn du ein Kind willst, möchte ich das auch“);
- Ideologie und normative Erwartungen („Das Kind braucht die Mutter; wenn du nicht für mehrere Jahre deinen Beruf unterbrechen willst, verzichten wir lieber auf Familie“).

Nur das erste dieser Beispiele entspricht der Rational-Choice-Vorstellung.²⁴ Bei einer rationalen Entscheidung im Sinne dieses Verhandlungsmodells müßten die Wünsche und Lebenspläne beider Partner berücksichtigt und aufeinander abgestimmt werden, das Vorhaben müßte dann zeitlich geplant und „technisch“ organisiert werden. Für die drei anderen Beispiele paßt das rationale Modell nicht. Bei diesen Interaktionsprozessen spielen Gefühle und die emotionale Qualität der Beziehung eine starke Rolle. Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist das Ergebnis eines nur schwer vorhersehbaren Interaktionsprozesses, der stark von der Dynamik der Paarbeziehung abhängt.

WEITERE FALLBEISPIELE

Zur empirischen Illustration der Entscheidungskoordination zwischen Mann und Frau greife ich noch einmal auf Fallbeispiele aus unseren Interviews zurück.²⁵ Häufig erfahren wir in den Interviews nichts Genaueres darüber, wie sich Mann und Frau schließlich einigen. Das ist immer dann der Fall, wenn die Interessengegensätze gering sind, wenn die Familienorientierung selbstverständlich ist, wenn bei beiden Partnern das Gefühl vorhanden ist, daß es „normal“ oder „richtig“ oder „schön“ wäre, Kinder zu haben. Es liegt dann eine Art stillschweigende Übereinkunft vor, die sich häufig so äußert: Die Frau wird ungeplant (wenn auch vielleicht nicht ganz

unerwünscht) schwanger, es ist sofort klar, daß eine Abtreibung nicht in Frage kommt, daß man die neue Situation akzeptiert, wie etwa im ersten oben angeführten Beispiel. Auch bei den Fällen geplanter Schwangerschaft findet man manchmal eine Art stillschweigende Übereinkunft. Es wird nicht darüber diskutiert, sondern man spürt und weiß, daß der Partner/die Partnerin dieselben Wünsche hat: Gemeinsam wächst der Kinderwunsch, harmonisch wird er realisiert, ohne daß viel darüber geredet werden muß.

Interessanter sind die Fälle, wo noch keine Übereinstimmung hinsichtlich der Frage oder des Zeitpunktes der Familiengründung herrscht. In einem dieser Fälle war die Frau entschlossen, notfalls auch ohne ihren Partner ein Kind zu bekommen. Sie machte ihre Entscheidung nicht von seiner Zustimmung abhängig. Doch wollte sie ihre Absicht auch nicht gegen ihn durchdrücken, wollte ihn nicht verlieren; vielmehr bemühte sie sich, daß er ihre Entscheidung mittragen konnte. Und im oben geschilderten Fall, wo die Frau erzählt hatte, sie habe fast drei Monate abgewartet, sich für oder gegen eine Abtreibung zu entscheiden, und dann habe es „klack“ gemacht und die Zeit war verstrichen, kommentiert ihr Mann: „Also du hast ein bißchen länger gezauert als ich, aber letztlich haben wir uns dann entschlossen, ihn zu kriegen.“ Sie hat, aus der Sicht ihres Mannes, nicht etwa lange die Vor- und Nachteile abgewogen oder hin und her überlegt. Nein, sie hat „gezauert“, sie war unentschlossen. Er fügt noch an, daß sie „seinem Drängen“ nachgegeben habe zusammenzuziehen und zu heiraten. Auf eine

²⁴ Im Sinne der „bargaining“- (Aushandlungs-) und austauschtheoretischen Ansätze (SCANZONI).

²⁵ Vgl. BURKART (1994, S. 302ff.)

Zwischenfrage der Interviewerin, warum sie mit ihrer Entscheidung so lange gewartet habe, zählt sie eine Reihe von Bedenken auf, die man (allgemein) gegen das Kinderkriegen anführen könnte:

„Ist es denn auch richtig?“ – „Man hat ja die Verantwortung auch gegenüber dem Kind.“ – „Und dann möchte man ja irgendwie auch in einer intakten Familie ...“ – „Schaffe ich das mit der Uni?“ – „Und daß ich auch noch meine Sachen schaffe, die ich gerne weiter machen möchte.“ – „Ohne daß er vernachlässigt wird.“ – „Klappt das mit uns, jetzt, mit 'ner Beziehung?“

Eine lange Liste von Gründen gegen das Kinderkriegen. Sie nennt nicht einen Grund dafür. Es wäre völlig unsinnig, das so zu interpretieren, als gäbe es viele Nachteile („Kosten“), aber nur wenige Vorteile der Elternschaft. Die Fülle von Bedenken, die sie äußerte, waren eher als Ansporn an sich selber gemeint, es trotzdem zu schaffen, aber auch als Bitte um Unterstützung. Es sieht so aus, als sei wesentlich für die gemeinsame Entscheidung für das Kind gewesen, daß der Mann das Kind wollte. Es scheint, daß es ihm gelang, ihre Bedenken zu zerstreuen. Sie hat, aus seiner Sicht, „gezaudert“, aus der Sicht von ihr war er „hartnäckig“. Er hat ihr geholfen, ihre Ängste zu verringern, hat ihr auch seine Unterstützung zugesagt. Er sagt: „Also ich hab ihr das zugetraut, daß sie das schafft und daß wir das auch zusammen ganz gut schaffen können.“ Es bleibt offen, wie dieser Überzeugungsprozeß im einzelnen verlief. Beide sagen, sie wüßten nicht genau, wie das kam. Sie sagt, er habe wohl immer versucht, „so 'ne positive Einstellung rüberzubringen“. Wenn sie ihre Zweifel anbrachte, habe er immer gesagt: „Ach“ (= es wird schon gehen) und dann „wie toll“ doch die

Aussicht auf ein Kind sei, „das ist doch 'ne schöne Sache“.

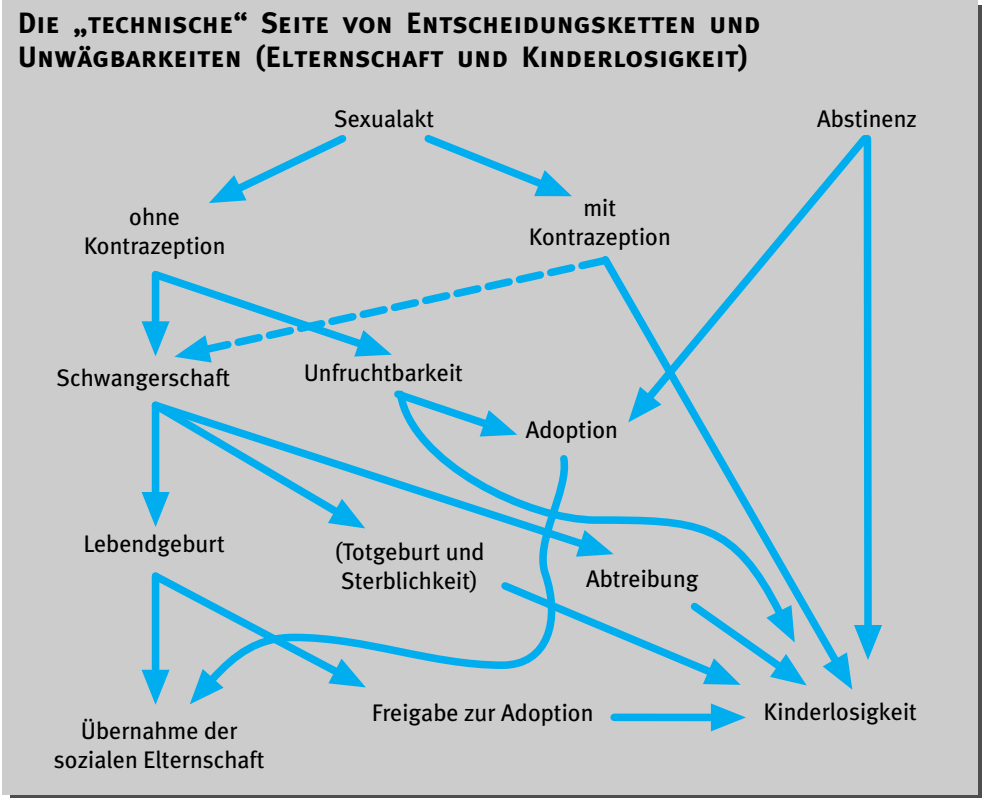
Man kann zusammenfassend sagen: Bei den von uns analysierten Entscheidungsprozessen zwischen Mann und Frau gab es in der Regel, wenn die Sache unklar war oder wenn beide unterschiedliche Vorstellungen hatten, weder eine Auseinandersetzung im Sinne rationaler Argumentation oder eines Aushandlungsprozesses noch ein Streitgespräch oder einen Machtkampf. Es war häufig so, daß der zögernde Partner vom andern unterstützt wurde, durch Verständnis, durch Empathie für die Gründe des Zögerns, bis dann schließlich, ohne aufwendiges Argumentieren, sozusagen stillschweigende Übereinstimmung erzielt wurde.

ENTSCHEIDUNGSPROZESS UND ENTSCHEIDUNGSKETTEN

Wichtig für unser Thema ist auch, daß die Entscheidung für die Elternschaft heute nicht mehr sehr eng mit anderen Lebensentscheidungen und Lebensäußerungen verbunden ist – so wie früher oder wie heute noch in anderen Kulturen. Sexualität, Zusammenleben, Ehe und Elternschaft – die „Entscheidung“ für das eine zieht heute nicht mehr zwangsläufig das übrige nach sich. Im Prinzip ist ein Schritt ohne den anderen möglich. Selbst Elternschaft ohne Sexualität ist ja heute relativ leicht möglich, ebenso die Ehe ohne Zusammenleben. Formal gesehen sind deshalb die Entscheidungsmöglichkeiten stark angestiegen. Jeder dieser Schritte müßte sozusagen für sich entschieden werden.

Biographische Entscheidungen nehmen deshalb häufig die Form einer Entscheidungs-

Abb. 4



kette an. Wer sich individuell grundsätzlich zur Übernahme der Elternschaft entschieden hat, muß bestimmte Schritte einleiten, damit die Entscheidung umgesetzt werden kann.

„In der Praxis“ kann man sagen, daß „Absetzen der Pille“ oder „Weglassen des Kondoms“ die erste und wichtigste Konsequenz aus der getroffenen Entscheidung „Übergang zur Elternschaft“ darstellt. Theoretisch ist der Entscheidungsprozeß komplexer. Eine komplexe Handlungskette mit vielen Einzelentscheidungen muß eingeleitet werden: sich mit dem Partner/der Partnerin abstimmen, den erwünschten Zeitpunkt festlegen, Sexualverhalten aktivieren bzw. intensivieren, Verhütungsmaßnahmen ab-

setzen, den günstigsten Moment für eine Befruchtung kalkulieren, Elternbücher lesen, Geburtsvorbereitungskurse absolvieren, optimale Bedingungen für eine Lebendgeburt schaffen – und schließlich, wenn alle diese Bemühungen nicht zur Elternschaft geführt haben, sich für eine technisch herbeigeführte „extrakorporale“ Befruchtung oder für eine Adoption entscheiden. Die „Entscheidung zur Elternschaft“ ist also genau genommen die Entscheidung zur Übernahme der sozialen Elternschaft, die also auch für Paare möglich ist, die „unfruchtbar“ sind.

Entscheidungsketten sind, formal gesehen, das Ergebnis einer Auswahl aus einem Entscheidungsbaum bzw. Flußdiagramm.

Abbildung 4 zeigt, daß es viele Wege zur sozialen Elternschaft, aber auch viele Wege zur Kinderlosigkeit gibt. Betrachten wir als Beispiel den Prozeß der Entscheidung zur Kinderlosigkeit. Wer absolut sichergehen will, kein Kind zu bekommen, müßte sich für Abstinenz entscheiden. Wer kann das schon? Deshalb muß, wer eine Schwangerschaft ausschließen will, Verhütung betreiben. Klappt diese aus irgendwelchen Gründen nicht, muß, wer die Geburt vermeiden will, abtreiben. Ist dies aus moralischen, rechtlichen oder „technischen“ Gründen nicht möglich, kann schließlich, wer die Übernahme der sozialen Elternschaft vermeiden will, sich für das Abgeben des Kindes (Freigabe zur Adoption) entscheiden. Trotz ihrer Komplexität zeigt Abbildung 4 nur einen kleinen Ausschnitt aus möglichen Entscheidungsketten, einen Ausschnitt, der lediglich einige sozusagen „technische“ Schritte sowie einige Unwägbarkeiten, die einer Entscheidung nicht zugänglich sind, berücksichtigt.

Dazu kommt: Der Zeitpunkt für alle diese Einzelentscheidungen ist flexibler geworden und muß vielfach mit anderen Lebensbereichen und mit dem Partner/der Partnerin abgestimmt werden. Der Entscheidungsprozeß kann also sehr komplex sein und sich über eine längere biographische Spanne hinziehen. Bei jedem Glied der Entscheidungskette können rationale und nichtrationale, technische und moralische Momente konfliktieren. Es wäre also wieder viel zu rationalistisch gedacht, würde man annehmen, daß die Menschen sozusagen mit solchen Entscheidungsketten im Kopf an das Problem herangingen. Es ist naheliegend, auch hier soziale und biographische Faktoren am Werk zu sehen, und das führt dazu, daß es je nach sozialer Milieuzugehörigkeit verschiedene biographische Entscheidungsverläufe gibt.

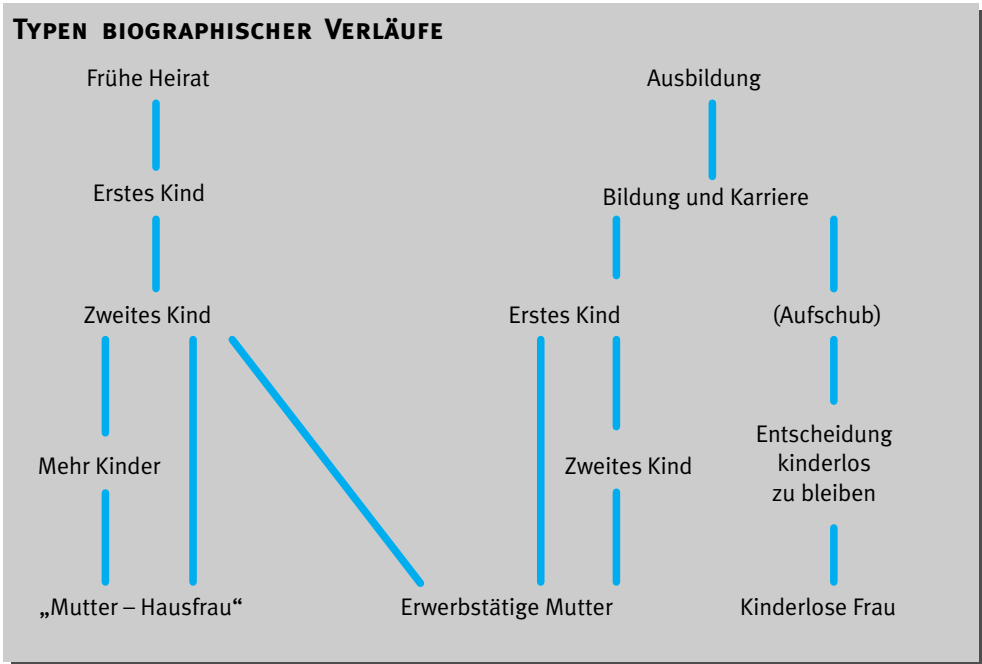
DER KRITISCHE ZEITPUNKT: „WIE LANGE KANN ICH NOCH WARTEN?“

Man kann von einer Folge von biographischen Punkten ausgehen, an denen sich ein Entscheidungsproblem stellt. In bezug auf die Elternschaft wäre der Punkt E1 der, an dem sich die Frage „Erstes Kind oder Aufschub?“ stellt. Dies gilt für zwei Gruppen jedoch nicht:

Erstens jene, für die der Zeitpunkt selbstverständlich oder abhängig von Ereignissen ist, auf die man nur bedingt Einfluß nehmen kann, etwa nach dem Muster: „Wenn ich den Richtigen gefunden habe, dann werde ich heiraten und Kinder kriegen.“

Zweitens stellt sich die Frage des Aufschubs auch für jene nicht, die sich schon frühzeitig auf Kinderlosigkeit festlegen können. E2 wäre für die, die aufgeschoben haben, dieselbe Frage noch einmal, für die anderen die Frage „Zweites Kind oder keine weiteren Kinder mehr?“ E_n wäre der Punkt, an dem sich für die Aufschiebenden die Frage stellt „Erstes Kind oder endgültige Kinderlosigkeit?“ – Wie kommt es zu E1? Eine typische Zwangssituation dafür ist eine ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft. Eine andere ist, wenn man mit Erwartungen konfrontiert wird, die sich auf die biographische Selbstverständlichkeit von Elternschaft in Verbindung mit Altersnormen beziehen: „Du bist jetzt 28, wird es da nicht mal langsam Zeit für ein Kind?“ Eine ähnliche Situation kann sich einstellen, wenn biographische Übergänge anstehen, die früher mit dem Übergang in die Elternschaft verkoppelt waren, etwa der Eintritt ins Berufsleben. Soll man sich erst beruflich konsolidieren und bis dahin den Übergang in die Elternschaft aufschieben?

Abb. 5



Hinsichtlich des Ergebnisses – unabhängig davon, ob Entscheidungen getroffen wurden oder das Ereignis zwangsläufig eingetreten ist – lassen sich drei Grundtypen biographischer Verläufe unterscheiden. Sie hängen stark mit dem Bildungsgrad bzw. der Zugehörigkeit zu sozialen Milieus zusammen, wie gezeigt. In verschiedenen Milieus gibt es daher typischerweise unterschiedliche biographische Pfade (vgl. Abb. 5).

Vereinfacht lassen sich zunächst zwei Ausgangssituationen unterscheiden. Im ersten Fall, dem traditionellen Modell, stehen eine relativ frühe Ehe und ein relativ früher Zeitpunkt der ersten Mutterschaft am Anfang (weniger als Ergebnis einer bewußten Entscheidung, eher im Sinn einer biographischen Zwangsläufigkeit). Wir können annehmen, daß typischerweise – ohne größeren Entscheidungsdruck – zumindest ein weiteres Kind kommt, da Einzelkinder als proble-

matisch angesehen werden. Danach ist eine Verzweigung möglich: In der traditionellen Variante kommen vielleicht weitere Kinder, doch auch ohne weitere Kinder bleibt die Frau zu Hause: Hausfrau und Mutter. In der moderneren Variante nimmt die Frau eine Erwerbstätigkeit auf, sobald die Kinder etwas größer sind.

Im zweiten Grundtyp steht am Anfang eine qualifizierte Ausbildung und nach Möglichkeit eine berufliche Karriere. Dies ist nicht das Ergebnis einer expliziten Entscheidung, sondern eine milieu- oder herkunftsspezifische biographische Selbstverständlichkeit. So hat zum Beispiel die Bildungsexpansion der siebziger Jahre für Frauen mittlerer Herkunft den Besuch höherer Bildungsinstitutionen zur Selbstverständlichkeit gemacht. Der Übergang in Ehe und Familie wird aufgeschoben. Irgendwann ist der biographische Zeitpunkt erreicht, wo die Frage nicht mehr

länger aufschiebbar ist. Je nachdem, ob eine entsprechende Partnerschaft und ein unterstützendes soziales Netzwerk vorhanden sind, bekommt die Frau entweder ihr erstes Kind oder sie bleibt endgültig kinderlos. Auch mit Kind wird sie ihren Beruf nicht aufgeben und die Mutterschaft wird nicht über die Berufsorientierung dominieren.

Die Entscheidung zur Elternschaft ist immer an einen biographischen Zeitpunkt gebunden. Eine rationale Entscheidung wäre deshalb vor allem die Entscheidung für den richtigen Zeitpunkt; es müßte der günstigste Zeitpunkt des Übergangs auf der Grundlage von Abwägungen über biographisch erwünschte Sequenzen von Ausbildungs-, Berufs- und Familienphasen festzulegen sein. Doch ist auch dabei mit dem Problem der strukturellen Überforderung zu rechnen. Und selbst wenn die/der einzelne einen solchen optimalen Zeitpunkt kalkulieren könnte – sie/er müßte einen Partner/eine Partnerin finden, mit dessen/deren eigener Planung dieser Lebensplan synchronisiert werden könnte. Dieses biographische Synchronisationsproblem der Abstimmung zweier individueller Lebensentwürfe stellt sich heute besonders im Akademikermilieu, wo die PartnerInnen ihre beiden Berufskarrieren weitgehend unabhängig voneinander vorantreiben.²⁶ Oft ist nur der Aufschub des Entscheidungsproblems – äußerlich als Aufschub der Familiengründung interpretierbar – möglich, in eine zunächst unbestimmte biographische Zukunft. Besonders für Frauen gibt es allerdings einen kritischen Punkt: Wie lange kann ich warten?²⁷

Der kritische Zeitpunkt setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen: der Dauer der Ausbildung (und manchmal der Dauer der beruflichen Einstiegs- und Konsolidie-

rungsphase, in der Mutterschaft besonders schwierig zu realisieren ist), der Verfügbarkeit eines unterstützenden Partners, den sozialen und biologischen Grenzen der Mutterschaft: Kann man mit vierzig noch Mutter werden, ohne sich gravierende soziale, psychische und – trotz Vorsorgemedizin – vielleicht auch gesundheitliche Probleme einzuhandeln?

DAS ZWEITE KIND

Bisher war fast nur die Rede vom Übergang in die Elternschaft, also der Frage nach dem ersten Kind. Die Entscheidung für das erste Kind hat biographisch eine völlig andere Bedeutung als jene für ein zweites oder drittes Kind. Es läßt sich aus der Durchsicht der Literatur und aus den eigenen Forschungserfahrungen folgende Vermutung aufstellen: Je niedriger die Parität (Ordnungszahl) des Kindes, desto geringer der Anteil an Planung, Entscheidung, Rationalität. Das heißt, man würde etwa bei der Frage nach einem dritten oder vierten Kind eher ein gewisses Maß an rationaler Planung erwarten können (allerdings gibt es noch bestimmte Randgruppen, bei denen sich die fehlende Rationalität der Planung in höheren Kinderzahlen niederschlägt). Beim biographisch schwerwiegendsten Übergang, jenem zur Elternschaft, scheint der Anteil an Rationalität und Entscheidung jedoch vergleichsweise gering; wahrscheinlich, weil hier die strukturelle Überforderung am größten ist: Niemand kann bei einer lebensgeschichtlichen Veränderung in dieser Größenordnung eine umfassende Analyse

²⁶ BURKART (1992)

²⁷ „How late can you wait?“, fragte die damalige Präsidentin der amerikanischen Gesellschaft für Demographie (MENKEN 1985).

sämtlicher Folgen durchführen, und kaum jemand ist sich vollkommen darüber im klaren, welche biographischen Gründe dazu geführt haben, daß er oder sie ein Kind will.

ELTERNSCHAFT ALS ENTSCHEIDUNG? IN ZUKUNFT MEHR PLANUNG?

Zusammenfassend läßt sich sagen:

- Häufig ist es nur unter formalen Gesichtspunkten sinnvoll, von Entscheidung zu sprechen. Für die Klärung formaler Fragen ist es manchmal hilfreich, den Übergang in die Elternschaft als Entscheidungsprozeß zu modellieren.
- Die positive Antwort auf die Frage, ob man überhaupt Kinder haben will, ist für die meisten Paare nach wie vor selbstverständlich. Es gibt kein Entscheidungsproblem.
- Der Übergang zur Elternschaft ist oft das Resultat einer biographischen Zwangsläufigkeit. Dies gilt in zweierlei Hinsicht: Die Haltung in dieser Problemsituation hat eine starke lebensgeschichtliche Verankerung; und der Bildungs- und Berufsverlauf hat eine stark determinierende Wirkung.
- Auch der Zeitpunkt des Übergangs in die Elternschaft ist keine völlig freie Entscheidung und wird in der Regel nicht genau geplant. Dem ersten Kind liegt seltener eine Entscheidung zugrunde als gewöhnlich angenommen wird. Der Aufschub der Elternschaft in eine unbestimmte biographische Zukunft ist oft durch die Lebensumstände erzwungen, vor allem durch den Bildungs- und Berufsverlauf.

- Im Normalfall handelt es sich nicht um rationale Entscheidungen; Entscheidungen hängen vielfach vom biographischen und sozialen Kontext ab.

- Es gibt deshalb deutliche Milieudifferenzen bezüglich des Zeitpunktes des ersten Kindes, der Kinderzahl und der Bedeutung von Familie.

- Entscheidungsbedarf tritt vor allem an zwei Entscheidungspunkten auf: bei ungewollt eintretender Schwangerschaft sowie bei der Frage nach weiteren Kindern, wenn der Übergang in die Elternschaft bereits vollzogen wurde. Demnach wäre eine Zunahme von Entscheidungen für Abtreibung und für Sterilisation, nachdem die gewünschte Kinderzahl erreicht oder überschritten ist, zu erwarten.

Für die Zukunft muß man wohl sagen, daß es weltweit gesehen notwendig wäre, den Grad von Familienplanung (im Sinne von Geburtenbeschränkung) weiter zu erhöhen. Immer noch, so konnte man kürzlich in Presseberichten lesen, fehlt jeder sechsten Frau im gebärfähigen Alter (das sind weltweit fast 230 Mio.) der Zugang zu angemessener Familienplanung und wirksamen Verhütungsmitteln.²⁸

Bezogen auf unsere Situation kann man skeptisch sein, ob es zu einer Verbesserung der Planbarkeit kommt. Dennoch ist es sinnvoll, sich auf die Faktoren zu konzentrieren, die klare Entscheidungen und Planung verhindern. Außerdem läßt sich vermuten, daß

²⁸ Zur Lösung dieses Problems wären 25 Mrd. DM nötig. Die Zunahme der Weltbevölkerung würde sich um knapp 20 Prozent verringern, wenn alle ungewollten Geburten durch Verhütungsmaßnahmen verhindert werden könnten (zitiert nach einer Studie des Guttmacher-Instituts, Der Tagesspiegel, Berlin, 24. 8. 1995).

wir eine stärkere Polarisierung erleben werden – dergestalt, daß wir auf der einen Seite immer mehr Paare haben, die kinderlos bleiben (oder sehr spät gerade noch ein Kind bekommen), weil beide Partner ihr Leben auf den Beruf konzentrieren. Auf der anderen Seite werden wir weiterhin eine eher traditionelle Gruppe haben, für die es selbstverständlich bleibt, zu heiraten; vergleichsweise früh und – mindestens zwei – Kinder zu bekommen.

LITERATUR

- BECKER, G. S. (1981): A treatise on the family. Cambridge, Harvard University Press
- BIRG, H., FLÖTHMANN E.-J., REITER I. (1991): Biographische Theorie der demographischen Reproduktion, Frankfurt, Campus
- BURKART, G. (1992): Lebenszeitperspektiven – Ergebnisse qualitativer Milieustudien, in: GRAEBE, Sylvia (Hrsg.): Alltagszeit – Lebenszeit, Zeitstrukturen im privaten Haushalt, Frankfurt, Campus, S.139-164
- BURKART, G. (1994): Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien, Stuttgart, Enke
- BURKART, G. (1995): Biographische Übergänge und rationale Entscheidungen, BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, Heft 2, S. 1-30
- BURKART, G., KOHLI M. (1992): Liebe, Ehe, Elternschaft. Die Zukunft der Familie, München, Piper
- CALDWELL, J. C. (1980): Mass education as a determinant of the timing of fertility decline, Population and Development Review, 6, S. 225-255
- FREUD, S. (1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, Gesammelte Werke, Bd. I, S. 491-516, Studienausgabe, Bd. 5, Frankfurt, Fischer, S. 11-35
- GEISSLER, B., OECHSLE M. (1994): Lebensplanung als Konstruktion: Biographische Dilemmata und Lebenslauf-Entwürfe junger Frauen, in: Beck/Beck-Gernsheim (Hrsg.): Riskante Freiheiten, Frankfurt, Suhrkamp, S. 139-167
- GLOGER-TIPPELT, G., GOMILLE B., GRIMMIG R. (1993): Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht, Opladen, Leske und Budrich
- KOHLI, M. (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37, S. 1-29
- MANN, L. (1984): Sozialpsychologie, Weinheim, Beltz
- MENKEN, J. A. (1985): Age and fertility: How late can you wait?, Demography, 22, S. 469-483
- SCANZONI, J., Dawson L. (1988): Men, women, and change. A sociology of marriage and family, Third edition, New York, McGraw-Hill

WIE KOMMEN FRAUEN ZU KINDERN – DIE ROLLE VON PLANUNG, WÜNSCHEN UND ZUFALL IM LEBENS LAUF

Im Gegensatz zu früheren Zeiten ist Elternschaft heutzutage, zumindest theoretisch, planbar geworden, und zwar sowohl im generellen Sinne einer Entscheidung des ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ als auch im Sinne des ‚richtigen‘ timings und/oder des ‚richtigen‘ Partners. Damit entstehen neue Probleme, denn ‚wo Planung möglich wird, sind Entscheidungen gefragt‘ oder in der Negation: ‚Mit der Planungs-Freiheit wächst der Entscheidungsdruck‘ (vgl. BECK-GERNSHEIM [1991]). BURKART (1994) (vgl. den Beitrag in diesem Band) hat gezeigt, daß diese Fragen einer rationalen Entscheidung allein nicht zugänglich sind.

Neben einer individuellen biographischen Vorentscheidung (im Sinne von Kind/Familie: ja/nein) spielen insbesondere lebensgeschichtliche Ereignisse eine Rolle. D.h., selbst bei einer generellen Entscheidung für Kinder stellt sich für die meisten Frauen/Paare immer noch die Frage, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt eine Schwangerschaft mit dem Lebensentwurf vereinbar ist. In diesem Sinne haben wir das Material der DESIS-Studie zu drei Fragekomplexen ausgewertet:

- Wie viele Schwangerschaften sind heute tatsächlich (un)geplant? Wovon hängt das Planungsverhalten von Frauen ab?

- In welchem Verhältnis stehen Planung und Anwendung von Verhütung zueinander?
- Welche Aussagen lassen sich zu der Beendigung der reproduktiven Phase durch eine Sterilisation machen?

Zu allen drei Punkten werden Verteilungsaussagen und Korrelationen aus den statistischen Daten der standardisierten Erhebung C1 gewonnen. Das Material der qualitativen Befragung C3 einer Untergruppe der in C1 befragten Frauen ermöglicht es, die subjektive Sicht der Frauen zu rekonstruieren und zu dem Zahlenmaterial in Bezug zu setzen.

SCHWANGERSCHAFTSPLANUNG VON FRAUEN – ERGEBNISSE DER STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG

Für die folgende Auswertung ist die erste (zugelassene) Schwangerschaft im Leben einer Frau von besonderem Interesse, da sie die grundsätzliche Entscheidung zur Elternschaft beinhaltet.

Von den 1 176 ersten Schwangerschaften,

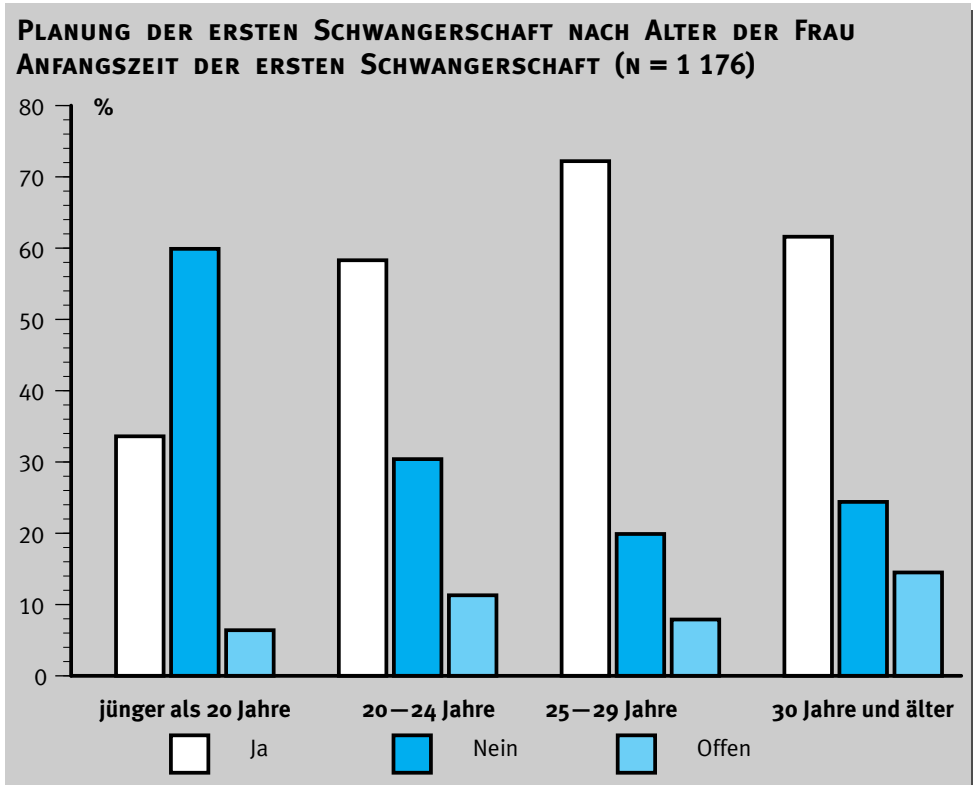
die in der Stichprobe von 1531 Frauen zugelassen worden waren, waren 55% geplant, 33% waren ungeplant und 9% der Frauen/ Paare hatten die Entscheidung offengelassen. Die Frage in dem Fragebogen lautete: „Haben Sie zu der Anfangszeit geplant, schwanger zu werden?“ Drei Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „Nein“, „Ja“ oder „keine klare Entscheidung/offen“. Unter Einbezug der ersten Schwangerschaften, die abgebrochen wurden, läge der Anteil ungeplanter Schwangerschaften noch höher, da angenommen werden kann, daß die abgebrochenen Schwangerschaften ebenfalls ungeplant waren. Eine solche Berechnung wurde für die Frauen vorgenommen, die jünger als 20 Jahre waren, als sie das erste Mal schwanger wurden (s.u.).

PLANUNGSVERHALTEN BEI DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT

Alter

Eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Rolle spielte das Alter der Frau zur Anfangszeit. Als Anfangszeit ist der Zeitpunkt definiert, an dem eine Frau/ein Paar anfängt, eine Schwangerschaft zuzulassen, d.h., „at risk“ sind für den Eintritt einer Schwangerschaft. Voraussetzungen dafür sind: keine Verhütung und regelmäßiger Geschlechtsverkehr. Abb. 1 zeigt, daß der altersgruppenspezifisch höchste Anteil ungeplanter Schwangerschaften auf die Altersgruppe der unter 20jährigen Frauen

Abb. 1



fällt. Mit fast 60% war in dieser Altersgruppe mehr als jede zweite Schwangerschaft ungeplant. Schaut man sich die geplanten Schwangerschaften an, dann findet sich mit 72,2% der altersgruppenspezifisch höchste Anteil in der Altersgruppe der 25- bis 29jährigen Frauen, gefolgt von den 30- bis 34jährigen Frauen mit 61,8%. Diese Altersgruppe weist gleichzeitig mit 14,5% die meisten offenen Entscheidungssituationen auf.

Wohnregion

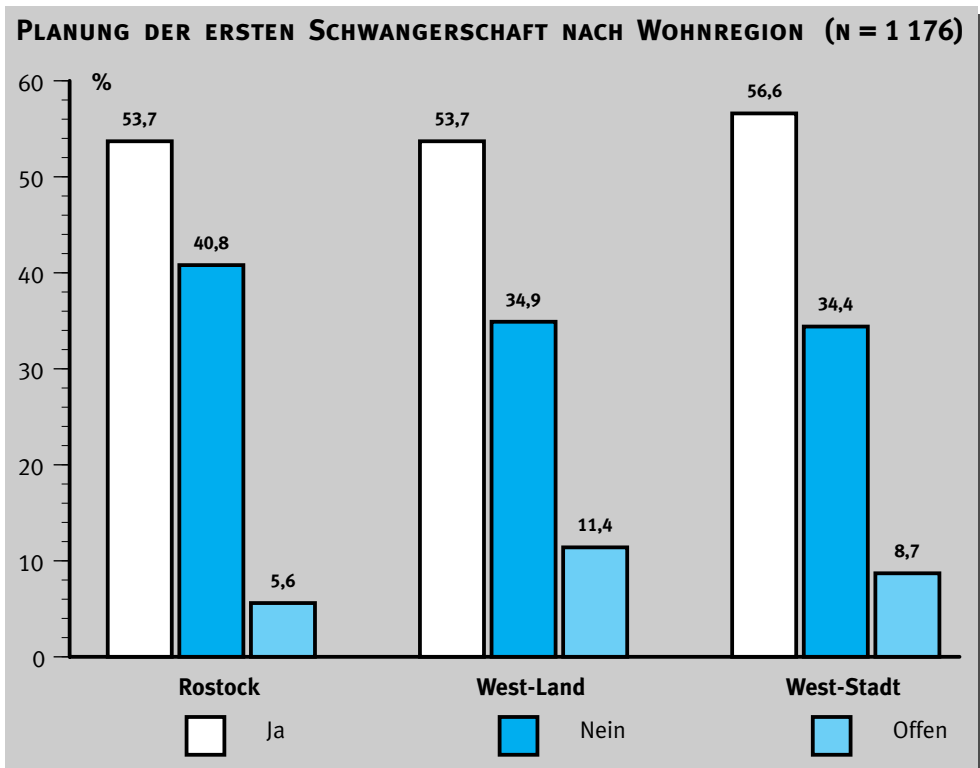
Die Wohnregion, unterteilt nach Ost (Rostock-Land), West-Stadt und West-Land, spielte eine gewisse Rolle (Abb. 2). Erste zugelassene Schwangerschaften wurden etwa gleich häufig in west- und ostdeutschen Regionen geplant. Unterschiede gab

es aber im Verhältnis ungeplanter Schwangerschaft zu offenen Entscheidungssituationen: in Rostock waren mit 40,8% mehr erste Schwangerschaften ungeplant als im Westen mit 34,5%, im Westen gab es dagegen mit 10,1% mehr ‚offene Entscheidungssituationen‘ als in Rostock mit 4,6%.

Ausbildung

Bei einem Vergleich des Planungsverhaltens nach dem Ausbildungsabschluß zum Befragungszeitpunkt zeigte sich, daß Frauen, die keinen Ausbildungsabschluß hatten, verglichen mit anderen Gruppen häufiger ungeplant schwanger wurden, während die Frauen, die einen Universitätsabschluß hatten, ihre erste Schwangerschaft am häufigsten geplant haben (Abb. 3).

Abb. 2



Relation der Kriterien „Alter“ und „Ausbildung“

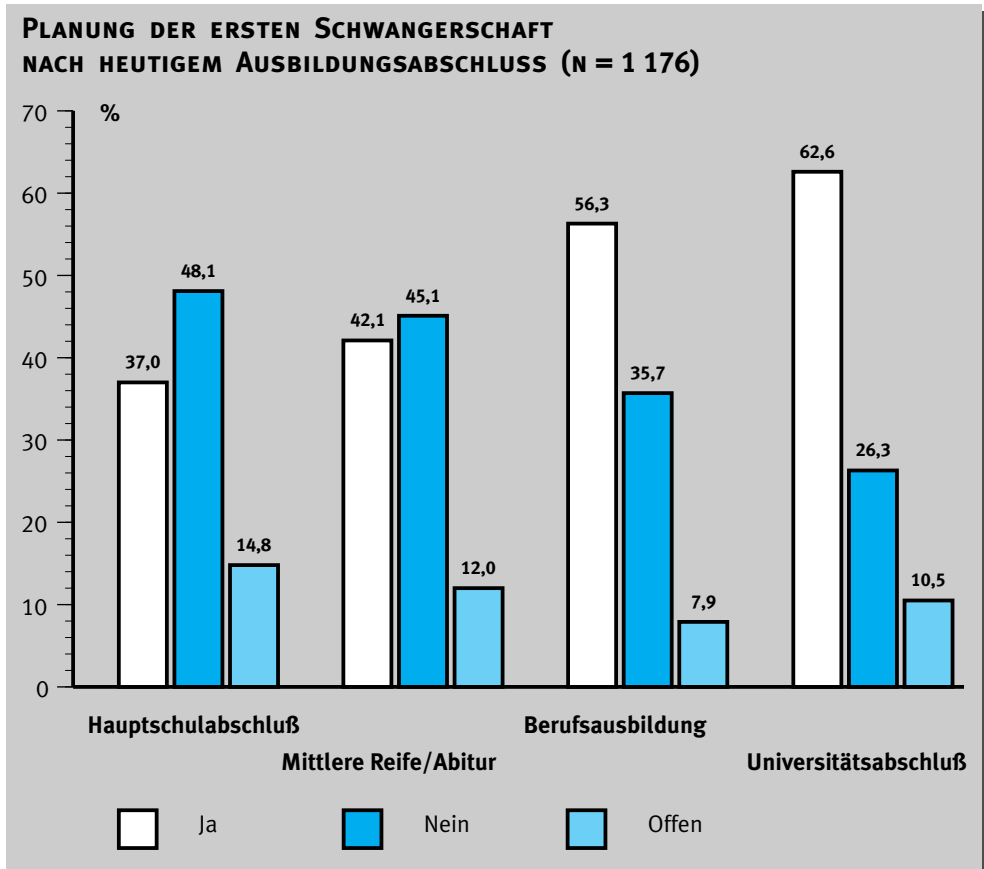
Um zu überprüfen, ob der Effekt, den das Alter der Frau hat, möglicherweise den Ausbildungseffekt überlagert, wurde der Einfluß der Ausbildung auf das Planungsverhalten für einzelne Altersgruppen im Westen getrennt betrachtet (altersstratifiziert). Abb. 4 zeigt, daß der Ausbildungseffekt durch den Alterseffekt – zumindest teilweise – aufgehoben wird. Westdeutsche Frauen mit Universitätsabschluß planten erst ab 25 Jahren deutlich häufiger ihre Schwangerschaften als westdeutsche Frauen ohne beruflichen Abschluß. Das weist darauf hin, daß Frauen mit höherer Ausbildung ihre

erste Schwangerschaft zeitlich nach hinten verschieben und diese dann häufiger geplant wird, während auf der anderen Seite eine vorher ungeplant eintretende Schwangerschaft seltener akzeptiert und eher abgebrochen wird (vgl. HELFFERICH in diesem Band).

Partnerbeziehungen

Frauen, die die erste Schwangerschaft planten, hatten dauerhaftere Partnerbeziehungen: Von allen Frauen mit einer ersten Schwangerschaft waren zum Befragungszeitpunkt noch 73% mit dem gleichen Partner zusammen. Von den Frauen, die eine erste Schwangerschaft planten, waren noch 82% mit dem gleichen Partner zusammen

Abb. 3



gegenüber 59% der Frauen, die die erste Schwangerschaft nicht geplant hatten. Dies trifft gleichermaßen zu für Frauen in den alten und in den neuen Bundesländern.

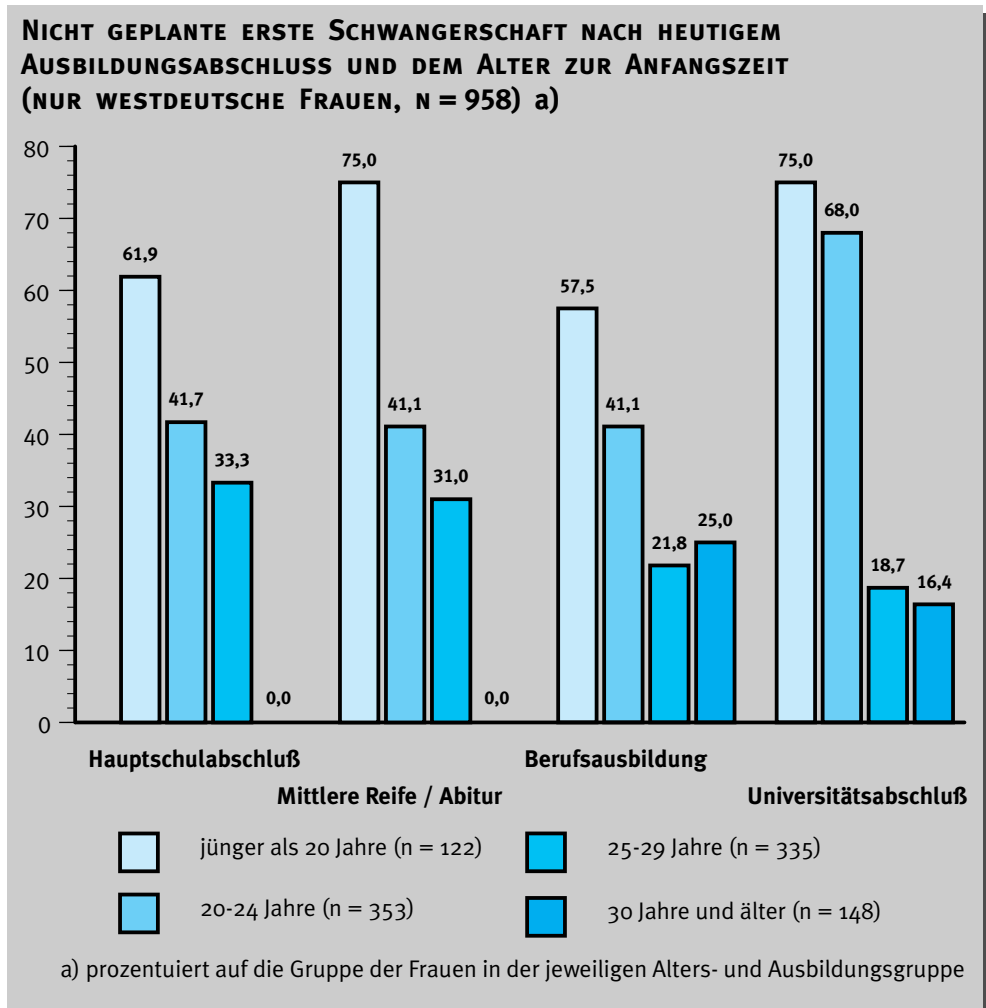
DAS PLANUNGSVERHALTEN BEI DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT BEI FRAUEN UNTER 20 JAHREN

Um den Einfluß des Alters zu kontrollieren, haben wir als gesonderte Gruppe die Frauen

betrachtet, die zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft jünger als 20 Jahre alt waren. Zusätzlich wurden auch die ersten Schwangerschaften mitberücksichtigt, die mit einem Abbruch endeten.

Die Gesamtzahl aller ersten Schwangerschaften erhöhte sich durch den Einbezug der abgebrochenen Schwangerschaften auf 1343. 378 (28%) dieser ersten Schwangerschaften entfielen auf Frauen unter 20 Jahren. Eine Aufschlüsselung der 378 ersten

Abb. 4



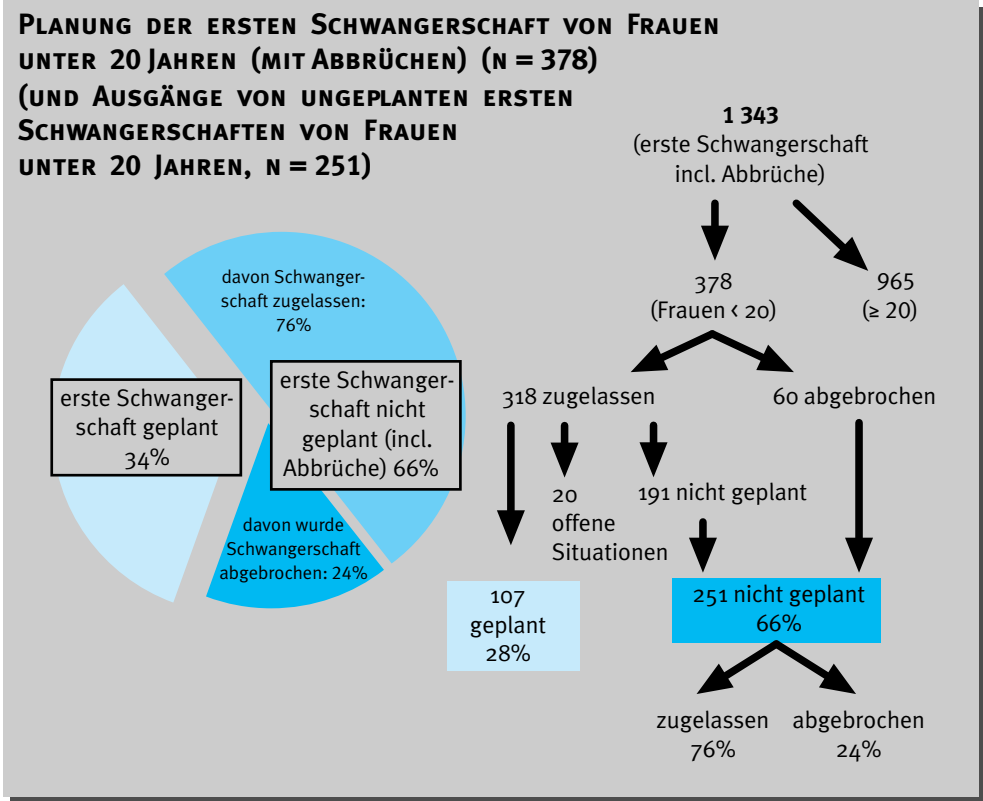
Schwangerschaften bei jungen Frauen zeigte, daß 318 (84,1%) zugelassen und 60 (15,9%) abgebrochen wurden. Von den 318 zugelassenen ersten Schwangerschaften waren 191 nicht geplant und 107 geplant und in 20 Fällen war die Entscheidung offen. Geht man davon aus, daß die abgebrochenen Schwangerschaften nicht geplant waren, so ergibt sich eine Zahl von 251 (191+60) ungeplanten ersten Schwangerschaften. Auf die Gesamtzahl aller 378 Frühschwangerschaften gerechnet, waren somit 28% dieser Schwangerschaften geplant (107 von 378) und 66% ungeplant (251 von 378) (Abb. 5).

Prozentuiert man die Entscheidung der Frauen – Abbruch oder nicht – nur auf die

ungeplanten Schwangerschaften, ergeben sich daraus 24% Abbrüche (60 von 251), bzw. 76% zugelassene, aber nicht geplante junge Schwangerschaften (191 von 251). Unabhängig von sozialen und regionalen Merkmalen heißt das:

- Frauen unter 20 Jahren brachen häufiger die erste Schwangerschaft ab als alle Frauen mit einer ersten Schwangerschaft (Frauen < 20 Jahre: 60 von 378 = 15,9%, alle Frauen mit erster Schwangerschaft: 167 von 1343 = 12,4%).
- 2/3 der nicht abgebrochenen frühen Schwangerschaften waren ungeplant (251 von 378).

Abb. 5



- $\frac{3}{4}$ der ungeplanten frühen Schwangerschaften wurden nicht abgebrochen (191 von 251).

Regionale Unterschiede (Tab. 1)

Der Umgang mit einer frühen Schwangerschaft weist deutliche regionale Unterschiede

auf: Die erste Schwangerschaft von Frauen unter 20 Jahren wird prozentual häufiger im Westen als im Osten abgebrochen und innerhalb des Westens ungefähr doppelt so häufig in städtischen Regionen. Zwar gibt es auf dem Land mehr ungeplante erste Schwangerschaften als in der Stadt, diese

Tab. 1

PLANUNG DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT VON FRAUEN UNTER 20 JAHREN NACH WOHNREGION (n = 358) (ohne offene Entscheidungssituationen)			
	ROSTOCK-LAND N = 102 %	WEST-LAND N = 133 %	WEST-STADT N = 123 %
PLANUNG			
Schwangerschaft war geplant	39,2	24,0	28,5
Schwangerschaft war nicht geplant	54,9	61,7	43,0
Schwangerschaft wurde abgebrochen	5,9	14,3	28,5

Tab. 2

PLANUNG DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT VON FRAUEN UNTER 20 JAHREN NACH HEUTIGEM AUSBILDUNGSABSCHLUSS (n = 358) (ohne offene Entscheidungssituationen)				
	HAUPTSCHUL- ABSCHLUSS N = 33 %	MITTLERE REIFE /ABITUR N = 61 %	BERUFS- AUSBILDUNG N = 236 %	UNIVERSITÄTS- ABSCHLUSS N = 28 %
PLANUNG				
Schwangerschaft war geplant	36,4	24,6	31,8	17,8
Schwangerschaft war nicht geplant	54,5	62,3	53,8	28,6
Schwangerschaft wurde abgebrochen	9,1	13,1	14,4	53,6

wurden dann aber offenbar eher akzeptiert (vgl. HELFFERICH in diesem Band zum Schwangerschaftsabbruchverhalten).

Soziale Unterschiede (Tab. 2)

Abbrüche bei frühen Schwangerschaften hingen ebenfalls mit dem Ausbildungsstand zum Befragungszeitpunkt zusammen: Während von allen Frauen mit Universitätsabschluß und einer frühen Schwangerschaft 53,6% diese Schwangerschaft abgebrochen haben, taten dies von allen Frauen mit einem Hauptschulabschluß nur 9,1%. Frauen mit qualifizierter Berufsausbildung

haben im Vergleich zu 13,8% diese erste Schwangerschaft in jungen Jahren abgebrochen.

Die vorliegenden Daten bestätigen die These, daß hochqualifizierte westdeutsche Frauen das erste Kind in höherem Alter planen. Falls ungeplant doch eine frühe Schwangerschaft eintritt, wird diese eher abgebrochen. Das erste Kind bzw. die erste zugelassene Schwangerschaft verschiebt sich im Westen mit Art und Dauer der beruflichen Ausbildung, während bei der ostdeutschen Stichprobe aus Rostock eine höhere Qualifi-

Tab. 3

PLANUNG DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT VON FRAUEN UNTER 20 JAHREN NACH DAUER DER PARTNERSCHAFT (N = 378)			
	SCHWANGERSCHAFT WAR GEPLANT % (N = 107)	SCHWANGERSCHAFT WAR NICHT GEPLANT % (N = 191)	SCHWANGERSCHAFT WURDE ABGEBROCHEN % (N = 60)
mit Partner dieser Schwangerschaft noch zusammen	68,2	46,6	18,3

Tab. 4

PLANUNG DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT VON FRAUEN UNTER 20 JAHREN NACH HEUTIGER KINDERZAHL (N = 378)			
HEUTIGE KINDERZAHL	SCHWANGERSCHAFT WAR GEPLANT (N = 107) %	SCHWANGERSCHAFT WAR NICHT GEPLANT (N = 191) %	SCHWANGERSCHAFT WURDE ABGEBROCHEN (N = 60) %
0	1,9	2,6	35,6
1	14,0	22,5	13,6
2	45,8	44,5	39,0
3 und mehr	38,3	30,4	11,8

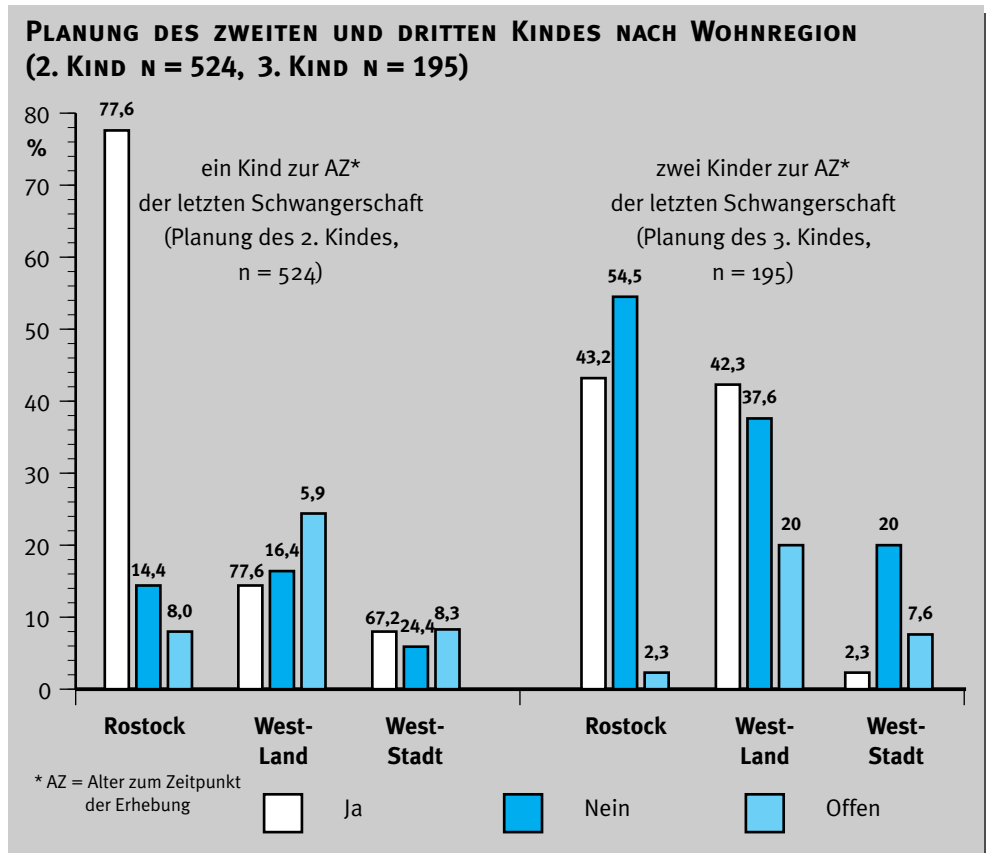
kation (Universitätsabschluß) nicht mit einer Verschiebung der ersten Schwangerschaft zusammenging.

Tab. 3 zeigt einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Partnerschaftsstabilität und Schwangerschaftsplanung, wie er altersunabhängig bereits für die erste Schwangerschaft beschrieben wurde. Auch für die Frauen mit frühen ersten Schwangerschaften zeigt sich: bei geplanter Schwangerschaft waren zum Befragungszeitpunkt 68,2% noch mit dem gleichen Partner zusammen, von den Frauen mit ungeplanter, aber zugelassener Schwangerschaft waren es 46%. Wenn die erste Schwangerschaft ein Abbruch

war, waren nur 18% immer noch mit dem gleichen Partner zusammen.

Die heutige Kinderzahl von Frauen, die bei der ersten Schwangerschaft jünger als 20 Jahre alt waren, gibt, zusammen mit früh eingegangenen langfristigen Partnerbeziehungen, retrospektiv Hinweise auf unterschiedliche Orientierungsmuster im Lebensentwurf. Frauen, bei denen die erste frühe Schwangerschaft geplant war, hatten häufiger drei und mehr Kinder. Frauen, die die erste frühe Schwangerschaft abbrachen, haben heute gleich häufig entweder keine Kinder oder zwei Kinder. Bei der zweiten Gruppe Frauen können zwei Muster ange-

Abb. 6



nommen werden, die in C3 überprüft werden:

- Frauen, die zum Befragungszeitpunkt ohne Kinder sind, sind eher berufs- und karriereorientiert. Familie/Kinder sind nicht per se Bestandteil ihres Lebensentwurfes. Die Lebensumstände führen zu einer Verschiebung des Kinderwunsches, bzw. ein Kind ist mit dem Lebensentwurf (noch) nicht vereinbar. In dieser Gruppe finden sich überwiegend gut ausgebildete, qualifizierte westdeutsche Frauen, vorwiegend aus städtischen Regionen.
- Frauen, die heute zwei Kinder haben, weisen eher eine Familienorientierung auf. Die erste frühe Schwangerschaft wurde jedoch abgebrochen, da sie zur falschen Zeit auftrat. Generell sind aber Kinder und Familie im Lebensentwurf enthalten.

DIE PLANUNG DES ZWEITEN UND DES DRITTEN KINDES

Nach entsprechenden Hinweisen aus den biographischen Interviews (s.u.) wurde in den quantitativen Daten das Planungsverhalten beim zweiten Kind mit dem beim dritten Kind verglichen. Wie in Abb. 6 zu sehen ist, wird das zweite Kind mit 74% wesentlich häufiger bewußt/gezielt geplant als das dritte Kind mit 43%. Im Westen findet sich ein deutlicher Stadt-Land-Unterschied. In der Stadt wird das zweite Kind seltener geplant als auf dem Land. Den höchsten Anteil an offenen Entscheidungssituationen (interpretierbar als Ausdruck von Ambivalenzen, s.u.) bei der Entscheidung für ein drittes Kind hatten mit 20% westdeutsche Frauen aus ländlichen Regionen. Den höchsten Anteil ungeplanter dritter Kinder gab es in Rostock.

DIE SUBJEKTIVE BEDEUTUNG DER PLANUNG EINER SCHWANGERSCHAFT – ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

Ausgewertet wurden in der standardisierten Befragung C1 die selbstangegebenen Einstellungen von Frauen zu einem zurückliegenden Ereignis. Der Begriff „Planung“ war dabei in der standardisierten Frage vorgegeben – und damit vorausgesetzt, daß die Befragten etwas Ähnliches darunter verstehen wie die Wissenschaft. Im Unterschied dazu konnten die Befragten in dem qualitativen Erhebungsteil ihr eigenes Verständnis von „Planung“ entfalten. Dieser methodische Unterschied zwischen standardisierten und qualitativen Verfahren kann genutzt werden, um die Haltung der Frauen zu einer Schwangerschaft in einen Zusammenhang mit anderen Einstellungen zu bringen, etwa mit Einstellungen zu Kindern, zu Ehe und Familie, zur Berufstätigkeit, aber auch zur „Planbarkeit“ des Lebens allgemein und der Nachkommenschaft im besonderen. Diese komplexeren Orientierungsmuster lassen sich dann vor dem sozialen Hintergrund der Befragten verstehen.

WAS BEDEUTET „PLANUNG“?

Es zeigt sich, daß ein breites Bedeutungsspektrum von „Planung“ existiert. Im Verständnis der befragten Frauen ist Planung nicht gleich Planung. Es gibt eine „richtige“ Planung und eine andere Planung. „Richtige“ Planung ist zielgerichtet, bewußt und verlangt Aktionen und einen Zeitplan. Sie ist mehr als der bloße Wunsch. Im Interviewmaterial fanden sich zahlreiche Abgrenzungen von „richtiger“ Planung; es kam vor, daß

sie in C1 abgelehnt wurde, obwohl in C1 die entsprechende Frage im standardisierten Fragebogen (Frageformulierung s.o.) bejaht worden war.

„Ich habe das nicht so richtig durchgeplant, so bin ich vom Typ her nicht.“ (S070, D14: ja)

„Richtig zielgerichtet war das nie, daß ich gesagt habe, jetzt will ich eine Familie gründen.“ (S107, D14: ja)

„Wäre wahrscheinlich ein bißchen später gekommen, wenn es richtig geplant gewesen wäre.“ (S105, H14: nein)

„Weitere Kinder sind nicht richtig bewußt geplant, wenn ich auch manchmal noch den Wunsch habe.“ (S156)

Überwiegend sprachen Frauen von weniger definitiven, entsprechende Schritte beinhaltenden Intentionen:

„Dann wollten wir eigentlich auch Kinder haben, so war das geplant, so drei Jahre arbeiten eben, und dann (...)“ (S114, D14: da infertil)

„Ich wollte schon immer Kinder. Ich wollte den Zeitpunkt schon selber bestimmen (...) zumindest ungefähr.“ (S140, D14: ja)

„Dann haben wir gesagt: Na ja, gut, wenn ich schon hierherkomme und keine vernünftige Stelle habe, dann wollen wir auch Kinder.“ (S150, Abschnitt K: geplant)

Eine Befragte gibt in C1 an, geplant zu haben, in C3 meint sie damit eine Vorstellung, die sich ohne Anstrengungen realisieren läßt:

„Beim ersten war's grad egal: ich habe weder verhütet noch sonstwas. Ich habe, ähm, wir haben gesagt: Wenn ja, dann ja, wenn nicht, dann nicht (...) eigentlich egal (...) drei Monate später, nachdem wir verheiratet waren, hat das geklappt. Also, da war gar keine Planung, das war einfach so wie es ist.“ (S211).

Die Planung, die hier angesprochen wurde, ist – mit Burkarts Worten – mehr eine „Vorstellung vom richtigen und guten Leben“. In einer englischen Befragung junger Mütter kristallisierte sich ein analoger Unterschied heraus zwischen Planung und Intention, schwanger zu werden: „Die ‚Intention‘, etwas zu tun, ist möglicherweise weniger definitiv als die ‚Planung‘, etwas zu tun: Zu ‚planen‘ scheint zu beinhalten, daß entsprechende Schritte getan werden; die ‚Intention‘ bezeichnet mehr eine Vorstellung („state of mind“).“ (CARTWRIGHT [1988], S. 149)

Hatten die Frauen in C1 angegeben, nicht geplant zu haben, so fand sich in C3 ebenfalls ein Spektrum von Bedeutungen der Nicht-Planung, das vom „Unfall“ bis zur Intention reicht, die zwar gegen „richtige“ Planung abgegrenzt wurde, durchaus aber als nicht-„richtige“ Planung gelten könnte.

„Planung – ich habe so was immer gehabt. Ich habe immer gesagt: Ich nehme sie so, wie sie kommen, also von planen halte ich gar nichts (...) denn meistens klappt es dann nicht, wenn man unbedingt will (...) das muß man einfach abwarten (...)“ (S069 – eine Frau, die durchaus eine Vorstellung von einem Leben mit Kindern hat und „ungeplant“ drei Kinder bekommt; D14: nein)

„Wir haben gar nicht bewußt etwas unternommen. Wir haben gehofft, wir kriegen

bald ein Kind. Wir dachten, irgendwie geht das schon." Die Frage nach Planung wurde verneint: „Wir haben ganz normal ehelich zusammengelebt, ohne auf irgend etwas zu achten.“ (L175, D14: nein)

„Man war ja nicht aufgeklärt, und mein Partner nahm's leicht.“ (L114, D14: nein)

„Es war ein Unfall“, „Ich habe nie ein Kind gewollt.“ (S027, D14: nein)

„Es war nicht ungewollt, aber ungeplant.“ (S156, D14: nein)

„Ich habe es nicht absichtlich ausgeschlossen.“ (S068, D14: da keine Schwangerschaft)

„Wir wollten nicht unbedingt, aber wenn's passiert, ist es auch nicht schlimm.“ (L056, C1: vor erster Schw.)

In C3 als „ungeplant“ bezeichnet wurden Schwangerschaften in Situationen der Nicht-Entscheidbarkeit. Dabei handelte es sich nicht um ein rationales Abwägen der Gründe dafür und dagegen, sondern charakteristischerweise war gerade das nicht möglich. Es wurde keine Entscheidung getroffen, sondern eine Schwangerschaft riskiert und die Verantwortung für ihr Eintreten an den Zufall oder höhere Mächte delegiert.

„Also, es gibt auch Gründe dagegen, es ist nie so eine eindeutige Entscheidung, daß ich denke, es müßte sein – es gibt immer Gründe dafür und dagegen.“ (S070)

Besondere Aufmerksamkeit als Variante der Nicht-Planung verdient ein wiederkehrendes Motiv „Wenn's schnackelt, schnackelt's, wenn nicht, ist es auch egal“,

das Teil eines kollektiven Deutungsmusters ist. Dieses Muster besagt: Ein Kind, das käme, würde akzeptiert werden, aber es kann aus verschiedenen Gründen nicht (auf diesen Zeitpunkt hin) geplant werden. Ein solches Muster „machte Sinn“ im Kontext spezifischer situativer Bedingungen wie:

- Situationen der Nicht-Entscheidbarkeit (das Risiko als Gottesurteil),
- Bewältigung langer Wartezeiten (vgl. HELFFERICH/KÜPPERS-CHINNOW in diesem Bd.),
- Differenzen der Partner: Sie möchte ein Kind, er (noch) nicht. Hierbei stellt die Haltung eine Kompromißformel dar. Würde sie angeben, ein Kind zu planen, dann könnte ihr unterstellt werden, sie würde ihrem Partner ein Kind „unterjubeln“ wollen,
- im Kontext religiöser Orientierungen, in denen Kinder ein Geschenk Gottes und nicht planbar sind.

„Nicht-Planung“, so könnte das Fazit lauten, ist keineswegs abweichend oder nicht normal. Der hohe Anteil an ungeplanten Schwangerschaften ist über Einstellungen zu erklären, die die normale Widersprüchlichkeit des Kinderhabens in der Gesellschaft reflektieren. In der Literatur finden wir andere Auffassungen: Während der implizit als normal unterstellte Rationalitätsstandard für nicht weiter erklärungsbedürftig gehalten wird, wird bei der Abweichung, bei den ungeplanten Schwangerschaften, ein spezifischer Erklärungsbedarf angenommen. Es werden Gründe angeführt, die sich im Bereich der Defizite oder psychischen Probleme bewegen, wie Unwissenheit, Inkompetenz bei der Verhütung

oder aber untergründige Ambivalenzen und Irrationalitäten. Aber weder der Rationalitätsstandard (hier: die „richtige Planung“), noch die echten Unfälle und lebensgeschichtlich dramatisierten Ambivalenzen spielen in der Struktur des kulturellen Selbstdeutungsmusters „Planung von Kindern“ eine wesentliche Rolle. Damit stellt sich die Frage nach sozialen Bedingungen und psychischen Prozessen, die die „Planung“ im Spektrum zwischen „richtiger Planung“ und „Unfall“ beeinflussen.

WELCHE BIOGRAPHISCHEN ORIENTIERUNGEN STEHEN HINTER DEM SOZIALGRUPPENABHÄNGIGEN UNTERSCHIEDLICHEN PLANUNGSVERHALTEN (NACH ALTER, AUSBILDUNG UND WOHNREGION)?

Es gibt verschiedene Studien, die zeigen, daß eine Gruppe von Frauen im Westen jung Kinder bekommt, eine andere „schiebt“ den Kinderwunsch „auf“ (z.B. BURKART [1994], NAVE-HERZ [1988]). Das Material aus C1 und C3 bestätigt diese Varianten und kann die Dimension des unterschiedlichen „Planungs“-Verhaltens einbeziehen. Das Muster läßt sich dadurch ausbildungs- und regionenabhängig differenzieren. Das in C1 gezeigte sozialgruppenabhängige Planungsverhalten konnte in C3 mit einer Beschreibung der entsprechenden sozialgruppenabhängigen Einstellungen verbunden werden:

- Frauen mit einer kurzen Ausbildung, West, die „schon immer“ Kinder/Familie wollten und die diesen Wunsch jung, d.h. häufig direkt nach Abschluß ihrer ersten Berufsausbildung umsetzen.

Sie werden jung geplant schwanger, haben eine frühe oder vorgezogene Familiengründung. Nach Abschluß der Planung, ab 30-35 Jahre, werden sie – wenn, dann ungeplant – schwanger.

Im Westen planten Frauen aus dem ländlichen Raum, mit einer kurzen Ausbildungsphase und mit einer Einstellung, während der Kinderphase nicht berufstätig zu sein (traditionelle Rollenverteilung), jung Kinder (z.B. S156). Ihr Planungshorizont war auf eine frühe Eheschließung eingestellt („Jetzt bist du 18, da könntest du mal so langsam gucken, daß du mal was Festes hast“: L218). Auch bei ungeplanten Schwangerschaften unter 20 mußte es sich nicht unbedingt nur um eine „Panne“ handeln, sondern es konnte eine Variante der Familiengründung vorliegen: Eine Frau war verheiratet oder die Heirat stand in Aussicht bzw. wurde erhofft. Ihre/seine Ausbildung war abgeschlossen und eine Orientierung an Familie eine Selbstverständlichkeit. Ihre „ungeplante“ Schwangerschaft bedeutete die Vorzeitigkeit eines für später geplanten Ereignisses: „Nicht ungewollt, aber ungeplant.“ (S156)

- Frauen mit mittlerer Qualifikation, West, mit „schon immer“ einer Vorstellung von Kindern/Familie: nach einem Aufschub (bauen, sparen, noch etwas erleben etc.) wird eine Familiengründung ab 25 Jahren geplant. Werden sie vorher schwanger, ist dies ungeplant.

Wurde die Familiengründung nicht vorgezogen, dann wurde sie ab einem Alter von 25 Jahren geplant. „Erst Geld anschaffen und bauen, und dann überlegen wir die Familienplanung.“ (L133) Sie bewegte sich im Westen weitgehend im Rahmen des „Normalentwurfs“, entsprechend wurde in

den Interviews ohne weitere Begründung festgestellt: „Dann wollten wir Kinder ...“ Mit 25 war der Aufschub vorbei: Es war nun Zeit für die erste Schwangerschaft. Das Alter von 30 Jahren wurde in einigen Interviews als „Obergrenze“ der Planung erwähnt.

- **Frauen mit Universitätsabschluß, West**
Kinder oder Familie sind zunächst überhaupt kein Thema. Werden diese Frauen jung schwanger, dann ist dies ungeplant. Ab 25 werden sie geplant schwanger im Zusammenhang mit einer gefestigten Partnerschaft und beruflicher Absicherung. Bei anhaltenden Ambivalenzen kommt es auch zu ungeplanten Schwangerschaften, die in höherem Alter ausgetragen werden. Als biographische „Obergrenze“ wird, wenn überhaupt, dann 40 bis 45 angegeben.

Junge Schwangerschaften waren ungeplant (und wurden überwiegend abgebrochen), wobei „ungeplant“ „unvorstellbar“ heißt: Während des Studiums war die Vorstellung von Kindern bzw. davon, selbst Elternteil zu werden, noch weit entfernt (vgl. BURGER/SEIDENSPINNER [1988]). Dabei handelte es sich nach unserem Material nicht um einen aufgeschobenen, sondern um einen lebensphasenabhängig nicht vorhandenen Kinderwunsch. Die Ausbildungsphase wurde geschildert als geprägt durch eine studentische Subkultur, zu der eine gewisse Ungebundenheit dazugehörte – auch ohne Festlegung auf einen dauerhaften Lebenspartner: „Das war immer klar, daß ich keine Familie wollte – mit meinem ersten Freund“ (S105), „Ich hatte während des Studiums nicht den entsprechenden Partner“ (S150), „Man suchte damals noch nicht nach dem Lebenspartner“ (S154). Wenn eine Schwangerschaft eintrat, wurde sie abgebrochen: Der richtige Partner war nicht vorhanden, die berufliche Ausbil-

dung gefährdet, die Ablösung von zu Hause und räumliche Mobilität hatten die sozialen familiären Netze aufgelöst, die beim Aufziehen von Kindern in dieser Phase hätten helfen können.

Ab 25 bis 30 Jahre begannen einige dieser Frauen, ein Kind zu planen – wenn sie sich dazu entschlossen hatten, und das hieß: wenn die „Umstände stimmten“, d.h. wenn der Einstieg in einen Beruf gesichert und die Partnerschaft stabil war. Dabei bedurfte es besonderer Anstrengungen, Kinder und Beruf „unter einen Hut zu bekommen“ und drohende Dequalifikationen und Nachteile abzuwenden. Eine dezidierte Entscheidung für ein Kind und die Planungsnotwendigkeit waren hier am größten. Gleichzeitig wurden viele ungeplant schwanger, häufig in Nicht-Entscheidbarkeitssituationen, die eine eindeutige Entscheidung für ein Kind nicht zuließen. Ungeplant schwanger geworden, stellte sich die Frage des „Jetzt oder Nie“. Der Planungshorizont sah Schwangerschaften noch über 40 vor, aber er war nicht prinzipiell offen und führte zu einem Entscheidungsdruck. Diese Frauen planten das erste Kind in einem Alter, in dem andere Frauen ihre Planung abschlossen.

- **Frauen im Osten, ausbildungsunabhängig**
Sie werden jung geplant oder ungeplant schwanger, planen ab 30 bis 35 Jahren keine Schwangerschaften mehr und sind sowohl familien- als auch berufsorientiert. „Junge Mütter“ – im Osten bedeutete das: unter 19 – waren weniger ungewöhnlich als im Westen. (Junge) Schwangerschaften waren mit möglichen Vorteilen verbunden wie z.B. Möglichkeit eines Wechsels aus einem zugewiesenen Ausbildungsberuf in einen anderen Beruf, eines Ortswechsels, oder des Zugangs zu einer Wohnung. Es war

weniger gravierend, ungeplant schwanger zu werden und die ohnehin „jung“ anvisierte Familiengründung vorzuziehen. Im selben Kontext der frühen Familiengründung standen auch jung geplanten Schwangerschaften.

Insgesamt fand die Paarbildung im Osten nach anderen Mustern statt. Die Partner kannten sich weniger lange, wenn sie beschlossen, ein Kind zu haben. Erlebnisaspekte (Reisen z.B.), Hausbau, oder die Beschaffung eines finanziellen Grundstocks für die Familie, wenn nach der Geburt der Kinder die Ehefrau nicht mehr mitverdient – alle diese Gründe für einen Aufschub der ersten Geburt gab es im Osten nicht in dem Maß wie im Westen: „Wohin hätten wir denn schon verreisen können?“ Im Osten stand sowohl die ungeplante Schwangerschaft als auch die junge geplante Schwangerschaft in keinem Zusammenhang mit dem Ausbildungsstand. Die Frauen zeigten sich sowohl familien- als auch berufsorientiert. Üblich war die Absicht, im Beruf zu bleiben (ROS006, ROS069). Nach „hinten“ ist die Planung entschiedener: 30 ist aus der Perspektive der Rostocker Frauen bereits „(zu) alt“, um ein Kind zu bekommen. Im Alter von 40 wird man eher Großmutter als Mutter.

Zwei Gruppen von Frauen sollen mit ihrem spezifischen Planungsverhalten erwähnt werden, zu denen in C1 keine Daten vorliegen, da sie nicht schwanger wurden, die aber in C3 ein spezifisches Profil zeigten:

- Frauen, die „schon immer“ oder auch später Vorstellungen von Familie/Kindern hatten, bei denen aber lebensgeschichtliche Erfahrungen oder äußere Umstände die Umsetzung der Vorstellung verstellen.

Sie wären geplant schwanger geworden, wenn sich dies hätte realisieren lassen.

- Frauen, die „noch nie“ Vorstellungen von Familie und Kindern hatten. Sie wären, wenn, dann ungeplant schwanger geworden.

PLANUNG VON KINDERN – EINE VORAUSSETZUNGSVOLLE ANGELEGENHEIT

Unterschiede zwischen Ost und West gab es nicht nur bezogen darauf, daß im Westen die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie die Entscheidung für ein Kind erschwerte. Im Westen machten Frauen die Planung sehr viel stärker davon abhängig, daß sie den „richtigen“ Partner hatten, um die „richtige“ Familie zu gründen. Liebe, Kränkungen, Verlassenwerden, die Frage, wieviel Nähe zugelassen werden kann, ohne daß der Anspruch auf Unabhängigkeit gleich wieder bedroht ist – alle diese Themen emotionalisierten das Kinderthema insbesondere in der Gruppe der hochqualifizierten Frauen und machten die Frage der Planung zu einer höchst komplizierten Angelegenheit fern jeder Selbstverständlichkeit und, selbst wenn der Wunsch nach einem Kind vorhanden war, mit zahlreichen Barrieren der Realisierung. Die Kinderfrage ist eine außerordentlich voraussetzungs- und folgenreiche Angelegenheit, und es zeigt sich, daß sich in einigen Biographien die „richtige“ Situation nie einstellte. Im Osten war die Kinderfrage weniger mit Partnerschaftsfragen verknüpft – vielleicht, weil die Lösung des „Vereinbarkeitsproblems“ weniger vom Mitspielen des Partners und Aushandlungsprozessen im Privaten abhing, sondern staatlich abgesichert war?

Die prägende Rolle lebensgeschichtlicher Erfahrungen, insbesondere das Verhältnis

zur Mutter, kann auf der Basis des Interviewmaterials nur bestätigt werden. Dies gilt aber für Frauen, die Kinder möchten, ebenso wie für Frauen, die keine Kinder möchten. Die Biographie begrenzt die Möglichkeiten „freier“ Entscheidung: „Sicher, man hat die Weichen gestellt, klar. Beides: Und man hat sie auch nicht gestellt.“ (S068)

Die Planung des zweiten Kindes

Warum wird das zweite Kind zu einem höheren Anteil geplant als das erste? Die Aussagen der Frauen in C3 bestätigen, daß der Übergang in die Elternschaft schwieriger ist als die Vergößerung und Vervollständigung der Familie, wenn sie einmal gegründet wurde.

Die Entscheidung für ein zweites Kind wurde – wenn überhaupt – mit den aus der Literatur bekannten Argumenten begründet (z.B. die Interessen des ersten Kindes: „Wir wollten kein Einzelkind“: S140). Wenn ein erstes Kind da war, war für viele ein zweites biographische „Normalität“, so normal und selbstverständlich, daß in den Interviews gar keine eigene Begründung dafür geliefert wurde: Zu einer „normalen“ oder „richtigen Familie“ gehört eben mehr als ein Kind. Das kollektive und emotional besetzte Deutungsmuster von Familie, das sich aus den Zukunftsvorstellungen bezogen auf Familie rekonstruieren läßt, wie sie von den befragten Frauen berichtet wurden, umfaßt mehr als ein Kind, auch wenn die Frauen später ein einziges Kind als genug ansehen. Für die Normalität der Familienergänzung machte es keinen Unterschied, ob die erste Schwangerschaft geplant war oder nicht. Einige Frauen planten von vornherein zwei Kinder. Andere, insbesondere solche, bei denen eine ungeplante Schwangerschaft zu einer vorgezogenen Familiengründung führte, planen das

zweite nun aus einer gesicherteren Familienexistenz heraus (z.B.: „Dann kam der zweite, aber der war gewollt“: S156, der erste war „verfrühte Familiengründung“; „Ich wollte eigentlich schon noch einmal ein zweites Kind“: L114; „Das zweite war ein Wunschkind“: ROS006 – ohne weitere Begründung). Alleinerziehende Mütter mit einem Kind planten kein zweites Kind.

Mit der Erfahrung wuchs zudem die „Planungssicherheit“: Die Frauen wußten nun, daß und wie es geht. Häufiger äußerten sie – im Sinne „richtiger“ Planung – Wünsche zum Timing, d.h. zum gewünschten Zeitpunkt der zweiten Geburt. Erfahrungen mit einer langen Wartezeit bei der ersten Schwangerschaft führten dagegen zu mehr Vorsicht bei der Planung des zweiten Kindes (vgl. HELFFERICH/KÜPPERS-CHINNOW in diesem Band).

Ungeplante zweite Kinder waren z.B. „Versöhnungselchen“, d.h. Kinder, die im Zusammenhang mit einer Ehekrise gezeugt wurden (S105), oder wenn die zweite Schwangerschaft das Muster der ersten ungeplanten Schwangerschaft fortsetzte (z.B. beide Male fehlender Zugang zu Verhütungsmitteln: S252)

Auch Frauen, die zum Interviewzeitpunkt ein Kind hatten, thematisierten die Frage eines zweiten Kindes, was nicht heißt, daß sie ein zweites wollten, wünschten oder planten, oder mit „nur“ einem Kind unglücklich waren. Es gab eine Reihe von Gründen, die gegen eine Entscheidung für ein zweites Kind sprachen oder sie zumindest erschwerten: Insbesondere hochqualifizierte Frauen im Westen, zudem biographisch „späte“ Mütter, antizipierten eine erschwerte Entscheidung für ein zweites

Kind, das das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch zuspitzen würde. „Ich sehe das nur unter großem Streß für die Familie möglich. Ob das sinnvoll ist, daß nachher alle unglücklich sind, weiß ich nicht.“ (S154; bei der Geburt des 1. Kindes 36 J.) Keine Frau äußerte vorab eine Vorstellung von einer Ein-Kind-Familie als Zukunftsmodell. Aber manchen Frauen – v.a. beruflich qualifizierten, die über längere Phasen ihres Lebens überhaupt nicht daran gedacht hatten, eine Familie zu gründen –, „reichte“ ein Kind. Wichtige Gründe im Osten, sich auf ein Kind zu beschränken, sind die Wende („In der Zeit reicht ein Kind, wenn man so die Preise sieht“: ROS266) und das Alter (zu den Altersvorstellungen s.u.).

Der Unterschied zwischen Stadt und Land im Westen bezogen auf die Planungshäufigkeit des zweiten Kindes läßt sich als soziale Verteilung der Realisierungschancen für einen Normalentwurf der „Zwei-Kinder-Familie“ interpretieren: In der Stadt im Westen sind die Bedingungen dafür am ungünstigsten; hier finden wir auch den höchsten Teil von Frauen mit Hochschulabschluß und entsprechenden Vereinbarkeitsproblemen.

Die Planung des dritten Kindes

Warum ist das dritte Kind so viel seltener geplant? Im Westen stellen sich Frauen bei der Planung eines dritten Kindes massive „Vereinbarkeitsprobleme“, angesichts derer eine „richtige“ Entscheidung nicht möglich ist. Für hochqualifizierte Frauen stand der Beruf auf dem Spiel, für Frauen aus der Mittelschicht die „Selbstverwirklichung“, d.h. andere, qualifikationsunabhängige und mit dem Größerwerden der Kinder langsam zurückeroberte Interessen: endlich etwas für sich selbst tun können.

Für einige der Frauen mit drei Kindern im Westen bedeutete das dritte Kind „den Ausstieg aus dem Beruf, den ich mir gerade mühsam erkämpft hatte“ (S105) bzw. eine Zuspitzung der realen Dequalifikation und Verlust von Möglichkeiten der Weiterqualifikation. Eine (halbtags beschäftigte) Ärztin beschrieb das Dilemma: „Also, es gibt auch Gründe dagegen, es ist nie so eine eindeutige Entscheidung, daß ich denke, es müßte so sein – es gibt immer Gründe dafür und dagegen.“ (S070) Frauen, die zwei Kinder hatten, nahmen bei ihren Überlegungen bezüglich eines möglichen dritten Kindes dieses Dilemma vorweg und beschreiben sich als „hin- und hergerissen“ (S140). Für ein Kind sprach die Kinderorientierung („Kinder sind süß“, „sie geben mir das Gefühl, gebraucht zu werden“), das soziale Umfeld („die Schwägerinnen bekommen auch gerade Kinder“), dagegen die Belastung durch die ersten beiden Kinder, eventuell auch ein fehlender weiterer Kinderwunsch beim Mann (S156) und Geschwisterwunsch bei den ersten Kindern. Klar war, daß die „Kinderphase“ ein Ende hat; das „empty nest“ wurde von Frauen mit einer starken Kinder-, einer geringen Berufs- und einer hohen Selbstverwirklichungsorientierung als Problem für den Zeitpunkt antizipiert, wenn das letzte Kind eingeschult wird. Klar war ebenso, daß ein weiteres Kind das Problem nicht löst, sondern nur um 5 bis 6 Jahre verschiebt – mit entsprechend schlechteren Chancen, noch Befriedigung in einem Beruf zu finden (S156). Die Ambivalenz drückt sich in einem hohen Anteil nicht geplanter Schwangerschaften aus. Planung ist kaum möglich, aber ungeplante Schwangerschaften werden ausgetragen.

Geplant wurde ein drittes Kind im Westen, wenn, dann auf der Basis einer traditionellen

Familienorientierung (hohe Wertigkeit von Familie) von Frauen ohne berufliche Ambitionen. Frauen, die das dritte Kind geplant hatten, drückten damit den Wunsch nach einer „großen“ Familie aus – sozialschichtabhängig als Idealbild oder aus einer „Wo zwei schlafen, schlafen auch drei“-Haltung heraus (sofern die Möglichkeit gegeben ist, diesen Wunsch zu realisieren). Eine dritte Schwangerschaft wurde auch geplant von Frauen nach einer Scheidung/Trennung von dem Vater der ersten Kinder: ein gemeinsames Kind bedeutete einen familiären Neuanfang (unabhängig davon, ob es sich um das zweite, dritte oder vierte Kind handelt).

Unter den Frauen mit zwei Kindern gab es solche, die – mehr oder weniger dezidiert – kein drittes Kind wollten. Für eine bewußte Beschränkung wurden im Westen ausdrücklich Gründe angeführt: lebensgeschichtliche Entwicklungen, ein neuer Partner, der Kinder hat, begrenzter (Wohn-)Raum und die Belastung durch die ersten Kinder: „Lieber zwei richtig erziehen“ als fünf Kinder haben und die Mutter ist „stressig und nervös“ (L258). Im Osten gingen die meisten interviewten Frauen, die zwei Kinder haben, gar nicht auf das Thema „drittes Kind“ ein – es schien eher begründungsbedürftig zu sein, wenn eine Frau ein drittes Kind will. Aus dem Kontext lassen sich dennoch Gründe gegen ein drittes Kind erschließen: Durch die Wende in die Nähe der Realisierbarkeit gerückte unerfüllte Konsum- und Reisewünsche oder Wünsche, ein Haus zu bauen (ROS006), ein Alter um die 30 bei der Geburt des zweiten Kindes (ROS029, ROS318) oder eine schwierige partnerschaftliche Situation (ROS480). „Reichten“ vor der Wende zwei Kinder, so reichten sie nach der Wende angesichts der verschlechterten Möglichkeiten von Kinderbetreuung allemal (ROS480). Auch

hier gibt es Frauen, die ursprünglich drei Kinder wollten, aber aus den genannten Gründen bei zwei Kindern blieben (ROS480).

Fazit

Biographisch gesehen sind nach C1 die Frauen mit zwei Kindern am „planmäßigsten“ vorgegangen. C3 zeigt, daß sie am ehesten eine „Normalvorstellung“ verfolgen. Sie ist am besten planbar – wenn die Umstände „stimmen“ (und sie „stimmen“ am ehesten im Westen auf dem Land). Aber selbst in der Gruppe der Frauen mit zwei Kindern ist das „durchgehend planende“ Vorgehen nicht die statistische Normalität. Ungeplante erste Schwangerschaften sind nicht unüblich und mögen für manche nichts weiter als ein verfrühter – und vielleicht auch erzwungener – Einstieg in die Gründung einer Familie sein, die dann durch ein geplantes zweites Kind vervollständigt wird. Denn das zweite Kind wird überwiegend gewollt – auch wieder: wenn die „Umstände stimmen“. Sie „stimmen“ wiederum am wenigsten im Westen in der Stadt. Die Unsicherheit bei der Planung des dritten Kindes zeigt, wie wenig „selbstverständlich“ ein drittes Kind ist, d.h., welche gesellschaftliche Strukturen einer Normalität von „Drei-Kinder-Familien“ entgegenstehen.

Die Planung und die Partnerschaftsdauer

Warum sind Frauen, die die erste Schwangerschaft planten, länger mit ihrem Partner zusammen, insbesondere, wenn die erste Schwangerschaft in einem Alter unter 20 Jahre eingetreten war? C3 legt nahe, daß die Planung der ersten Schwangerschaft – insbesondere in jungem Alter – Ausdruck einer grundsätzlichen Familien- bzw. Kinderorientierung ist. Entweder suchten diese Frauen einen Partner, der zu ihren Vorstellungen von (stabiler) Familie paßt: „Der läßt sich mit

meinen Vorstellungen von Familienleben vereinbaren – wenn einer, dann der.“ (S156) Oder die gemeinsame „Familienplanung“ entwickelt sich zusammen mit der Stabilisierung der Beziehung: „Irgendwie kam das halt auch so, daß das einfach länger ging und man einfach dann zusammengeblieben ist und dann eigentlich erst der Gedanke an Familie kam ... Erst wenn man eine Weile mit einem zusammen ist, kann man sagen, ob's der ist, mit dem zusammen man Kinder haben will“ (S140) – die Folge: eine gemeinsame Planung von Kindern.

Im Westen sind damit auch die Weichen gestellt, mehrere Kinder zu bekommen. Da die Planung jung begonnen hat, ist dazu ausreichend Lebenszeit vorhanden. Frauen ohne Vorstellungen von Partnerschaft und Familie, die die erste Schwangerschaft in jungem Alter abgebrochen hatten, hatten sich noch nicht auf einen Partner festgelegt. Sie hatten den „Richtigen“ noch nicht gefunden und wechselten in der Folge. Wenn sie „spät“ begannen, eine Familie zu gründen, blieb diese auch kleiner.

DAS VERHÄLTNISS VON PLANUNG UND ANWENDUNG VON VERHÜTUNG – ERGEBNISSE AUS DER STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG

Ginge alles ganz rational zu, dann müßten Frauen, die kein Kind wollen, entsprechende Anstrengungen unternehmen, um eine Schwangerschaft zu verhindern. Frauen, die sich ein Kind wünschen, müßten Verhütungsmittel absetzen. Der Anteil an Frauen, die eine unter Verhütung eingetretene Schwangerschaft austragen, müßte gering sein, und ebenso der Anteil der Frauen, die die Schwangerschaft nicht geplant hatten und dennoch nicht verhütet hatten. Beides ist nicht der Fall.

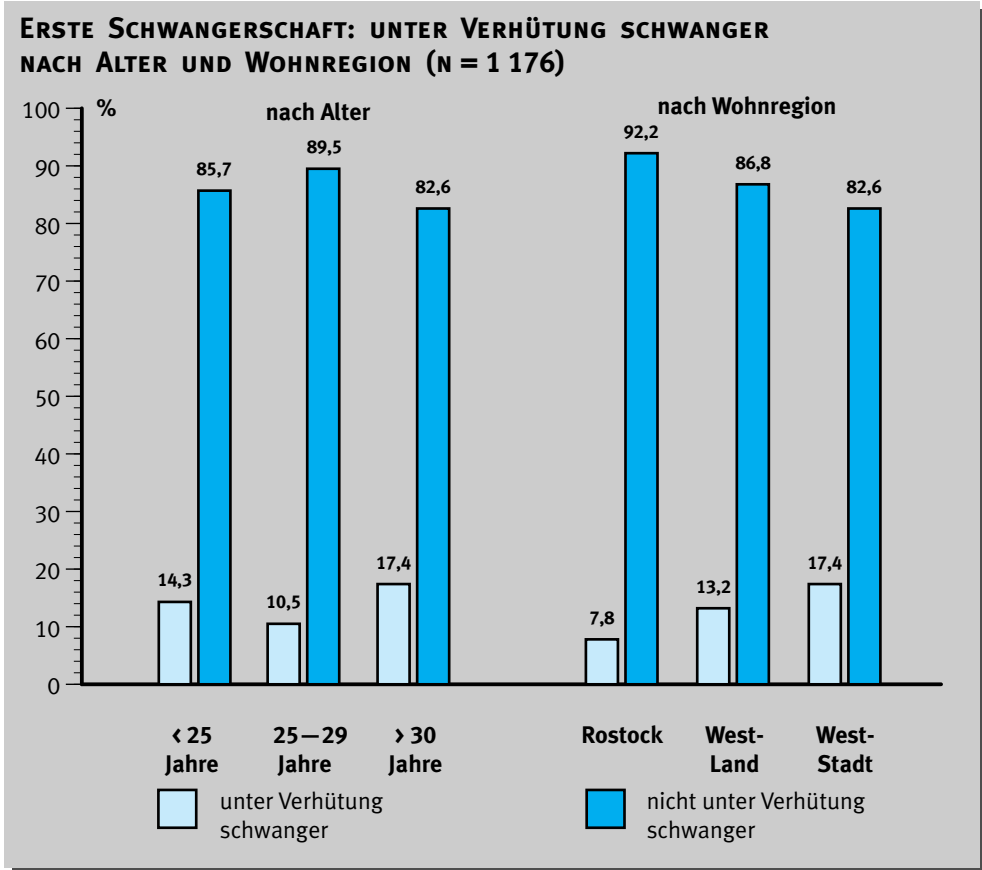
FRAUEN, DIE UNTER VERHÜTUNG SCHWANGER WURDEN

Wie viele und welche Frauen wurden unter Verhütung schwanger? Rund ein Fünftel (18,7%) aller Frauen in der Stichprobe gaben an, einmal oder mehrmals unter Verhütung schwanger geworden zu sein (ohne abgebrochene Schwangerschaften). Bei der ersten Schwangerschaft sind 163 von 1176 Frauen, das entspricht 13,3%, unter Verhütung schwanger geworden. Abb. 7 zeigt sowohl Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen wie auch zwischen den Wohnregionen. Ein leicht U-förmiger Zusammenhang zeigt sich beim Alter: Frauen, die bei der ersten Schwangerschaft unter Verhütung schwanger wurden, waren mit 10,5% am seltensten in der Altersgruppe der 25- bis 29jährigen zu finden. Sie waren mit 14,3% entweder jünger als 25 Jahre oder mit 17,4% älter als 30 Jahre.

Westdeutsche Frauen, und hier wieder häufiger Städterinnen, wurden mit 17,4% häufiger unter Verhütung schwanger als ostdeutsche Frauen mit 7,8% (im Vergleich West-Land: 13,2% Frauen unter Verhütung schwanger).

des ersten Kindes interpretiert: die nicht sorgfältige/nicht regelmäßige Anwendung von Verhütung und die ganz unterlassene Verhütung, wenn kein Kind geplant ist. 88% (144 Frauen) der Frauen, die bei der ersten Schwangerschaft unter Verhütung

Abb. 7



FRAUEN, DIE EINE SCHWANGERSCHAFT NICHT PLANTEN, ABER NICHT SORGFÄLTIG / NICHT REGELMÄSSIG VERHÜTETEN

Insbesondere zwei Muster wurden als Hinweise auf Ambivalenzen bei der Planung

schwanger wurden, hatten diese Schwangerschaft nicht geplant. Von diesen 144 Frauen hatten 41,7% nach eigenen Angaben nicht sorgfältig verhütet. Bei 17 Frauen handelte es sich um eine offene Entscheidungssituation, in der sie unter Verhütung schwanger wurden. Hier gaben sogar 76,5% an, die

Verhütung nicht sorgfältig angewandt zu haben (Tab. 5).

Die Sorgfalt der Anwendung muß auch im Zusammenhang mit der angewandten Methode betrachtet werden. 74 der 163 Frauen (oder 45,4%), die bei der ersten Schwangerschaft unter Verhütung schwanger wurden, gaben an, daß sie die Verhütung nicht sorgfältig angewandt hatten, als sie schwanger wurden. 63 dieser 74 Frauen (oder 85%) wendeten sogenannte weiche/natürliche Verhütungsmittel/-methoden an (bevorzugt die Temperaturmethode/sichere Zeiträume und/oder Kondome/Coitus interruptus).

Gleichzeitig wurden 89 Frauen (oder 54,6%) trotz sorgfältiger Anwendung schwanger. Von diesen 89 Frauen wendeten mit 55 Frauen (oder 62%) vergleichsweise weniger Frauen weiche Mittel/Methoden an.

FRAUEN, DIE EINE SCHWANGERSCHAFT NICHT PLANTEN, UND NICHT VERHÜTETEN

Frauen, die ihre erste Schwangerschaft geplant hatten, gaben an, zu 99,7% keine Verhütung (mehr) angewendet zu haben. Auf der anderen Seite hatte ein vergleichsweise großer Anteil von 65,8% Frauen die erste Schwangerschaft nicht geplant und trotzdem keinerlei Verhütung angewandt. Bei den unentschiedenen Frauen/Paaren (n=107) (Entscheidung = offen) waren es sogar 85,1%, die nicht verhüteten. Schlagwortartig bezeichneten wir diese Gruppe von Frauen als inkonsistente Verhüterinnen. Wir wollten wissen, ob es sich bei dieser Gruppe um Frauen mit bestimmten sozialen und/oder regionalen Merkmalen handelt. Dazu haben wir sie mit allen Frauen, die eine erste Schwangerschaft hatten, verglichen.

Tab. 5

ERSTE SCHWANGERSCHAFT: UNTER VERHÜTUNG SCHWANGER PLANUNG UND SORGFÄLTIGKEIT BEI DER ANWENDUNG DER VERHÜTUNGSMETHODE (N = 163)

	SCHWANGERSCHAFT WAR GEPLANT % (N = 2)	SCHWANGERSCHAFT WAR NICHT GEPLANT % (N = 144)	ENTSCHEIDUNG WAR OFFEN % (N = 17)
Anwendung war sorgfältig	50,0	58,3	23,5
Anwendung war nicht sorgfältig	50,0	41,7	76,5

Tab. 6 zeigt:

- Inkonsistent verhütende Frauen waren deutlich jünger und hatten einen niedrigeren Ausbildungsstatus.
- Den regional höchsten Anteil inkonsistent verhütender Frauen stellen die Frauen aus Rostock.
- Sie hatten ihren Partner häufiger erst kurz vor der Anfangszeit kennengelernt und waren zum Befragungszeitpunkt häufiger nicht mehr mit diesem Partner zusammen.

DAS VERHÄLTNISS VON VERHÜTUNG UND PLANUNG AUS SUBJEKTIVER SICHT – ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

Wie lassen sich die in C1 beobachteten Inkonsistenzen zwischen Planungsverhalten und Verhütungsverhalten erklären? Die Aussagen der befragten Frauen in dem qualitativen Teil können die spezifische Logik, die dem Verhalten der Frauen unterliegt und die sich nicht nach dem Rationalitätsstandard ausrichtet, verstehen helfen. Die Gründe, nicht oder nicht sorgfältig zu verhüten liegen dabei ähnlich, so daß im folgenden auf diese Unterscheidung hier verzichtet wird.

Tab. 6

PLANUNG UND VERHÜTUNG VOR DER ERSTEN SCHWANGERSCHAFT (N = 1 176)

Anwendung von Verhütung zum Zeitpunkt der Kontrazeption	SCHWANGERSCHAFT WAR GEPLANT %	ENTSCHEIDUNG WAR OFFEN %	SCHWANGERSCHAFT WAR NICHT GEPLANT %
nein	99,7	85,1	65,8
ja	0,3	14,9	34,2

Inkonsistent verhütende Frauen:

- sind jünger, • haben einen niedrigeren Ausbildungsstatus,
- waren prozentual häufiger in der ostdeutschen Stichprobe vertreten,
- haben zur AZ* häufiger erst kurze Beziehungen,
- sind heute seltener noch mit dem Partner dieser Schwangerschaft zusammen.

* Anfangszeit der ersten Schwangerschaft

GRÜNDE, NICHT ODER NICHT SORGFÄLTIG ZU VERHÜTEN: UNZUGÄNGLICHKEIT VON VERHÜTUNG, ÜBERZEUGUNG, NICHT SCHWANGER ZU WERDEN

In C3 erscheinen plausible lebensgeschichtliche Kontexte für unterlassene Verhütung: Frauen können nicht verhüten oder meinen, sie brauchen nicht zu verhüten:

Frauen können nicht verhüten

Einige Frauen (insbesondere der ältesten Altersgruppe in Ost und West) hatten in ihrer Jugend keinen Zugang zu Verhütungsmitteln. Sie verhüteten oft über einen längeren Zeitraum nicht, wurden dann im Zusammenhang mit einer festen Partnerschaft schwanger, z.T. im Kontext einer (versuchten) vorgezogenen Familiengründung (S252, L114, S227, ROS317, ROS400, L186, S001).

Frauen meinen, sie brauchen nicht zu verhüten

Diese Frauen waren der subjektiven Überzeugung, nicht schwanger werden zu können. Sie planten kein Kind, fühlten sich aber geschützt etwa dadurch, daß ihnen gesagt worden war, sie könnten keine Kinder bekommen (S150, ROS110) oder weil sie vorher eine lange Wartezeit erlebt hatten (ROS069, ROS029, ROS480, L257). Einige Frauen fühlten sich „magisch“ geschützt oder benutzten „mentale Verhütung“.

Der Übergang zu nicht sorgfältiger Verhütung

Einige Frauen – insbesondere aus der ältesten Altersgruppe – hatten für ihre Jugend Phasen unsicherer Verhütung beschrieben, so daß Unerfahrenheit eine Erklärung wäre. Einige Frauen setzten

ein sicheres Verhütungsmittel ab und verhüteten anschließend mit einer „weichen“ Methode – und zwar so unsicher, daß eine Schwangerschaft eintrat. Warum? An fehlender Kompetenz konnte es nicht allein liegen. Der Grundsatz, der sich aus den Interviews in C3 ergab, lautete: Eine ambivalente Planungssituation erzeugt eine ambivalente Verhütungssituation.

Vier Beispiele zeigen eine Situation, die von uns als „Grauzone der Planung/Verhütung“ bezeichnet wurde:

- S156 setzte die Pille ab, weil sie sie „einfach über war. Ich wollte nichts mehr schlucken. Und mein damaliger Freund hat gesagt, das ist mir zu risikoreich, ich möchte erst mein Studium abschließen, denn wenn was passiert, dann kann ich euch ernähren.“ Als er sein Diplom hatte, ließ sie die Pille weg. Sie verhüteten, weil sie ja noch kein Kind planten, mit Präservativen. Der Heiratstermin stand fest – dann ist es „halt irgendwie passiert“.
- L056 war verheiratet, ließ sich die Spirale herausnehmen. Daran schloß sich eine Phase der Verhütung an, die als „so lala“ bezeichnet wurde „nach dem Motto: wir wollen nicht unbedingt ein Kind, und wenn wir eins kriegen, ist es auch nicht schlimm“. Am Anfang der Ehe wollten sie noch nicht so gern Kinder, aber es wäre „egal gewesen, weil wenn, dann wäre ich halt ein bißchen früher als gewünscht schwanger geworden“.
- L099 nahm nach dem zweiten Kind die Pille, bis sie „pillenmüde“ war. Sie zitierte, was sie zu ihrem Mann sagte: „Weißt du, ich möchte ja eigentlich noch eins, wahrscheinlich bin ich aus dem Grund zu faul, die Pille zu schlucken.“ Sie wollte eigentlich,

daß „es passiert“, aber sie wollte nicht schuld daran sein – also wurde mit Kondomen verhütet. Sie wurde schwanger.

- L278 formulierte: „Ich habe dann, wo ich gewußt hab, ich will Kinder haben, hab ich schon ein Vierteljahr vorher aufgehört gehabt mit der Pille und halt noch verhü- (...) (unterbricht sich, Anm. d. A.) noch so aufgepaßt, danach die drei Monate, aber es hat gleich geklappt“ (vor der Heirat).

Die Passagen zeigen ein Zwischenfeld zwischen der sicheren Verhütung (Absetzen der Pille, Ziehen der Spirale) und dem bewußten Verzicht auf Verhütung, zwischen einem „Nein zu einem Kind“ und einem „Ja zum Kind“. Anders als in der binären Logik ist das Nicht-Nein mehrdeutig, das Ende des Nein bedeutet nicht Ja. Es gibt biographische Situationen *zwischen* einem „Ja“ und einem „Nein“ – sei es, daß der Kinderwunsch unter den Partnern differiert, sei es, daß es sich um eine Situation der Nicht-Entscheidbarkeit handelt (häufig auch bei der Frage nach einem dritten Kind), in der zuviel gegen ein Kind spricht, um einfach darauflos zu planen, aber auch zuviel dafür, um von der Vorstellung einfach Abschied zu nehmen: zuviel Kinderwunsch, um mit Pille oder Spirale zu verhüten, zu widersprüchlich, um gar nicht zu verhüten. In dieser „Grauzone“ wird sichere Verhütung abgesetzt und „ambivalent“ verhütet.

Es gibt aber auch andere durchaus rationale Gründe für das Absetzen der Pille – um dann ungeschützt durch Verhütung schwanger zu werden, etwa eine Pillenpause oder eine Trennungssituation: Ohne einen Partner kein Risiko und keine Notwendigkeit von Schutz.

Schwangerschaft unter Verhütung – ein Versagen der Methode

Jede Verhütung hat eine methodenabhängige Versagensquote. Einige Frauen schilderten eine sorgfältige Anwendung der Verhütung, so daß es nahelag, ein solches Versagen der Methode als Hintergrund für das Eintreten einer Schwangerschaft unter Verhütung anzunehmen.

Ungeplante Schwangerschaften in Krisensituationen – mit unterlassener oder nicht sorgfältiger Verhütung

Während Ambivalenzen, Widersprüche und Unentscheidbarkeiten bei der Betrachtung der „Grauzone“ im Vordergrund standen und die Entscheidung letztlich der Risikosituation „überlassen“ wurde, tritt der subjektive Anteil in den folgenden Beispielen als untergründige Psychodynamik auf: Ungeplante Schwangerschaften traten in bestimmten wiederkehrenden Situationen ein, insbesondere bei Krisen in der Partnerschaft. Zum einen gibt es hier einen „logischen“ Anteil: Frauen setzten im Fall einer Trennung ein sicheres Verhütungsmittel ab, etwa die Pille, weil es nicht mehr „notwendig“ war. Doch dieser Anteil erklärt nicht die Bereitschaft, das Risiko einzugehen und auch nicht das Eintreten der Konzeption. Die Bereitschaft zum Risiko konnte sich aus einer durch die konkrete Situation verzerrten Wahrnehmung des Risikos ergeben: „Ich hatte vorher keinen Partner und ich hatte das ruhen lassen und habe dann mit ihm geschlafen. Ich hab einfach nicht gerechnet damit, daß ich schwanger werden würde. Ihn wiederzusehen, war das überwiegende Gefühl und hat das andere einfach nicht zum Zuge kommen lassen, die Vorsicht.“ (L216)

Für eine psychodynamische Interpretation des Geschehens sei auf GOEBEL (in diesem

Band) verwiesen. GOEBEL hatte typische Konfliktkonstellationen, die er in einen Zusammenhang mit dem Eintreten einer ungeplanten Schwangerschaft brachte, analysiert, wobei er sich auf Interviews mit Frauen stützte, die wegen eines Schwangerschaftsabbruchs in eine Klinik kamen. Eine Aufschlüsselung der biographischen Situationen aus C3, in denen Frauen eine Schwangerschaft abbrechen ließen, bestätigt seine Thesen.

Das Interviewmaterial in C3 bezieht sich aber nicht nur auf Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen lassen wollten, und differenziert daher die Thesen von GOEBEL außerhalb eines klinischen Kontextes weiter: Auch für ungeplante Schwangerschaften, die nicht abgebrochen wurden, kann ein ähnlicher Mechanismus diskutiert werden. Dabei konnte eine Konzeption auch unter Verhütung eintreten. Zwei Befragte wurden in einer Krisensituation unter Diaphragma schwanger, eine der beiden Schwangerschaften wurde ausgetragen („Versöhnungsgelichen“: S105), die andere endete in einer Fehlgeburt (L216). Eine als „Versöhnungsschwangerschaft“ bezeichnete, ausgetragene Schwangerschaft trat unter Pille ein. Eine weitere Befragte wurde nach vier Jahren ohne Verhütung in einer „Eifersuchtssituation“ schwanger (S280) und brach die Schwangerschaft ab. Dieser allgemeine Zusammenhang zwischen der Verarbeitung einer Krisensituation und einer Konzeption unabhängig von der Frage des Abbruchs der Schwangerschaft wurde bereits in einer früheren qualitativen Untersuchung gefunden (HELFFERICH/v. TROSCHE [1985]).

Auch hier müssen gesellschaftliche Hintergründe einbezogen werden, denn das Phänomen der „Krisenschwangerschaft“ (mit sorg-

fältiger, nicht sorgfältiger oder unterlassener Verhütung) trat vor allem in den Interviews mit Frauen aus dem Westen hervor. Für Frauen aus dem Westen formulierten wir als – vorsichtige – Hypothesen für weitere Forschungen:

- Beziehungseingangs- und -klärungssituationen, in denen es um eine mögliche Eheschließung geht, sind als heikle Situationen für eine ungeplante Konzeption vor allem bei Frauen „riskant“, die für ihr Leben eine Perspektive mit Kindern für selbstverständlich halten.
- Trennungssituationen sind im Westen häufiger Kontexte von ungeplanten Konzeptionen als im Osten. Sie betreffen stärker individualisierte und qualifizierte Frauen in den Städten und beziehen ihre Dynamik aus biographischen Verletzungen und Kränkungen, aber auch aus der sozialen Situation mit einer Ambivalenz von gewünschter und gefürchteter Nähe.

Insgesamt kann der Zusammenhang zwischen sozialen Merkmalen und ungeplanten Schwangerschaften unter Verhütung bzw. ohne Verhütung auf mehreren Ebenen vermittelt sein. Es gibt intervenierende Aspekte wie z.B. die objektive oder anwenderabhängige Sicherheit einer Methode der Verhütung. Es gibt lebensphasenabhängige, strukturell bedingte „Grauzonen“, die Inkonsistenzen im Zusammenhang mit Planung, Verhütung und Konzeption erklären können. Zum dritten sind auch bei Diskussion der „Funktionalität“ einer „ungeplanten/unbewußten“ Konzeption im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Konflikten (z.B. Trennungskonflikten) vor einem lebensgeschichtlichen Hintergrund soziale und soziokulturelle Merkmale der Situation relevant.

STERILISATION ALS ENDE DER REPRODUKTIVEN BIOGRAPHIE – ERGEBNISSE AUS DER STANDARDISIERTEN UND DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

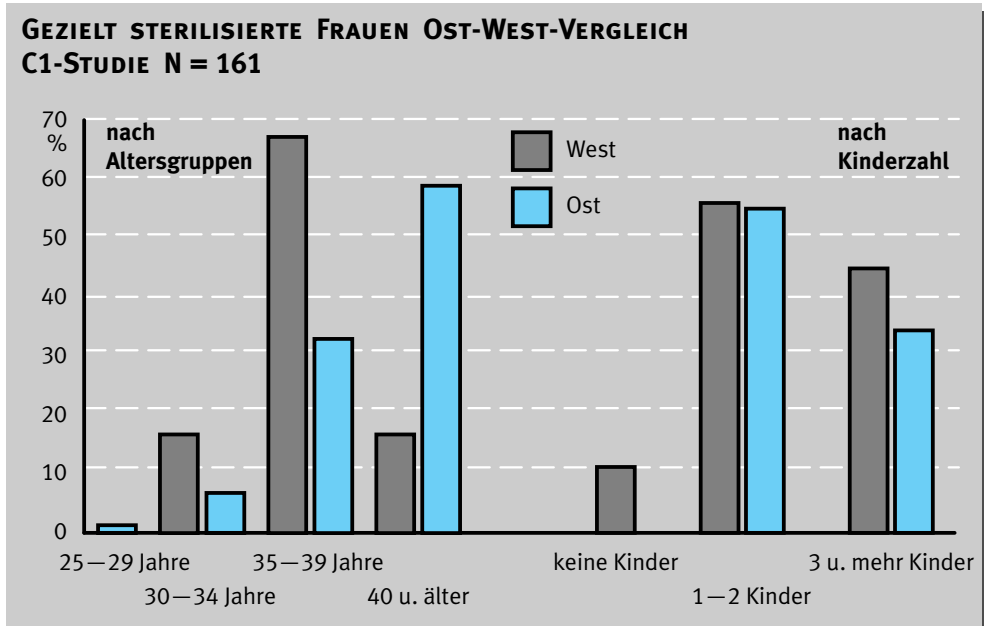
Die gewollte Sterilisation stellt sozusagen eine künstliche Beendigung der reproduktiven Phase im Leben einer Frau/eines Mannes dar. Wie viele und welche Frauen oder Männer lassen sich wann sterilisieren?

Insgesamt waren 161 Frauen und 62 aktuelle Partner in der Stichprobe gewollt sterilisiert. Das entspricht 10,5% sterilisierter Frauen bzw. 14,6% sterilisierter Paare. Von den Frauen der Altersgruppe 35 Jahre und älter waren zum Zeitpunkt des Interviews 37% aus Verhütungsgründen sterilisiert. In den meisten Fällen wird die Sterilisation als Mittel der Verhütung von Frauen/Partnern mit abgeschlossener Familienplanung gewählt,

d.h. bei einer Familiengröße von zwei oder mehr Kindern. Knapp die Hälfte der sterilisierten Frauen (47%) unserer Stichprobe war zum Zeitpunkt der Sterilisation 35 Jahre oder älter, 18% der Frauen waren jünger als 30 Jahre. Mehr als drei Viertel der sterilisierten Frauen hatten zum Zeitpunkt der Sterilisation bereits zwei oder mehr Kinder (78,3%), ca. 12% hatten ein Kind und 9,3% (n = 15) waren kinderlos (sie lebten vor allem in den Städten der alten Bundesländer).

Von den Frauen aus ländlichen Regionen der alten Bundesländer waren 13% sterilisiert gegenüber 9% in städtischen Gebieten und 7,9% in Rostock. Abb. 8 zeigt, daß Frauen in westdeutschen städtischen Regionen mit 60% häufiger jünger als 35 Jahre sind, wenn sie sich sterilisieren lassen. Sie haben ebenfalls häufiger keine Kinder (15,4%) oder ein Kind zum Zeitpunkt der Sterilisation (16,9%) als die Gesamtgruppe der sterilisierten

Abb. 8



Frauen. (zum Vergleich West-Land: 6% keine Kinder, 10,3% ein Kind). In Rostock gab es zum Zeitpunkt unseres Interviews keine kinderlose sterilisierte Frau. Die meisten Frauen hatten hier, wie in Westdeutschland, zwei oder mehr Kinder. Das Alter zur Sterilisations-Operation entspricht in etwa dem der westdeutschen Frauen aus ländlichen Regionen (d.h. ca. 50% der Frauen sind 35 Jahre und älter).

Bei 58% der Paare, in denen ein Partner sterilisiert war, entsprach die tatsächliche Kinderzahl auch der von der Frau heute gewünschten Kinderzahl. 19% hatten mehr Kinder, als sie sich gewünscht hätten und 23% hätten heute gerne mehr Kinder, als sie tatsächlich haben. Darunter befanden sich auch vier Frauen, die keine Kinder haben.

Da die Situation in den neuen Bundesländern zum Zeitpunkt unseres Interviews (Herbst 1991 bis Frühsommer 1992) zum einen noch deutlich von den alten Sterilisationsgesetzen¹ bestimmt war, zum anderen aber nach 1989 von einem Nachholeffekt – vor allem in den Altersgruppen mit abgeschlossener Familienplanung – , sind Vergleiche der Prävalenz der Sterilisationen in Ost und West nur bedingt möglich. Die weitere Entwicklung in den neuen Bundesländern ist nicht eindeutig abschätzbar, aber es ist

¹ In der DDR war die Sterilisation der Frau nur nach Genehmigung durch eine Kommission und praktisch nur aus medizinischer Indikation zulässig (Instruktion über die irreversible Kontrazeption bei der Frau vom 21. 4. 1969. Verfüg. Mitteilg. des Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 10/1969). Nach dem Wegfall dieser bis 1990 geltenden gesetzlichen Regelungen stieg die Nachfrage nach Sterilisationen als eine Methode der Familienplanung in den neuen Bundesländern stark an (NEUMANN, H.-G. Methoden der Familienplanung – Individuelle und gesellschaftliche Aspekte. In: KÖRNER, U. (Hrsg.): Ethik der menschlichen Fortpflanzung. Ethische, soziale, medizinische und rechtliche Probleme in Familienplanung, Schwangerschaftskonflikt und Reproduktionsmedizin, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag 1992, S. 31–50

zu vermuten, daß in relativ kurzer Zeit ein Angleich an die alten Bundesländer stattfinden wird, wenn der Nachholbedarf abgedeckt ist und sich die soziale Lage entspannt hat.

Die qualitativen Interviews zeigen, daß der Großteil der Frauen sich zu einer Sterilisation entschließt, nachdem die gewünschte oder mögliche Kinderzahl erreicht ist. Allerdings gilt nicht der umgekehrte Fall: Nicht alle Frauen, die sich sicher sind, daß sie kein weiteres Kind wollen, entscheiden sich – bzw. ihr Partner entscheidet sich – für eine Sterilisation. Den Anstoß für die Entscheidung liefert meist die Unzufriedenheit mit der Last der täglichen Verhütung.

Im Osten war die Wende ein Anstoß zu entsprechenden Überlegungen. Sie veränderte sowohl die vorher als selbstverständlich gegeben angesehene Möglichkeit, Kinder zu haben, als auch die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Für die befragten Frauen war das Thema, ob und wie es möglich ist, ein weiteres Kind zu bekommen, von hoher Relevanz. Unter dem Druck der Verhältnisse entstand eine höhere Planungsbewußtheit. Die Entscheidung zu einer Sterilisation als bewußte Entscheidung ist ebenso Folge dieser Situation wie der Rückgang der Schwangerschaften parallel zum Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche. Die Möglichkeit einer Sterilisation des Mannes wurde im Osten von keiner der Befragten thematisiert.

FAZIT

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, daß die Einstellung zu einer zukünftigen Schwangerschaft und die Entscheidung zur Elternschaft bzw. Nicht-Elternschaft nicht

von einem rationalen Planungsstandard geprägt sind. Ein Kind zu haben, ist ein existentielles biographisches Ereignis, für das lebensgeschichtliche Vorerfahrungen ebenso eine Rolle spielen wie sozio-kulturelle Orientierungsmuster und normative Kontexte in der sozialen Umgebung. Diese sind nicht widerspruchsfrei, wie jene Situationen zeigen, in denen eindeutige Entscheidungen für oder gegen ein Kind gar nicht möglich sind.

LITERATUR

BECK-GERNSHEIM, E. (1991): Technik, Macht und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt a.M., Fischer Verlag

BURGER, A., SEIDENSPINNER, G. (1988): Töchter und Mütter. Ablösung als Konflikt und Chance, Opladen, Leske + Budrich

BURKART, G. (1994): Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien, Stuttgart, Enke

CARTWRIGHT, A. (1988): Unintended pregnancies that lead to babies, in: Soc. Sci. Med. 27 (3), S. 249- 254

HELFFERICH, C., v. TROSCHKE, J. (1985): Ursachen unzureichender Verhaltensweisen von Frauen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften, Abschlußbericht im Auftrag des BMJFG, Freiburg, 1985

NAVE-HERZ, R. (1988): Kinderlose Ehen. Eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit, Juventa, Weinheim, München

JÖRG FICHTNER

WIE MAN(N) VERHÜTET, SO LIEBT MAN(N)?

MÄNNER UND KONTRAZEPTION

An der Abteilung für medizinische Soziologie in Freiburg haben wir seit zwei Jahren die Möglichkeit, im Rahmen eines BMFT-Forschungsprojektes zur AIDS-Prävention und Kontrazeption¹ ein Feld zu bearbeiten, das auch in der Forschungslandschaft der geschlechtsspezifischen Ansätze eher in der Diaspora anzusiedeln ist: sozialwissenschaftliche Männerforschung. Gerade im Hinblick auf die Frage des kontrazeptiven Verhaltens von Männern herrscht hier besondere Ödnis. Dem richtungsweisenden und vielversprechenden, allerdings wegen seiner methodischen Restriktionen auch eher Fragen aufwerfenden Ansatz von BARTH und STRAUSS (1986) folgten kaum nennenswerte weitere Arbeiten.

Einige Fragen davon versuchten wir in unserer Studie zu stellen, eines hielten wir aber von vorneherein für unstrittig: **daß partnerschaftliches und sexuelles Verhalten einer umfassenden lebensgeschichtlichen Bedingtheit unterworfen ist, und auch ein Verstehen des individuellen**

¹ „HIV-Prävention und Kontrazeption als sinnhaftes Handeln bei Männern.“ Gefördert im BMFT-Förderschwerpunkt AIDS, Bereich Sozialwissenschaften, von 11.93 bis 12.95. In den Dank seien an dieser Stelle neben dem Bundesministerium für Forschung und Technologie auch die Projektmitarbeiterinnen KIRSTEN SCHEHR und EVA WEISE wie auch die Projektleiterin CORNELIA HELFFERICH miteingeschlossen.

Verhütungsverhaltens nur über den Zugang zu den Lebenswelten der Betroffenen möglich werden kann. Wir wählten daher ein möglichst umfassendes Forschungsdesign, und hofften so, den verschiedenen Aspekten einer so einfach scheinenden Handlung wie der Anwendung von Verhütungsmitteln gerecht zu werden.

FORSCHUNGSDESIGN

In den biographischen Interviews galt es zuerst, grundlegende Zusammenhänge von Kindheitsbeziehungen, Partnerschaftsmustern, aktuellen Beziehungsmustern und schließlich auch dem Verhütungsverhalten herauszuarbeiten und daraus eine Typologie zu entwickeln. Eine umfassende Fragebogenstudie sollte epidemiologische und Verhaltensdaten liefern, die einerseits ermöglichen, die konstruierte Typologie weiter ausdifferenzieren und zu validieren und die Idealtypen empirisch verortbaren Populationsgruppen zuzuordnen. In einem dritten und letzten Schritt, der Durchführung von Gruppendiskussionen, ging es schließlich darum, normative und Regelbildungsprozesse in bestehenden sozialen Gruppen zu untersuchen. Alle methodischen Schritte beziehen sich auf die Population der 20- bis 35jährigen heterosexuellen Männer und wurden sowohl in den alten Bundesländern

METHODE	STICHPROBE
biographische Interviews lebensgeschichtliche Bedingtheit von Verhalten und Einstellung	per Zeitungsanzeige/Schneeballprinzip Ost n = 19 West n = 20
Fragebogenerhebung sozio-empirische Verteilung von Verhaltens- und Einstellungsmustern	Zufallstichprobe/Einwohnermeldeamt Ost n = 319 West n = 420
Gruppeninterviews kollektive Regelbildung hinsichtlich Verhaltens- und Einstellungsmustern	über Seminare des Medizinstudiums Ost Gruppe à 5 Männer West Gruppe à 5 Männer

(Freiburg) wie auch in den neuen (Rostock bzw. Ost-Berlin) durchgeführt.

LEBENSWELTEN UND TYPISCHES VERHÜTUNGSVERHALTEN

Das auf den ersten Blick sehr weite Feld männlichen Umgangs mit Verhütung oder der männlichen Ignoranz dem Thema gegenüber konturiert sich aus der Perspektive der einzelnen Biographien als durchaus regelhaft und sinnvoll strukturiert. Deshalb soll zu Beginn dieser Ausführung zumindest ein kurzes Augenmerk auf die Ergebnisse des **qualitativen Untersuchungsteils** geworfen werden, um so die Grundlinien nachzuzeichnen, entlang derer sich das männliche Kontrazeptionsverhalten bewegt.

Aus der Analyse der 39 biographischen Interviews ließen sich bestimmte Beziehungsmuster und ihre lebensgeschichtliche Entwicklung herauskristallisieren, die Gültigkeit sogar übergeifend über die geographische Herkunft (Ost oder West) beanspruchen konnten. Innerhalb solcher idealtypischer Muster, die primär als subjektive Deutung

der eigenen Beziehungen in Ursprungsfamilie und Partnerschaften gelesen werden können, findet sich sekundär wiederum „typisches“ Verhütungsverhalten. Die folgende Typologie steht zwar in erster Linie für biographisch verstehbare Beziehungsmuster, markiert aber so zugleich auch Kontrazeptionstypen.

Für den **Männertypus Problem-Mann**, der gekennzeichnet ist durch eine deutlich defizitäre kindliche Sozialisation und infolgedessen meistens auch durch Beziehungsproblematiken mit pathologischem Wert, resultiert bei der Kontrazeption eine implizite Verantwortungsabschiebung auf die Frau, fehlende Selbsteffizienzerwartung und eine generelle Verunsicherung dem Thema Verhütung gegenüber.

RICHIE/25 JAHRE/ARBEITSLOS/ LOCKERE BEZIEHUNG/EIN KIND

Ich habe schon mal gefragt, ob sie was zur Verhütung nimmt. Je nachdem, wie ich vor – mich aufgerafft habe, manchmal war ich so besoffen, daß ich selbst von der Frau nichts mehr weiß. Ich erwarte eigentlich schon von einer Frau, wenn – wenn – wenn es dazu

kommt, ja, daß sie irgendeinen Anstoß gibt, irgendwie, daß sie sagt, „Du ...“ – wenn sie nichts nimmt, daß sie dann wenigstens sagt, „Du, ich nehme nichts“, ja. Aber – ich meine, es ist irgendwie blöd gesagt, ne, andersrum müßte ich auch fragen, ne.

Bei der Mehrzahl von Männern finden etwaige Defizite in der Kindheit ihre Lösung in einem relativ stabilen, thematisch gerichteten Verhalten, das psychodynamisch als normal-neurotisch eingestuft werden könnte. Der **Typus traditioneller Mann** z.B. orientiert sich an Bewährtem aus der elterlichen Familie, es dominieren Konzepte wie „Verantwortung“ oder „Dauerhaftigkeit“. Verhütung ist bei diesem Typus zwischen den Partnern klar geregelt, im Normalfall dadurch, daß die Frau die Pille nimmt und der Mann darüber auch informiert ist.

FRIEDRICH/26 JAHRE/ MILITÄRARZT/FESTE PARTNERIN/KEINE KINDER

Äh, hm, da würde ich sagen, zunächst wurde mit dem Kondom verhütet, weil die Partnerin, bevor sie mich kennengelernt hat, also, äh, nicht zwingend davon ausgehen muß, daß sie verhüten muß, wenn sie in keiner Partnerschaft, äh, lebt. Und, ja, dann als sie eben wie die anderen auch den Kontakt zum Frauenarzt gesucht hat, dann mit der Pille.

Eine zweite Variante dieser Themenzentrierung realisieren die **Distanzierer**: Männer, deren Beziehungsverhalten vor allem durch eine aktive Abgrenzung zur Partnerin gekennzeichnet ist, die überwiegend die Verhütung selbst in der Hand haben möchten und bei denen ein eventuelles Aushandeln von Verhütungsmethodik mit der Partnerin keine Rolle spielt.

HANS-ULRICH/33 JAHRE/ ROMANIST/FESTE PARTNERIN KEINE KINDER

Ich nehme Pariser oder mache Coitus interruptus. Da ich auf 15 Jahre Erfahrung mit Interruptus zurückblicke, denke ich schon, daß es verhältnismäßig sicher, bei mir zumindest, ist, indem ich mich halt einigermaßen einschätzen kann. Also ich kann sagen, daß es halt bei mir ganz o.k. war, wenn auch Pariser besser ist.

Eine dritte und letzte Form der Themenorientierung stellt schließlich der **neue Mann** dar, dessen Beziehungsgestaltung vor allem durch offen kommunikatives Aushandeln geprägt ist. Hinsichtlich der Kontrazeption bevorzugen solche Männer Methoden, die ein permanentes Sprechen über die Verhütung und eine „gerechte“ Verteilung der Verantwortung implizieren.

HANNES/27 JAHRE/ ARBEITSSUCHEND NACH PH-ABSCHLUSS/FESTE PARTNERIN/KEINE KINDER

Und dann sind wir dann auf diese natürliche Methode umgestiegen. Und jetzt tun wir es uns, ja, teilen ist wohl übertrieben, aber sie hat schon sicherlich die mehr – mehr Aufwand, weil sie muß jeden Morgen messen, und ich tu zwar immer dann die Kurven malen usw. Aber es ist schon eben nicht so, daß sie jetzt allein alles machen muß, wie bei der Pille das der Fall ist.

Selbstverständlich kann anhand einer solch verkürzten Darstellung die Angemessenheit unserer Typenkonstruktion weder überprüft noch nachhaltig plausibel werden. Es sollte allerdings anhand dieser Fallillustrationen

verständlich geworden sein, wie diese Konstruktion idealtypisch Zusammenhänge von Verhütungsverhalten und dahinterliegenden Beziehungsmustern zu fassen versucht.

Dieser Zusammenhang erschließt sich nun allerdings den Akteuren in den meisten Fällen nicht selbst, das Kontrazeptionsverhalten stellt also nicht unbedingt eine bewußte Strategie zur Gestaltung der Beziehung dar. Dies mag im Einzelfall und bei einer sehr bewußten Verhütungspraxis zwar auch vorkommen, entscheidend ist aber, daß der konstitutive Zusammenhang auch hinter dem Rücken der Akteure wirkt, daß Kontrazeption auch unbeabsichtigt Teil der Durchsetzung eines bestimmten Beziehungsmusters darstellt. Wenn wir uns im folgenden männliche Verhütung aus einem quantitativ-statistischen Blickwinkel anschauen, sollte diese Perspektive immer mitgedacht werden.

ZAHLEN ZU MÄNNERN UND VERHÜTUNG

Anhand der Typologie und wichtiger Dimensionen aus den qualitativen Interviews entwickelten wir einen Fragebogen, mit dem wir die bislang gefundenen Ergebnisse überprüfen und ausdifferenzieren wollten. Nach aufwendiger Öffentlichkeitsarbeit erzielten wir in Freiburg einen Rücklauf von 52% der zufällig verschickten Fragebogen und können hier von einer hochbefriedigenden Repräsentativität ausgehen. In Rostock war der Rücklauf trotz PR nur bei 23%, die Bewertung dieser Ergebnisse kann entsprechend kritischer gesehen werden. Allerdings ergeben auch hier verschiedenste soziale Indizes eine gute Übereinstimmung zwischen Respondern und Grundpopulation.

VERTEILUNG DER ANTWORTEN ZU VERHÜTUNGSVERHALTEN UND -EINSTELLUNG:

Im Vergleich zu einer früher bei uns durchgeführten entsprechenden Untersuchung an Frauen ergaben sich gleich zwei Auffälligkeiten: Die Männer machten in den Fragebogen mit 5% (West) und gar 10% (Ost) häufiger gar keine Angabe zur aktuellen Verhütung als Frauen (1% bzw. 2%). Und wenn sie Verhütungsmittel angeben, so werden merklich öfter Methoden angegeben, bei denen Männer aktiv sind, und es wird deutlich seltener die Pille als aktuelle Verhütungsmethode genannt, als dies bei Frauen der Fall ist (vgl. Tabelle 1).

Aber nicht nur zwischen Männern und Frauen, sondern auch zwischen den Männern aus Rostock und Freiburg lassen sich starke Differenzen erkennen. Ein gravierender erster Unterschied zwischen Ost und West zeigt sich bei der Betrachtung der oralen Kontrazeption: Fast zwei Drittel der Männer aus Rostock geben an, daß ihre Partnerin per Pille verhütete, in Freiburg sind das deutlich weniger als die Hälfte.

Verhütungserfahren West

Dafür ist der Anteil der Freiburger, die ausschließlich mit Kondom verhüten, mit knapp 30% fast doppelt so hoch wie in Rostock. Die Kombination von Kondomen mit anderen Mitteln stellt mit jeweils 11% die dritthäufigste Methode dar, in großem Abstand gefolgt von der Spirale, natürlichen Verhütungsmitteln und sonstigen. Hier lassen sich keine bedeutenden Unterschiede mehr zwischen Ost und West erkennen. Doch auch hinter dem Sammelbegriff „Kondom kombiniert“ verbergen sich unterschiedliche Verhütungsmuster. Im Westen ist das zu 61%,

Tab. 1

VERGLEICH MÄNNER - FRAUEN				
Verhütungsmittel der Verhütenden	West		Ost	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Pille	55%	44%	70%	61%
Kondom	19%	29%	8%	15%
Kondom kombiniert	8%	11%	4%	11%
Spirale	7%	7%	13%	5%
natürliche	8%	5%	4%	3%
sonstige	3%	4%	1%	5%

im Osten zu 87% die Kombination Pille plus Kondom. Während in Freiburg fast 30% der Kombiniierer Kondom mit natürlichen Verhütungsmitteln verbinden, sind es im Osten weniger als 15%.

Gleichwohl haben solche Befragungen zur aktuellen Verhütung auch immer den Nachteil, der Zufälligkeit des Momentes ausgeliefert zu sein. Wichtig für uns – gerade vor einem biographischen Hintergrund – war deswegen auch die Frage nach der Praxis, die die Männer mit verschiedenen Methoden haben.

Am meisten Erfahrung haben Freiburger Männer (wie auch Rostocker) mit der Pille, die von 29% aller West-Männer (nicht nur der aktuell verhütenden) momentan verwendet wird, mit der gar über 70% einige Erfahrungen haben und nur 23% absolut keine (vgl. Abbildung 1 nächste Seite). Das Kondom wird dagegen im Westen nur von ca. 23% aktuell benutzt; es ist auf der anderen Seite aber nur von 13% noch nie probiert worden und hat damit hinsichtlich der Verbreitung eine fast größere Bedeutung als die Pille. Epidemiologisch kondomfreie Zonen

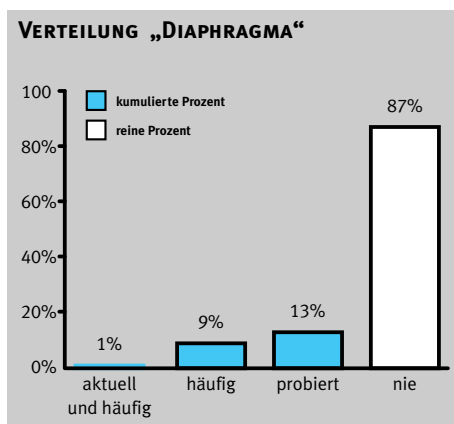
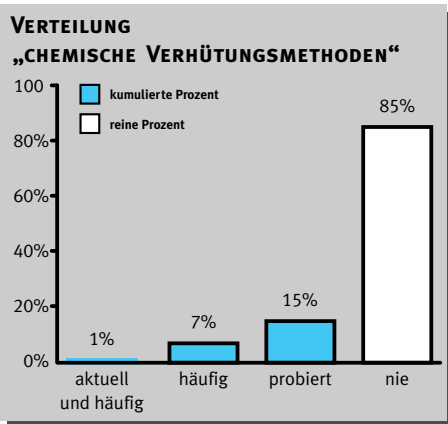
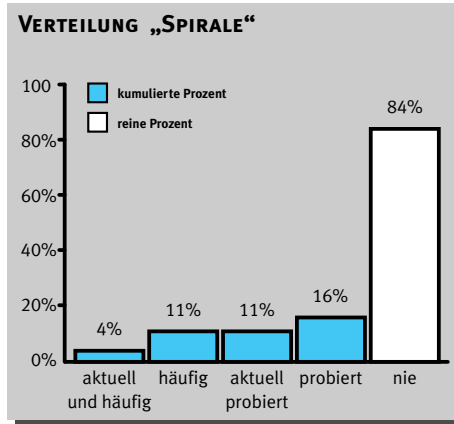
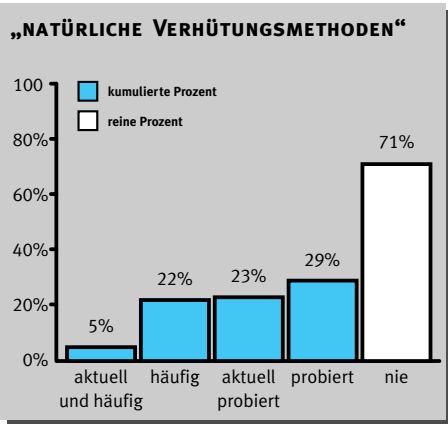
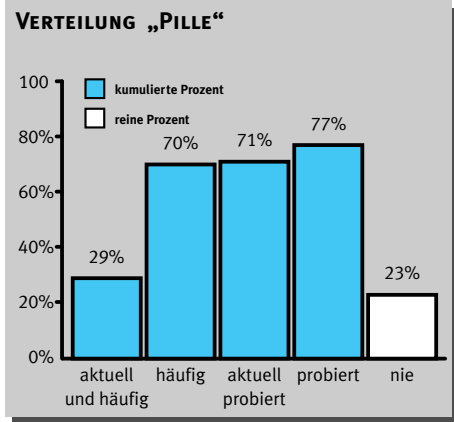
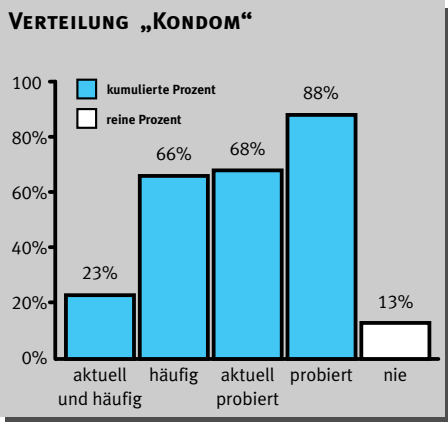
scheint es danach in Freiburg kaum zu geben. Entscheidend ist hier, daß das Kondom dann nur von drei Vierteln der ‚Probierer‘ häufiger benutzt wird und von deutlich weniger als einem Drittel aktuell. Der Pille dagegen bleibt ein wesentlich größerer Prozentsatz treu.

Auffällig hoch sind die Zahlen der Männer, die angeben, daß sie keinerlei Erfahrungen mit der Spirale, chemischen Verhütungsmethoden oder dem Diaphragma – je um 85% – haben. Im Vergleich zu entsprechenden Untersuchungen bei Frauen wäre zu fragen, ob es sich dabei nicht mehr um eine niedrige kommunikative Präsenz dieser Verhütungsmethoden handelt.

Verhütungserfahren Ost

Im Osten ist die Bedeutung der Pille für die aktuelle Verhütung – wie oben schon gesehen – noch größer, allerdings liegt der Anteil der Männer, die noch keinerlei Erfahrungen mit der Pille gemacht haben, mit 24% sogar einen Prozentpunkt über dem entsprechenden Wert im Westen (vgl. Abbildung 2).

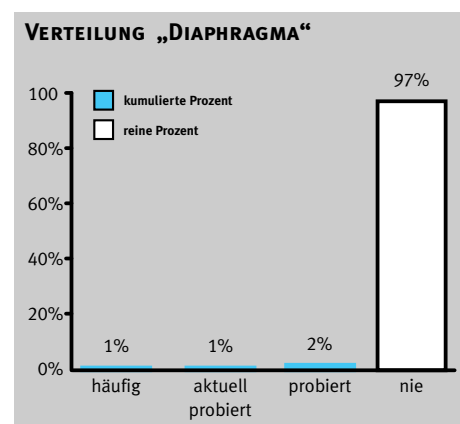
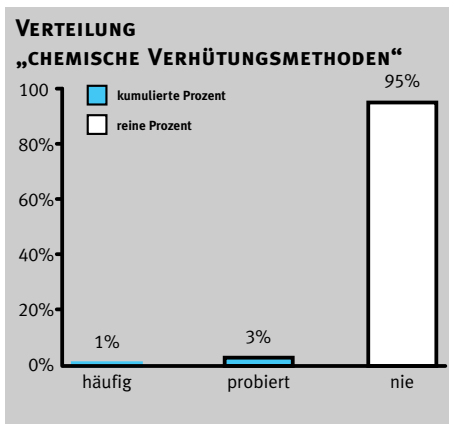
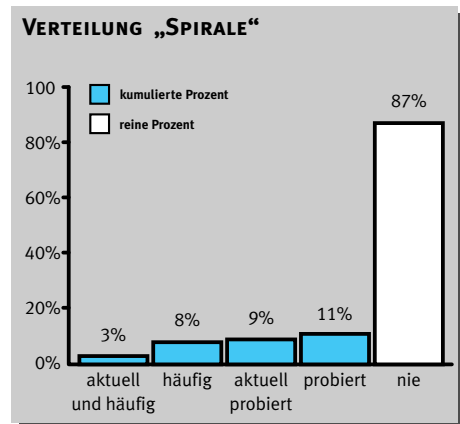
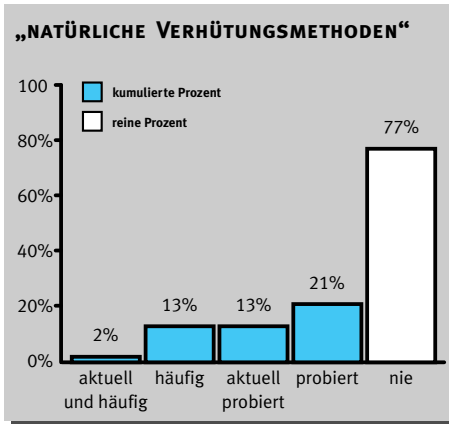
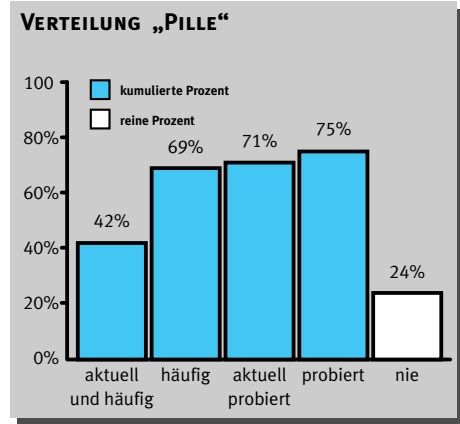
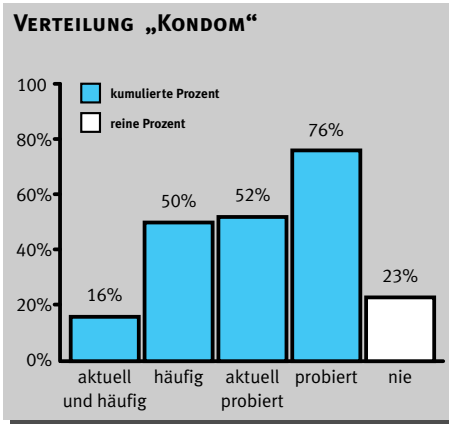
Abb. 1



Der Anteil der Männer, die noch keinerlei Erfahrung mit Kondomen haben, liegt mit 23% fast doppelt so hoch wie in Freiburg,

ist allerdings sogar niedriger als der, bei denen noch nie mit Kondom verhütet wurde. Doch auch hier bleiben die Männer der Pille

Abb. 2



viel treuer als den Mondos: Nur ein Fünftel derjenigen, die je Kondome probiert hatten, verhüten auch aktuell damit, bei der Pille

sind es über die Hälfte. Weitere Verhütungsmethoden erweisen sich als völlig marginal: gerade mit der Spirale, mit chemischen Mit-

teln oder mit dem Diaphragma besteht praktisch keine Erfahrung. Grundsätzlich gibt es in Ost und West recht viel Erfahrung mit Kondomen und – in Ansätzen – auch mit natürlicher Verhütung, also ein Methodenspektrum, bei dem Männern nicht von vorneherein eine passive Zuschauerrolle zugewiesen ist. Damit existiert grundsätzlich ein Potential zur Flexibilisierung von Verhütungsverhalten in Richtung Verantwortungsaufteilung, das allerdings praktisch kaum Umsetzung findet.

Verhütungsunterschiede Ost – West

Nun ist gerade im Hinblick auf solche Flexibilisierungspotentiale auch von Bedeutung, wie groß der Erfahrungsschatz eines jeden Mannes ist. Aus unseren Daten konnten auch Durchschnittswerte errechnet werden, wie viele Methoden die Männer im Mittel gut erprobt haben und wie viele sie mindestens ausprobiert haben. Dabei ergaben sich noch einmal deutliche Ost-West-Unterschiede: Die Freiburger Männer hatten deutlich mehr Erfahrung, sowohl was die „nur probierten Mittel“ anbelangt (2,38 im Durchschnitt vs. 1,93 bei Rostockern), wie auch hinsichtlich der „gut erprobten Mittel“ (1,85 zu 1,46). Die Ost-West-Unterschiede sind signifikant² und werden noch deutlicher, wenn man nur Männer in festen Partnerschaften betrachtet. Das materielle Sein in der ehemaligen DDR, mit ihrer wesentlich eingeschränkteren Palette von Verhütungsmethoden, scheint auch heute noch das Bewußtsein im Verhütungsalltag zu prägen, auch wenn die Mittel längst zugänglich sind. Daß ein entsprechender ‚run‘ wie auf diverse Konsumgüter nach der Wende nicht auch in diesem Sektor stattgefunden hat, mag allerdings auch an

² Der Unterschied erwies sich sowohl in einem t-Test wie auch in einem anspruchsfreieren Rangreihen-Verfahren (Kruskal-Wallis) als außerzufällig.

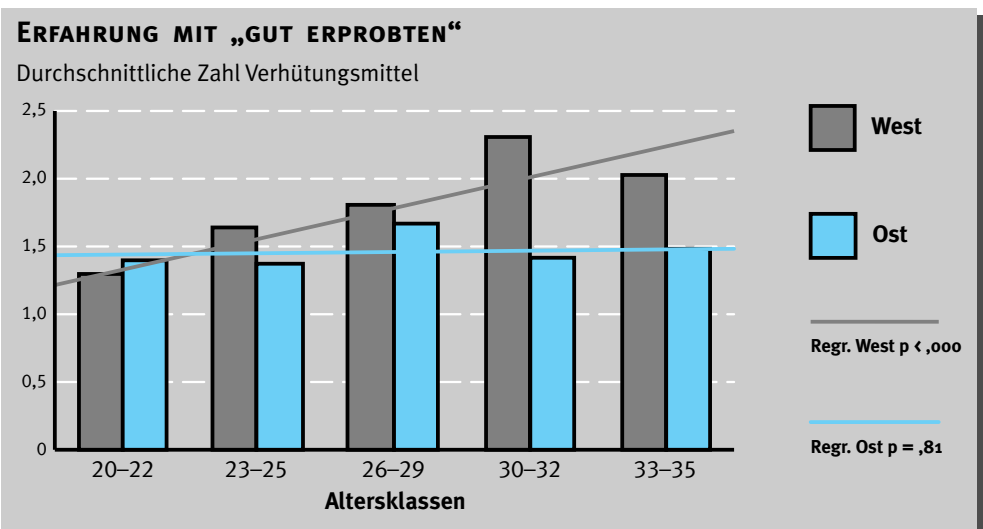
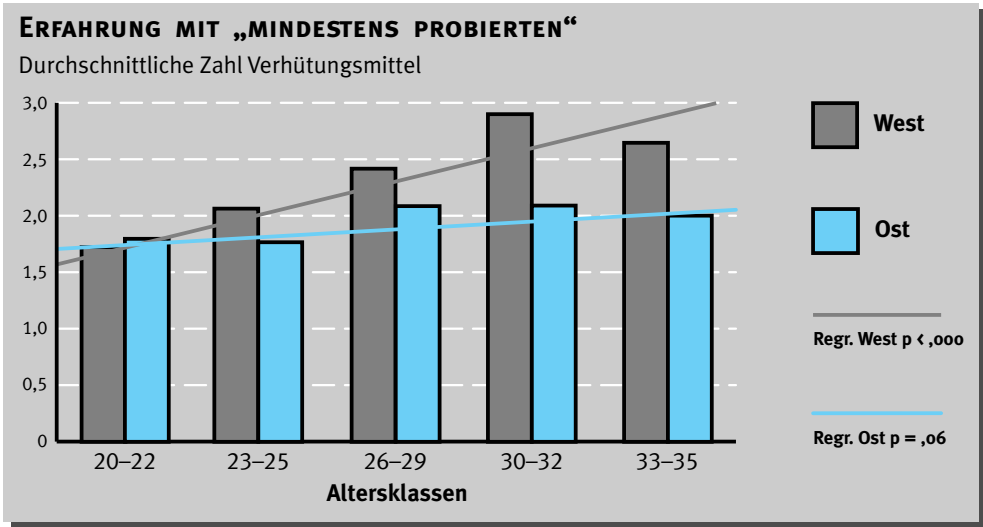
der unterschiedlich starken Thematisierung von Diaphragmas und D1-Telefonen, von Kondomen und Computern in den BRD-Medien liegen.

Alter und Verhütungsmethoden

Damit ist aber eigentlich auch schon die Frage gestellt, wann denn Männer ihre Erfahrungen mit Verhütungsmitteln sammeln, oder – konkreter – ob und welche Zusammenhänge es zwischen Alter und Verhütungserfahrung gibt: Versucht man dazu eine lineare Regression der Zahl der Verhütungsmittel, mit denen entweder viel Erfahrung besteht oder die wenigstens erprobt wurden, auf das Alter der Männer zu bilden, so ergibt sich in beiden Fällen im Westen ein signifikanter Zusammenhang ($p < .000$), und es lassen sich damit sinnvoll zwei Regressionsgeraden ermitteln; im Osten ist das so nicht der Fall. Für Freiburg hätte eine solche Regressionsgerade für die Zahl der „mindestens erprobten Verhütungsmittel“ eine Steigung von 0.09, d.h., daß Freiburger Männer ca. alle 10 Jahre ein Verhütungsmittel neu probieren; für die Zahl der „gut erprobten“ liegt der Wert bei 0.07, was andersherum gesehen wiederum bedeutet, daß im Schnitt alle 15 Jahre gründlichere Erfahrungen mit einer neuen Verhütungsform gemacht werden (vgl. Abbildung 3).

Die entsprechenden Zahlen im Osten – die genaugenommen mangels Varianzaufklärung nicht seriös ermittelt werden können – wären 50 Jahre zum „neu probieren“ und 500 Jahre um gründliche Erfahrungen zu machen. Vor dem Hintergrund, daß in den Fragebogen von acht verschiedenen Arten von Verhütungsmitteln ausgegangen wurde, würde die zweite Zahl streng historisch-materialistisch zu den 4000 Jahren führen, die Himes in seiner history of contraception

Abb. 3



als den Zeitraum angibt, seit dem die Menschheit dokumentiert Verhütungsmittel verwendet. Der etwas seriösere Hintergrund ist der, daß im Osten keinerlei nachweisbarer Zusammenhang zwischen Alter und Verhütungserfahrung besteht und unsere Zahlen dafür sprechen, daß die Männer aus Rostock bereits mit 22 Jahren ein Repertoire erlangt haben, das danach nicht mehr wesentlich erweitert wird.

Daß der Erfahrungszuwachs im Westen auch nicht so eindeutig ist, wie das die lineare Korrelation über das diskrete Alter suggeriert, wird aus den hinzugefügten Werten für die Altersklassen deutlich: In der ältesten Gruppe der 33- bis 35jährigen nimmt die Erfahrung unter beiden Fragestellungen deutlich ab. Eine Erklärungsmöglichkeit dafür wäre, daß es sich hierbei um eine Generation von Männern handelt, deren Adoleszenz und

damit entscheidende sexuelle Lernphase noch in die Zeit vor einer feministischen Kritik an der oralen Kontrazeption fällt, in der eine mono-methodale Verhütung über die Pille noch wenig begründungsbedürftig und der Zwang zu Handlungsalternativen gering war. Deutlich wird jedenfalls zweierlei: daß nämlich zum einen retrospektiv der gesellschaftliche Rahmen durchaus über das rein materielle Zur-Verfügung-Stellen des Marktes mitentscheidend ist für eine zunächst doch sehr individuell anmutende Erprobung verschiedener Kontrazeptionsmethoden, zum anderen perspektivisch ein Lernpotential – sollte es gesellschaftlich gewünscht sein – in Ost und West wohl kaum als schon endgültig ausgeschöpft gewertet werden kann.

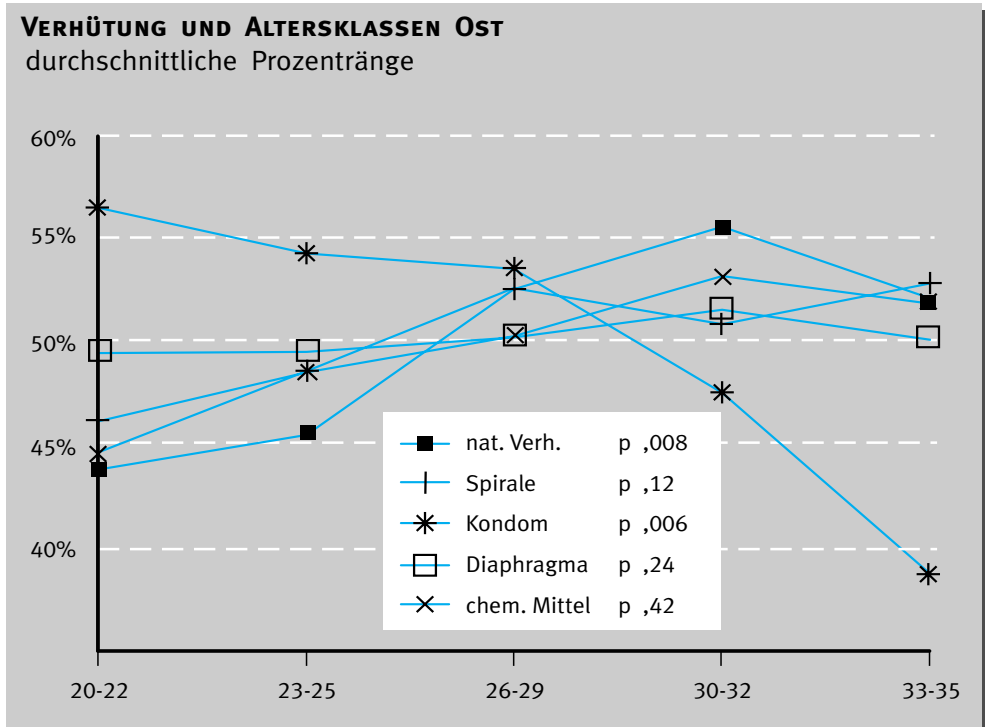
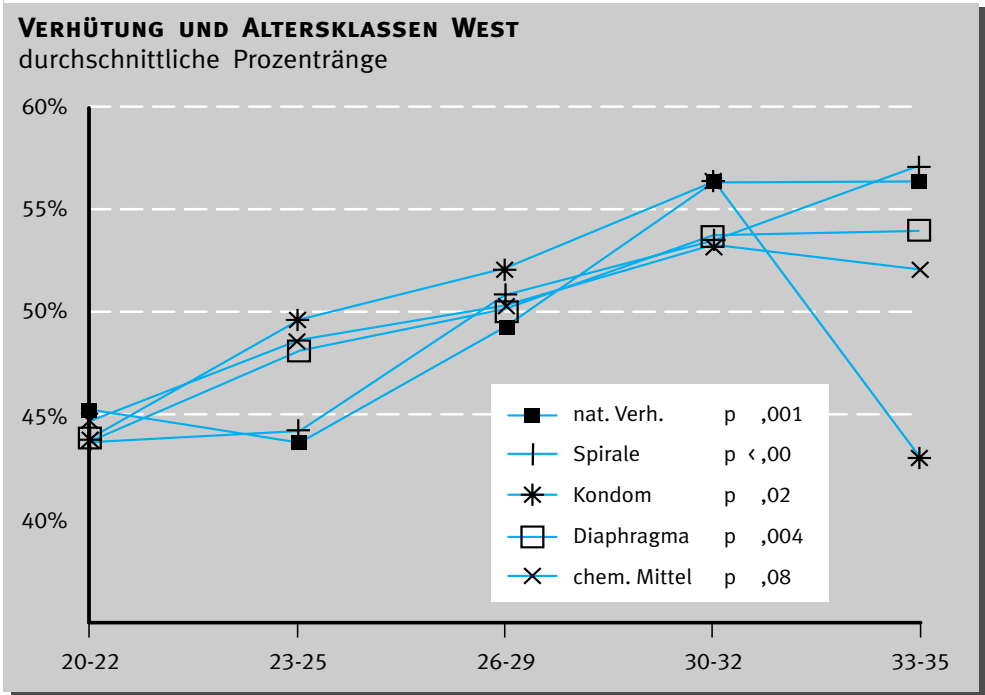
DETERMINANTEN VON UND EINSTELLUNGEN ZU VERHÜTUNG

Das Alter – in Hinsicht auf die Zahl der erfahrenen Methoden zumindest im Westen ja von Bedeutung – läßt sich nun auch in seiner Wirkung auf die Wahl der jeweiligen Verhütungsmethoden untersuchen. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen verschiedenen Altersklassen und dem Maß, wieviel Erfahrung mit den einzelnen Verhütungsmethoden vorliegt, dann werden für die häufigsten Verhütungsmethoden signifikante Unterschiede zwischen den Altersklassen deutlich. D.h. das Lebensalter bzw. die Kohorte hat auch einen Einfluß auf die Wahl des Verhütungsmittels. Neben einer erwartbaren Zunahme von Erfahrung mit fast allen Verhütungsmethoden im Westen – ergänzt durch eine gewisse Modernität der natürlichen Verhütung bei den ganz jungen West-Männern – fällt besonders die man-

gelnde Erfahrung der ältesten Männer unserer West-Stichprobe mit Kondomen auf (vgl. Abbildung 4). Ein grundsätzlicher Aufwärtstrend wird ab der Gruppe der 33- bis 35jährigen deutlich abgebrochen, was die oben schon dargestellte Abnahme der Verhütungserfahrungen in dieser Altersgruppe hauptsächlich bewirken dürfte. Im Osten erkennen wir gar eine kontinuierliche Abnahme der Kondomerfahrung mit dem Alter, was beides deutlich für einen Kohorteneffekt spricht. Da wir ja bereits einen kontinuierlichen Erfahrungszuwachs mit dem Alter im Westen festgestellt hatten, sind eigentlich eher die dadurch noch nicht erklärten Effekte interessant: Im Osten – in dem es sonst diesen Zuwachs nicht gibt – kann er isoliert für die Verwendung natürlicher Verhütungsmethoden nachgewiesen werden. Wenn es eine Alternative zu dem Repertoire der Jugend gibt, scheint es hier zu liegen. Ähnlich bemerkenswert ist das Mehr an Erfahrung der 20- bis 22jährigen im Westen mit diesen Methoden, was für ihre Aktualität sprechen könnte. Gerade die Erfahrungswerte beim Kondom sprechen dafür, daß dessen Verwendung in deutlichem Zusammenhang mit der Aufgabe von Selbstverständlichkeit oraler Kontrazeption steht: für den Westen war dies die Kritik von Frauenseite, für den Osten eher die Wende.

Signifikante Beeinflussungen des Verhütungsverhaltens – sei es Zahl, sei es Wahl der Mittel – durch soziale Variablen wie Bildungsniveau oder Berufstätigkeit lassen sich im übrigen nicht finden. Höchstens anekdotischen Wert erlangen Einzelergebnisse zu den verschiedenen Berufsgruppen wie Sicherheitsberufe (Soldaten, Polizisten, Richter), deren Daten für das umfassendste Verhütungsverhalten und damit die größte Sicherheit vor Nachwuchs sprechen, und

Abb. 4



Tab. 2

AKTUELLE VERHÜTUNG UND ART DER BEZIEHUNG

	West						Ost					
	Pille		Kondom		sonstige		Pille		Kondom		sonstige	
keine Bez.	6	19%	16	52%	9	29%	5	25%	5	25%	10	50%
Freundsch.	76	47%	37	23%	48	30%	67	64%	12	11%	26	25%
Ehe	21	36%	15	25%	23	39%	43	54%	13	16%	24	30%
gesamt	103	41%	68	27%	80	32%	115	56%	30	15%	60	29%

demgegenüber die Gruppe der freien Künstler und Journalisten, bei der jeder sechste angibt, ohne weiteren Grund nicht zu verhüten, und die sich damit auch in diesem Bereich am freiesten zu entfalten scheinen.

Ein soziales Maß, das durchaus Bedeutung für die Wahl des Verhütungsmittels hat, ist die Art der aktuellen Beziehung (vgl. Tabelle 2).³

Werden die Männer, die Angaben zu ihrer aktuellen Verhütung machen, nach den Methoden „Pille“, „Kondom“ oder „sonstige Verhütungsmittel“ unterschieden, so verteilen sich diese drei Klassen auf die unterschiedlichen Beziehungsformen signifikant verschieden. Im Westen wird bei gut der Hälfte der Männer ohne feste Partnerin bei sexuellen Kontakten mittels des Kondoms verhütet, das damit das wichtigste Verhütungsmittel für die partnerinlosen Männer ist. Für die Verheirateten sind das aber die sonstigen Mittel und bei den Männern, die in Freundschaftsbeziehungen sind, ist ganz klar die Pille die wichtigste Verhütungs-

³ Ein getrennt über Ost bzw. West gerechneter chi-square ergab eine Zufallswahrscheinlichkeit von $p = .036$ bzw. $p = .002$

⁴ Mittelwertvergleiche fanden hier über einen t-Test statt, die Skalen waren alle normal verteilt.

methode. Im Osten sind die Werte nicht so eindeutig: Die Tendenz, daß die Pille ihre wichtigste Rolle in nicht legalisierten Partnerschaften spielt und bei Verheirateten gegenüber anderen Methoden an Bedeutung verliert, ist aber offensichtlich die nämliche. Damit liegt der Schluß nahe, daß die Pille besonders dann zum Einsatz kommt, wenn von der Beziehungsperspektive eine Verfestigung der Partnerschaft durch gemeinsame Kinder verhindert werden soll. Die West-Zahlen lassen darüber hinaus mutmaßen, daß dem Kondom noch zusätzliche ‚distanzierende‘ Aspekte innewohnen im Falle kurzfristiger Beziehungen, in denen die Verhütung noch gar nicht zwischen den Partnern geregelt ist.

Während dies der eher rationale Anteil der Entscheidung für bzw. gegen bestimmte Methoden sein könnte, legen die Antworten zu verschiedenen Einstellungstems nahe, daß dieses Rational bei den Männern nicht unbedingt bewußt im Vordergrund steht: In unserem Fragebogen wird nämlich auch anhand mehrerer Fragen ein Maß gebildet, wie stark Männer Kondome ablehnen, und dabei ergibt sich wieder ein signifikanter Effekt ($p < .002$) für die verschiedenen Beziehungsarten (vgl. Tabelle 3).⁴

Tab. 3

BEZIEHUNGEN UND EINSTELLUNGSSKALEN				
Werte auf z-standardisierten Einstellungsskalen		keine		
		Beziehung	Freundschaft	Ehe
lehnt Kondome ab	Ost	-0,016	0,010	-0,020
	West	-0,003	0,015	-0,007
betont gemeinsame Verhütung	Ost	-0,006	-0,010	-0,031
	West	0,002	0,014	0,023

Positive Einstellungstems

Kondome werden in Ost und West am stärksten in Freundschaftsbeziehungen abgelehnt, der Wert auf der z-standardisierten Skala ist positiv und damit überdurchschnittlich. Unter Verheirateten ist die Ablehnung am geringsten, die Werte korrespondieren also mit der tatsächlichen Kondomverwendung. Entscheidend ist nun allerdings, daß bei den Items zu dieser Skala gar nicht nach den obigen Kosten-Nutzen-Gründen gefragt wurde, sondern danach, ob Kondome die Stimmung beim Liebespiel beeinträchtigen oder das Gefühl beim Geschlechtsverkehr. Da eine objektiv unterschiedlich starke Gefühlsminderung durch Kondome bei befreundeten vs. verheirateten Paaren nur wenig plausibel ist, könnte eine Erklärung in einer Aufhebung der Rationalität in der latenten Sinnstruktur gefunden werden: Rational sinnvoll ist – aus obigen Gründen – der unterschiedliche Einsatz von Kondomen und Pille, die subjektiv wahrgenommenen Gründe sind aber deutlich irrational.

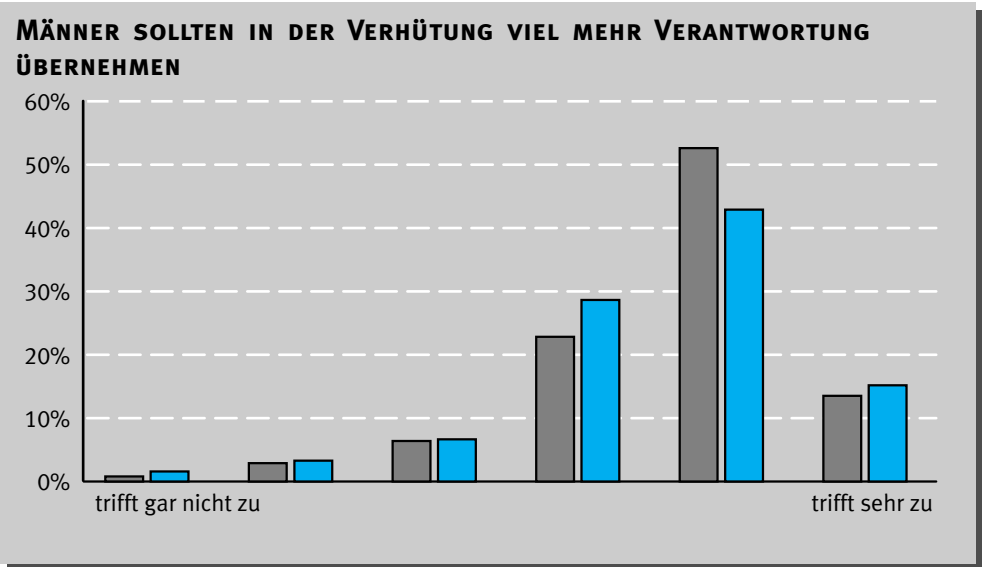
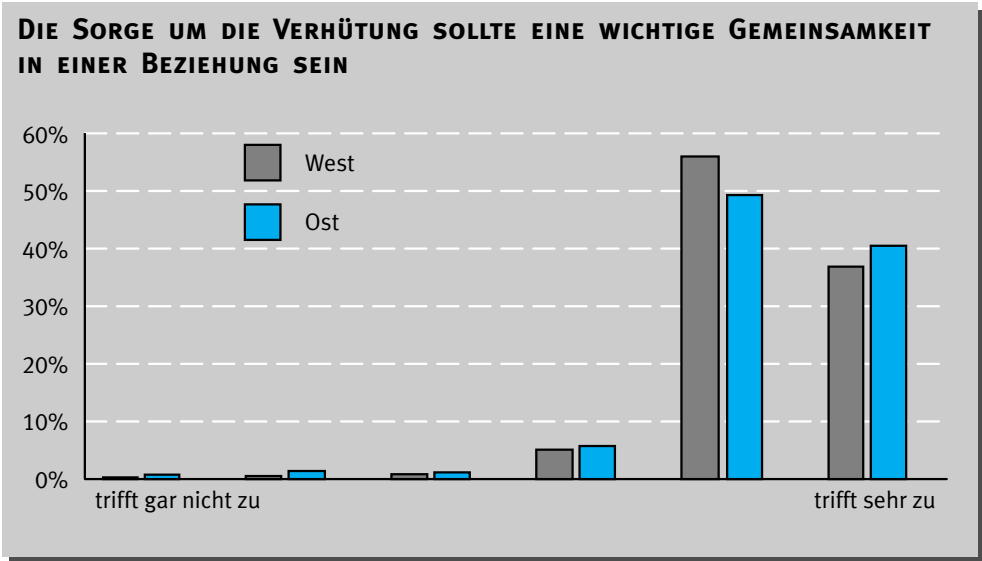
Auch in einer zweiten Einstellungsskala, die mißt, wie sehr Männer Wert auf eine partnerschaftliche Aufteilung der Verhütung legen (vgl. ebenfalls Tabelle 3), zeigen sich

deutliche Unterschiede zwischen den Beziehungsarten, allerdings auch zwischen Ost und West: Während im Westen mit einer zunehmenden Verstetigung der Beziehung die Betonung der Gemeinsamkeit zunimmt, ist im Osten gerade das Gegenteil der Fall. Gleich an beiden Orten ist allerdings eine zunehmende Radikalisierung der Grundposition mit wachsender Festigkeit der Bindung: Im Westen wird ohnehin deutlich mehr Wert auf diese Gemeinsamkeit gelegt als im Osten (t-Test: $p < .000$).

Allerdings zeigt ein Blick auf die Antworten zu einzelnen Items dieser Skala schnell, daß die Praxisrelevanz dieser Einstellungsunterschiede nicht unbedingt hoch sein muß. Werden die Items nämlich in eine Reihenfolge gebracht, die von lediglich absichtserklärenden Statements bis hin zu Aussagen über die eigene Verhütungspraxis reichen, nimmt die Zustimmung der Männer zu den einzelnen Items Stück für Stück ab (vgl. Abbildung 5).

Der Aussage, daß die Sorge um die Verhütung „eine gewichtige Gemeinsamkeit in einer Beziehung“ sein sollte, stimmen fast alle Männer in Ost und West zu, und auch

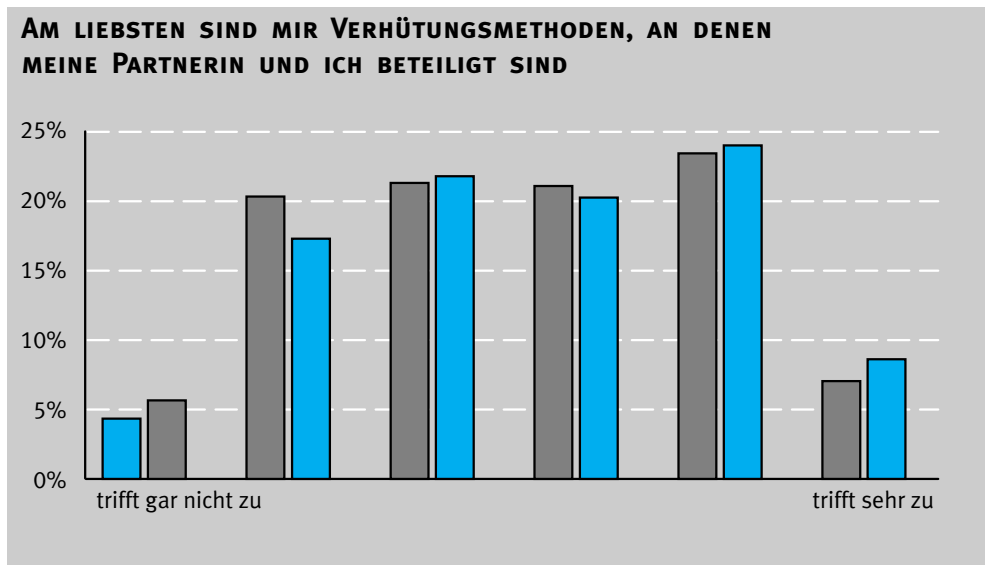
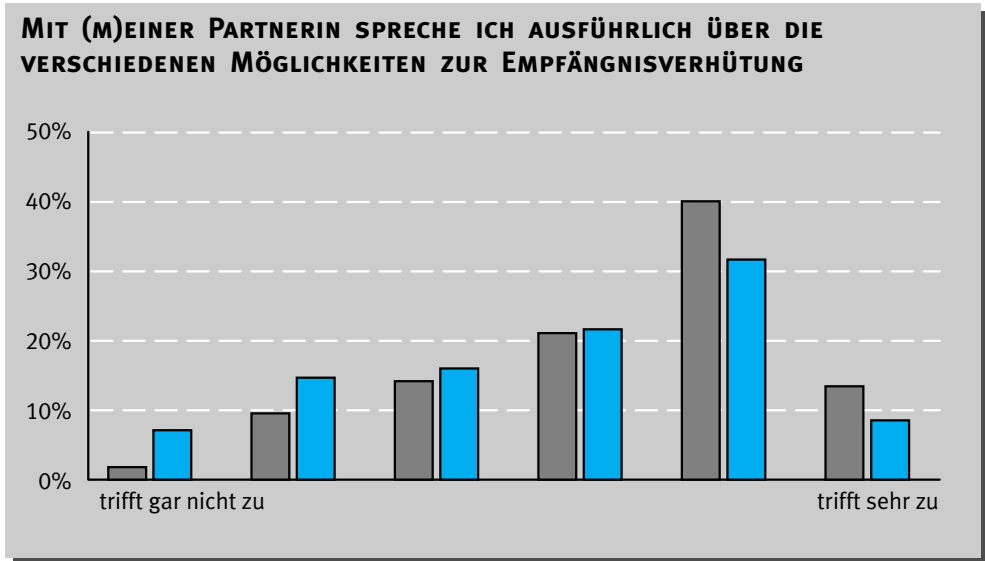
Abb. 5



die Formulierung „Männer sollten in der Verhütung viel mehr Verantwortung übernehmen“, stößt nur auf schwache Ablehnung – ca. 11% bzw. 12%; dagegen signalisiert die Zahl der Männer, die angibt, mit ihrer Partnerin „ausführlich über die verschiedenen Möglichkeiten zur Empfängnisver-

hütung“ zu sprechen, mit rund 75% bzw. 62% schon ein deutlich niedrigeres Gewicht der gemeinsamen Verhütung. Bei der Frage schließlich, ob den Männern Verhütungsmittel am liebsten sind, an denen ihre Partnerin und sie beteiligt sind, zeigen sie sich völlig unentschieden.

Abb. 5



Positiv formuliert lassen also auch bei der Einstellung der Männer zum Thema „Gemeinschaftlichkeit von Verhütung“ grundsätzliche Ressourcen für eine paritätische Verteilung der Verhütungsverantwortung entdecken; kritisch zu fragen wäre allerdings, ob es sich dabei nicht nur um

contraceptional correctness in der Sprache handelt, ohne jegliche Intention auf die Praxis. Was allerdings auch deutlich geworden sein sollte, ist der Umstand, daß es bestimmte Determinanten der Verhütungsmethodik – wie etwa die Art der Beziehung – gibt, die auch Unterschiede hinsichtlich

der Einstellung machen. Ein letzter Gedankengang soll sich deshalb mit der Frage beschäftigen, ob nicht tatsächlich unterschiedlichen Methoden – neben ihren faktischen Verschiedenheiten in punkto Sicherheit, Verträglichkeit etc. – darüber hinausgehende unterschiedliche Einstellungen korrespondieren.

PROFILE DER NUTZER VON BESTIMMTEN VERHÜTUNGSMITTELN

Die teilweise schon angedeuteten Unterschiede auf der Gesamtskala zur Gemeinsamkeit von Verhütung lassen sich nun auch anhand der differierenden Skalenmittelwerte bei Männern mit verschiedenen Verhütungsmethoden überprüfen.

In Abbildung 6 sind diese Mittelwerte für alle Verhütungsmethoden bezüglich der drei relevanten Skalen „Betonung der Gemeinsamkeit von Verhütung“, „Ablehnung von Kondomen“ und „Ablehnung von Rollenklischees“ abgebildet. Allerdings halten von den vielen augenscheinlichen Unterschieden zwischen den Verhütungsmethoden lediglich ein paar einer varianzanalytischen Prüfung stand, da nur häufig verwendete Methoden statistisch signifikant⁵ vom erwartbaren Mittelwert abweichen. Danach betonen West-Männer, bei denen per Pille verhütet wird, deutlich unterdurchschnittlich die Gemeinsamkeit der Verhütung und solche, die per Kondomkombination verhüten, deutlich überdurchschnittlich. Im Osten reicht es nur bei den reinen Kondomnutzern zu spärlicher Evidenz für eine überdurchschnittliche Gemeinsamkeit auch in der Grundgesamtheit. Bei den anderen Skalen finden sich

⁵ Hier wurden über eine MANOVA Einzelkontraste getestet. Die Angaben in der Graphik beziehen sich auf diese Zufallswahrscheinlichkeiten.

Abb. 6a

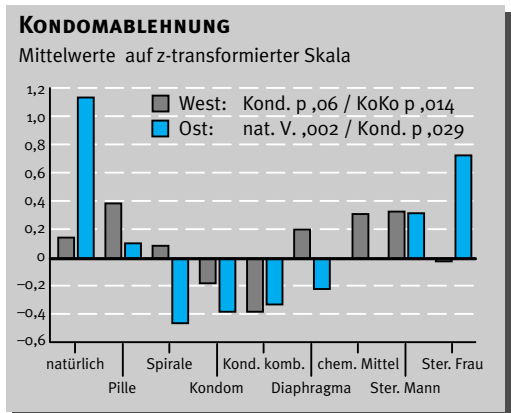
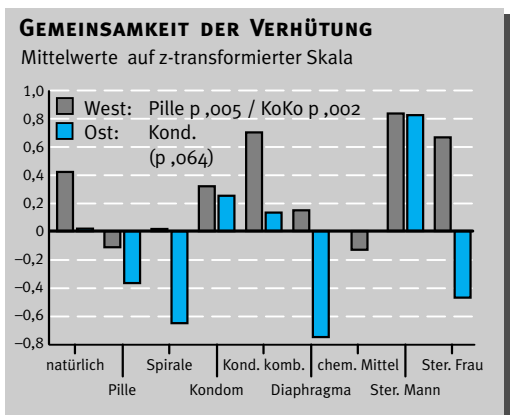


Abb. 6b



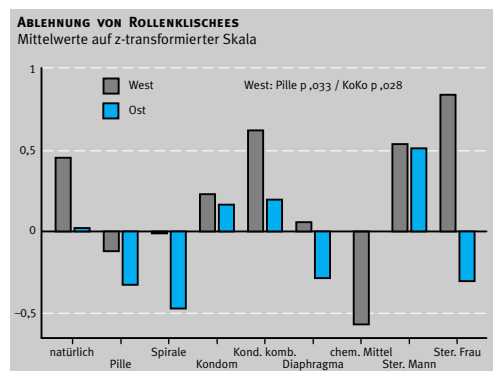
ebenfalls einige signifikante Einzelkontraste zwischen den Verhütungsmethoden: Im Westen lehnen die Kondomkombinierer überdurchschnittlich häufig und die Pillen-Männer deutlich unterdurchschnittlich Rollenklischees ab. Die Ablehnung von Kondomen ist auffälligerweise bei allen Kondombenutzern in Ost und West und den Kondomkombinierern im Westen niedriger, was noch einmal für die oben diskutierte reine Funktionalität des Beeinträchtigungsempfindens spricht. Weiterhin ist bei den Männern im Osten, die natürlich verhüten, die Ablehnung von Kondomen überraschenderweise höher als im Durchschnitt.

Männertypen und Verhütungserfahrung

Zu sehen ist, daß sich die Frage „Pille oder Kondom“ nicht völlig loslösen läßt von Antworten auf die Fragen nach dem Verhältnis der Geschlechter. Da gerade diese Frage, die in ihrer vielleicht weniger plakativen, aber um so mehr praktischen Form eben auch die nach Beziehungseinstellung und Beziehungsmustern ist, soll ein letzter Blick den eingangs schon skizzierten Typen gelten, die ebenfalls in der Fragebogenstudie über entsprechende Skalen erfaßt wurden. Dadurch läßt sich überprüfen, welcher Männertyp am meisten Erfahrung je Verhütungsmittel hat. Betrachtet man die Gesamtstichprobe, dann schwanken die Erfahrungen mit Kondomen und Pille am stärksten zwischen den unterschiedlichen Typen (vgl. Abb. 7 nächste Seite)⁶.

Die Pille zeigt sich als die Methode des traditionellen Mannes, und wird vom Problem-Mann sehr selten benutzt. Deutlich am meisten Erfahrungen mit Kondomen haben die Distanzierer, aber auch der kommunikative Mann setzt auf diese Methode. Die zwei anderen Männertypen haben unterdurchschnittlich wenig Erfahrung mit Kondomen. Auch chemische Mittel sind am besten den Distanzierern bekannt, während Traditions-Männer hier nur wenig Erfahrung haben. Die Spirale schließlich scheint bei Rede-Männern sehr wenig gebräuchlich, die Traditions-Männer haben deutlich mehr Erfahrung mit ihr und die Distanz-Männer noch mehr. Ein Grund für das generelle Mehr an Erfahrung der Distanz-Männer liegt sicher an ihren häufigeren Frauenkontakten: Mit durchschnittlich fast zwei Frauen, mit denen sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt hatten, bilden sie die promiskuitive Spitze, allerdings gefolgt von den Problem-Männern,

Abb. 6c



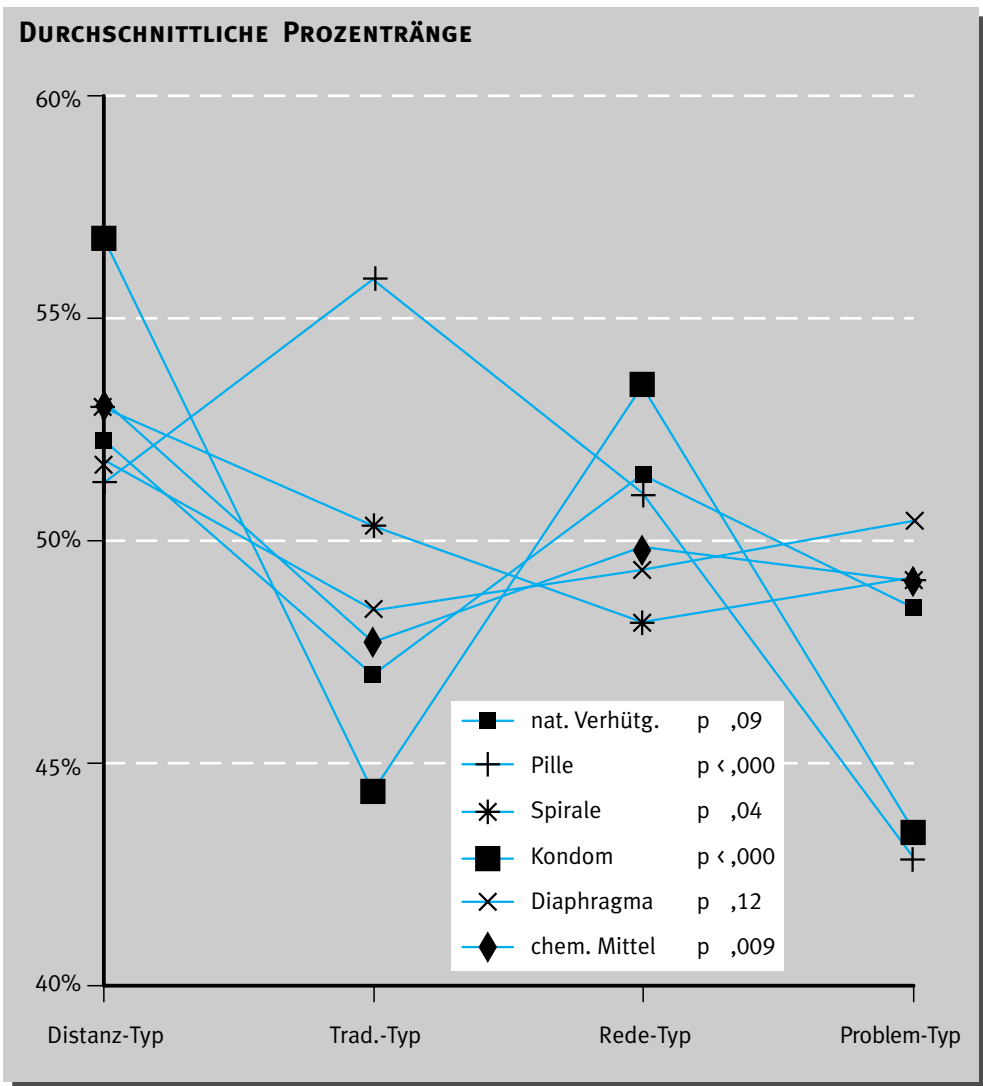
die dabei aber deutlich die wenigsten Erfahrungen mit allen Kontrazeptionsmethoden haben. Die Zahl der Kontakte alleine kann es folglich nicht ausmachen: Problem-Männer machen trotz – meistens kurzfristiger – Frauenkontakte viel häufiger kaum Erfahrung mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden, zumindest in ihrer Eigenwahrnehmung.

Aktuelle Verhütung der Männertypen

Betrachten wir abschließend die Verteilung der aktuellen Verhütungsmethoden bei den verschiedenen Männertypen, so lassen sich diese Unterschiede auch da als Trend wiederfinden, wenngleich das momentane Verhütungsverhalten sicher auch verschiedensten anderen Einflüssen unterworfen ist (vgl. Abbildung 8). Die größte Bedeutung hat die Pille für die traditionellen Männer, eine ausschließliche Verwendung von Kondomen ist besonders bei Distanzierern zu beobachten, und auf die Kombination von Kondomen mit anderen Methoden wird nirgends so viel Wert gelegt wie bei den kommunikativen Männern.

⁶ Die angegebenen Zufallswahrscheinlichkeiten beziehen sich auf die Testung nach KPUSKAL-WALLIS.

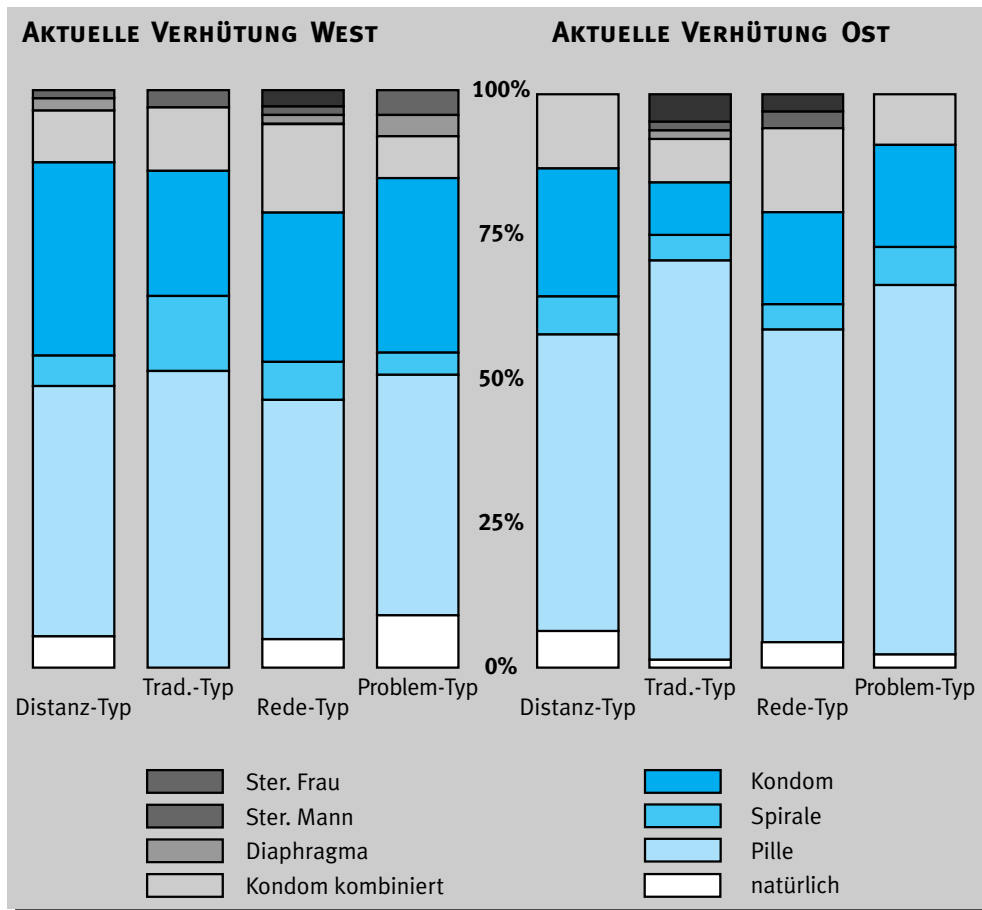
Abb. 7



Es lassen sich also durchaus Charakteristika der einzelnen Methoden finden, die auf deutlich mehr verweisen als auf vordergründig rationale Gründe der Praktikabilität. Die Verwendung von oraler Kontrazeption erscheint eng gebunden an das Akzeptieren klassischer Rollenzuweisungen, das in seinem Abweichen von dem sonst eher konsensuellen Trend hin zur Betonung von Gleichberechtigung und Angleichung der

Geschlechterrollen deutlich konventionell wirkt. Dem gegenüber steht ein Verhütungsmuster, bei dem Kondome mit anderen Methoden kombiniert werden und das einhergeht mit einem fortlaufenden kommunikativen Aushandeln des Geschlechterverhältnisses, bei dem eine Aufhebung der von geschlechtsspezifischen Aufgaben und damit eine Kritik von klassischen Rollenmodellen intendiert ist. Verhütung mittels

Abb. 8



des Kondoms alleine bleibt dagegen etwas janusköpfig: Sie kann durchaus auch letztere Komponente beinhalten, einen Teil männlicher interaktiver Beteiligung an der Verhütung darstellen. Allerdings verweist sie ebenso auf eine andere Möglichkeit, nämlich der alleinigen Regelung der Verhütung durch den Mann und damit der Abgrenzung von der Frau.

RESÜMEE

Wir können wohl, wenn uns das Gehölz der verschiedensten Zahlen nicht den Blick auf

den Wald komplexer Lebenswelten verstellt, aus den Fragebogenergebnissen und vor dem Hintergrund des Wissens über die Biographien und einer ersten Ahnung über Regelbildungsprozesse in den Gruppendiskussionen zweierlei folgern:

Daß erstens die verschiedenen Verhütungsmethoden natürlich auch unterschiedlich im Bezug auf ihre Sicherheit, Verträglichkeit etc. sind. Daß die Ergebnisse aber doch auch eine Ahnung davon vermitteln, wie Kontrazeptionsmethoden darüber hinaus eine Funktion in der Beziehungsgestaltung haben, wie sie

gleichzeitig auch auf Muster und Vorstellungen von Partnerschaft verweisen, die weit über eine sachliche Regelung der Empfängnisverhütung hinausgehen. Vielleicht gerade weil sie auch symbolisch an diesem fruchtbarsten Übergang zwischen den Geschlechtern ansetzen, markieren sie – das wurde an verschiedensten Stellen sichtbar – die Territorien und Verhältnisse der Geschlechter. Zweitens wird deutlich, daß die Moderne einerseits eine recht breite und ausdifferenzierte Palette solcher Rollendefinitionen zur Verfügung stellt, die gleichzeitig den biographisch herausgebildeten Beziehungsbedürfnissen eine Form geben. Sie sind alle – und das ist eben auch ein Kennzeichen der Moderne – unter das Verdikt der formalen Gleichberechtigung von Männern und Frauen gestellt, ohne allerdings immer substantiell Verwirklichungspotentiale dazu zu liefern. Glaubt man der Einstellung und Selbstwahrnehmung der Akteure, kann man auch im Bereich Kontrazeption von einer tendenziellen Aufhebung der Differenz der Geschlechter sprechen. Sie ist realiter aber kaum mehr als eine bloß theoretische Einebnung, die lediglich dadurch funktioniert, daß gar nicht wahrgenommen wird, welche rollen-konstitutiven Partnerschaftsmuster dahinter liegen und welche Bedeutung der Verhütungspraxis dabei zukommt. Erkauft wird das Ganze nämlich durch ein Auseinanderdriften von schierer Attitüde hier und schlichter Abstinenz da, von kontrazeptiver political correctness einerseits und konkreter kontrazeptiver Praxis andererseits.

In dieser Spannung liegt sicher auch ein Potential: Es gibt den theoretischen Anspruch nach Verantwortungsübernahme und mögliche Männerrollen, die diesen erfüllen würden, und die von einem Teil der Männer ja auch scheinbar sehr bewußt gewählt wer-

den. Nur können solche Rollen und das damit verbundene Verhütungsverhalten nicht einfach politisch verordnet werden wie ein „Solidaritätszuschlag Frau“. Da ihre Wahl lebensgeschichtlich geprägt und damit langfristig sozialisatorisch mitbedingt sind, könnten sie individuell therapeutisch bearbeitet, gesellschaftlich aber nur durch eine gründliche Revision der Mann-Frau-Verhältnisse beeinflußt werden. Mit einer sich in den Antworten unserer Studie, aber sicher nicht nur da, deutlich abzeichnenden einfachen Negierung bestehender Geschlechterdifferenzen dürfte es jedenfalls kaum getan sein.

LITERATUR

BARTH, E. und STRAUSS, B. (1986): Männer & Verhütung, Ergebnisse einer Untersuchung und Überlegungen zur Entwicklung von Empfängnisverhütung, Braunschweig, Holtz-meyer

HIMES, N. E. (1963): Medical History of Contraception, New York, Gamut Press.

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE VON FRUCHTBARKEITSSTÖRUNGEN¹

An dieser Stelle kann kein umfassender Überblick über die vielfältigen Fragestellungen zu dem Bereich der Fruchtbarkeitsstörungen gegeben werden, die psychosomatische und psychologische Aspekte beinhalten (vgl. dazu z. B. STRAUSS [1991], BRÄHLER & MEYER [1991]). Es sollen vielmehr nur einige Entwicklungslinien aufgezeichnet werden.

ZUR ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOMATIK DER FRUCHTBARKEITSSTÖRUNGEN IN DEN LETZTEN JAHRZEHTEN

1925 erschien das erste Lehrbuch der Psychosomatik in deutscher Sprache, herausgegeben von dem Urologen SCHWARZ, das auch Artikel zur psychogenen Störung der weiblichen Sexualfunktion (MAYER) und der männlichen Sexualfunktion enthielt (SCHWARZ). Bei SCHWARZ wird sehr ausführlich auf die seelischen Ursachen der Impotenz hingewiesen, bei MAYER wird auf die Psychogenese vieler gynäkologischer Störungsbilder eingegangen. Fruchtbarkeitsstörungen werden bei MAYER wie folgt erwähnt: „Freilich spricht auch SELLHEIM die Vermutung aus, daß mit einem lebhaften, aber unbefriedigten Kinderwunsch verbundene seelische Einflüsse die Eierstöcke reizen und zur

pathologischen Wucherung anregen können. Wenn dabei auch kaum eine Geschwulst entsteht, so könnte man sich denken, daß es zur überstürzten Follikelreifung kommt und zum Austritt noch nicht befruchtungsreifer Eier mit anschließender Sterilität. Vielleicht sind jene merkwürdigen Fälle der ersten Konzeption nach 10–15jähriger Ehe so zu erklären, daß die Frau sich allmählich gelassen in ihr Schicksal ergibt und so jene, dem Follikelapparat schädliche, seelische Einstellung wegfällt.“

28 Jahre später, 1953, erschien das Buch „Gynäkologische Organneurosen – Einführungsvorlesungen in die Psychosomatik“ von ROEMER, Direktor der Frauenklinik der Medizinischen Akademie in Gießen. In dem Buch wird deutlich gemacht, daß viele Störungen in der Gynäkologie auf psychosomatische Ursachen zurückgehen. Enthalten ist u. a. das schöne Fallbeispiel „Sterilität und Schwiegermutter“. In diesem Fallbeispiel ging es darum, daß eine Patientin, die ca. drei Jahre unfruchtbar war, zwei Monate nach dem Tod der übermächtigen Schwiegermutter schwanger wurde.

Im Vergleich zu der Abhandlung von MAYER ist allgemein eine Weiterentwicklung von einer eher mechanistischen Psychogenese

¹ Überarbeitete und ergänzte Fassung von BRÄHLER (1993).

zu einer differenzierten Psychodynamik zu konstatieren. Im speziellen werden Fruchtbarkeitsstörungen von ROEMER wie selbstverständlich nur im Kontext der Psyche der Frau gesehen.

1979 erschien das Buch „Die Psychosomatik der sterilen Ehe“ von MANFRED STAUBER. Für dieses Buch, das aus einer Habilitationsschrift hervorgegangen ist, erhielt STAUBER den von DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin) eingerichteten, nach HANS ROEMER benannten Forschungspreis. In seinem Buch, das viel Beachtung fand, stellt STAUBER anhand einer empirischen Untersuchung fest, daß sehr viele Paare im zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen der Sterilitätsambulanz der Frauenklinik in Berlin ohne jegliche medizinische Behandlung schwanger wurden. STAUBER hat in seiner Monographie den Wissensstand der Zeit umfassend dargestellt. Neu gegenüber dem psychosomatischen Erkenntnisstand Anfang der 50er Jahre war vor allem, daß es auch Fruchtbarkeitsstörungen des Mannes gibt. Weiterhin hatte sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Unfruchtbarkeit eines Paares nicht nur eine Störung von Mann oder Frau oder von beiden darstellen kann, sondern auch, daß die Störung in deren Interaktion liegen kann und es sich um ein soziales Symptom handelt (KNORRE [1991]). Innovativ war bei STAUBER der interdisziplinäre Ansatz, neu war auch die konsequente empirische Durchführung, nachdem bis dahin einzelne Fallberichte dominiert hatten. Nach der bahnbrechenden Arbeit von STAUBER, die zur Grundlage vieler Nachfolgeuntersuchungen in der Psychosomatik wurde, gab es kaum neuere Erkenntnisse, was die Ätiologie der Sterilität aus psychosomatischer Sicht angeht.

Es fand eine Erweiterung der medizinischen Diagnostik statt, die zu einem Rückgang der diagnostizierten idiopathischen Sterilitäten (unerklärte, ohne erkennbare Ursache) führte, die ja bekanntermaßen per Ausschlußdiagnose gefunden werden. Dies macht eine Abkehr notwendig von der dichotomen Betrachtungsweise psychosomatischer versus organischer Genese der Erkrankung (vgl. DAVIES-OSTERKAMP [1991], HÖLZLE & WIESING [1992]). Diese Betrachtungsweise ist obsolet geworden, da zum einen nicht ausgeschlossen werden kann, daß auch bei den heute noch als idiopathisch diagnostizierten Sterilitäten irgendwann organmedizinische Substrate dingfest gemacht werden können, zum anderen gibt es handfeste Belege dafür, daß auch bei sogenannter organischer Genese der Sterilität psychische Phänomene eine gravierende Rolle spielen können. Diese Entwicklung ist jedoch nicht nur für das Gebiet der Fruchtbarkeitsstörungen typisch, sondern zeigt sich in vielen medizinischen Handlungsfeldern.

Eine weitere Veränderung ergab sich bei der heterologen Insemination (künstliche Befruchtung durch einen außerehelichen Spender, Anm. d. R.). Die früher sehr häufig an Universitätskliniken durchgeführten Verfahren wurden im Verlauf der 80er Jahre immer noch durchgeführt, heute fast überhaupt nicht mehr. Während meistens ethische Gründe dafür angeführt wurden, liegt m. E. jedoch auch ein wesentlicher Grund darin, daß sich die juristischen Grundlagen geändert haben. Die Durchführung der heterologen Insemination steht seit entsprechenden Grundsatzurteilen der Gerichte unter dem Verdikt von Alimentenzahlungen und Schadensersatzansprüchen. Die heterologe Insemination ist heute kaum mehr Gegen-

stand von Forschungsaktivitäten, mit Ausnahme von Untersuchungen zur Katamnese (Nachbefragung, Anm. d. R.) des Verfahrens.

1978 wurde Louisa Brown in England geboren, das erste sogenannte Retortenkind, gezeugt durch In-vitro-Fertilisation (IVF). Dieser Zweig der Reproduktionsmedizin, entstanden aus Vorbildern der Veterinärmedizin, entwickelte sich sehr expansiv. Ende der 80er Jahre gab es über 50 Reproduktionszentren in der Bundesrepublik Deutschland. 1992 gab es schon über 4000 IVF-gezeugte Kinder in der Bundesrepublik Deutschland (DIEDRICH [1992]).

Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin verlief in den neuen Bundesländern etwa in ähnlicher Weise wie in den alten Bundesländern. Frappierend war nur der Unterschied in dem durchschnittlichen Alter bei Inanspruchnahme der In-vitro-Fertilisation, das in den neuen Bundesländern beträchtlich unter dem der alten Bundesländer lag (vgl. PÖHLER [1991]). Dies dürfte vor allem auch damit zusammenhängen, daß allgemein das Alter bei der Geburt des ersten Kindes in den neuen Bundesländern deutlich unter dem in den alten Bundesländern lag und liegt. Die Definitionen der Spätgebärenden gingen auch ziemlich auseinander. So begann die offizielle Bezeichnung für Spätgebärende in den neuen Bundesländern bereits mit dem 26. Lebensjahr, während in den alten Bundesländern sich kaum jemand zu sagen traute, daß 35jährige Frauen Spätgebärende seien. Dies ist auch im Zusammenhang mit dem Alter der Erstgebärenden zu sehen, so lag dies im Osten vor der Wende bei 22 Jahren, im Westen aber bei etwa 27 Jahren.

Mit der Expansion der Behandlungstechniken ging auch ein Bedarf an psychosomatischer und psycho-sozialer Betreuung einher. Die Ergebnisse interdisziplinärer Zusammenarbeit finden ihren Niederschlag in einer vermehrten Anzahl von Publikationen, aber auch der Fertigstellung von vielen Dissertationen und Habilitationen. Exemplarisch hinweisen möchte ich auf einige Arbeiten:

- CHRISTA BRÄHLER gibt in ihrer Habilitationsschrift einen Überblick zum Forschungsstand bezüglich der psychosomatischen Aspekte künstlicher Insemination (BRÄHLER [1990]).
- Die Dissertation „Die psychische Bewältigung der In-vitro-Fertilisation“ von CHRISTINE HÖLZLE aus Münster erschien 1990. Frau HÖLZLE drehte auch einen hervorragenden Dokumentarfilm zur Belastung der Paare bei der In-vitro-Fertilisation (HÖLZLE [1986]).
- BERNHARD STRAUSS aus Kiel veröffentlichte 1991 seine exzellente, fast enzyklopädisch anmutende Habilitationsschrift „Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung“.
- HINRICH BENTS publizierte 1988, damals in Münster, seine Dissertation „Psychosomatische Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit“, wobei es auch um verhaltenstherapeutische Paartherapie bei Kinderwunschpatienten ging.
- HÖLZLE, STRAUSS und BENTS haben u. a. bei dem 5. Jahrbuch der medizinischen Psychologie über psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin mitgewirkt, das im letzten Jahr erschienen ist und einen guten Überblick über das Themengebiet vermittelt (BRÄHLER & MEYER [1991]).

AKTUELLER FORSCHUNGSSCHWERPUNKT

Die momentane Forschungssituation wird geprägt durch die **Förderung eines Forschungsschwerpunktes durch die Bundesregierung**. Am 22. Dezember 1989 erfolgt die Bekanntmachung der Förderung von Forschungen und Entwicklungsvorhaben im Bereich der Fertilitätsstörungen. Darin heißt es: „Störungen der medizinischen Fortpflanzung bilden ein wissenschaftliches Problemfeld, in dem medizinische, biologische und psychosoziale Fragestellungen eng verzahnt sind. Daraus können sich ethisch-rechtliche Probleme ergeben. Die Bundesregierung hat sich mit diesem Thema auseinandergesetzt und in ihrem Kabinettsbericht vom 23.2.1988 zum Ausdruck gebracht, daß verstärkte Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Ursachen der Sterilität und Infertilität nachzugehen und präventiv tätig zu werden. Ziel dieser Fördermaßnahmen ist es, durch Aufklärung ursächlicher pathogenetischer Zusammenhänge neue Ansatzpunkte für eine wirksame Verhütung von Fertilitätsstörungen zu gewinnen, die Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung individueller und sozialer Belange zu verbessern.“

Weiter heißt es: „Die Forschung auf dem Gebiet der Fertilitätsstörung ist ihrem Wesen nach eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie erfordert insbesondere die Verbindung von moderner naturwissenschaftlicher Forschung mit patientenorientierter klinischer und sozialwissenschaftlicher Forschung. Daher soll auf Themenbereiche, die kooperative Lösungsansätze erfordern, verstärkt auf eine vorhabenübergreifende Zusammenarbeit in Forschungsschwerpunkten hingewirkt werden.“

Darüber, warum plötzlich ein solches Forschungsfeld definiert und ausgeschrieben wird, kann man verschiedenen Spekulationen nachgehen. Eine oft geäußerte These formuliert Befürchtungen bezüglich der zukünftigen Altersstruktur unseres Gesellschaftssystems, und solche Projektvorhaben seien deshalb im Sinne einer Nachwuchsförderung zu verstehen. Auf einer rationalen Ebene kann ein solches Motiv wohl kaum basieren, da durch den Einsatz der „Reproduktionsmedizin“ die Zahl der Kinder, wenn überhaupt, nur unwesentlich gesteigert werden kann. Ein anderer Grund für die Einrichtung eines solchen Forschungsschwerpunktes könnte sein, daß die Reproduktionsmedizin zu einem wichtigen Expansions- und Fortschrittmotor der Medizin in den 80er Jahren geworden ist. Klarer ist der Anlaß für die Ausschreibung des Schwerpunktes. Er liegt in mehrfachen Anfragen der Grünen Bundestagsfraktion nach den psycho-sozialen Begleitforschungen zu den Entwicklungen der Reproduktionsmedizin begründet.

Die außerordentliche Betonung der psychosozialen und psychosomatischen Anteile des Problems in der Ausschreibung resultiert nicht nur aus diesen Fragen, sondern auch aus dem Engagement der Referatsleiterin für Grundsatzfragen im Gesundheitsministerium, der Gynäkologin Dr. HEIKE LANGENBUCHER (vgl. auch LANGENBUCHER [1991]). Es ist auch den Psychosomatiker/-innen zu danken, die an der Vorbereitung des Ausschreibungstextes mitbeteiligt waren (u.a. MANFRED STAUBER, CLAUDIUS BUDDERBERG, CHRISTA BRÄHLER).

Auf die Ausschreibung im Jahr 1989 gingen Anfang 1990 über 150 Projektankündigungen ein. Darunter befanden sich rund 45, die sich mit psychosomatischen Fragestellungen befaßten, von denen dann 13 in die engere

Wahl für Projektanträge genommen wurden. 12 dieser Projekte werden inzwischen gefördert. Sie gliedern sich wie folgt in zwei Teilverbände:

Verbund I:

„Psychosomatische Diagnostik und Beratung/Therapie bei Fertilitätsstörungen“

(Koordination: BERNHARD STRAUSS, Kiel)

1. Psychologische Diagnostik und Intervention bei männlicher Infertilität (Andrologie und Fachbereich Psychologie, Marburg, Leitung: IRMELA FLORIN/WALTER KRAUSE)
2. Prognostische Bedeutung psycho-sozialer Faktoren für den Verlauf einer Sterilitätsbehandlung/Entwicklung und Evaluation eines Beratungskonzepts für Sterilitätspatient/-innen (Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsfrauenklinik Kiel, Leitung: BERNHARD STRAUSS)
3. Entwicklung eines psychosomatischen Beratungskonzepts für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch – „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“ – eine multimodale, prospektive und kontrollierte Studie (Universitätsfrauenklinik und Abteilung Psychotherapie/Medizinische Psychologie, Heidelberg, Leitung: INGRID GERHARD/ROLF VERRÉS)
4. Patienten mit Fertilitätsstörungen in der Allgemeinpraxis. Entwicklung und Evaluation eines Sprechstundenmodells (Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen, Leitung: MICHAEL KOCHEN/WOLFGANG HIMMEL)
5. Psychologisch-prognostische Kriterien für den Verlauf medizinischer Sterilitätsbehandlung. Der Einfluß von psychotherapeutischer Beratung auf die Lebenszufriedenheit und Fertilität ungewollt kinderloser Paare (Medi-

zinische Psychologie und Universitätsfrauenklinik Münster. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie sowie Universitätsfrauenklinik Gießen, Leitung: HILDEGARD FELDER/CHRISTINA HÖLZLE)

6. Psychosomatisches Betreuungskonzept steriler ausländischer Paare (Frauenklinik RUDOLF VIRCHOW, Berlin, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie RUDOLF VIRCHOW, Berlin, Leitung: HERIBERT KENTENICH)

Verbund II:

„Auswirkungen und Belastungen von Diagnose und medizinischer Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch“

(Koordination: ELMAR BRÄHLER, Leipzig, und HILDEGARD FELDER, Gießen).

1. Längsschnittstudie zu den Auswirkungen und der Verarbeitung des unerfüllten Kinderwunsches bei Patienten und Patientinnen einer medizinisch-genetischen Beratungsstelle (Institut für Humangenetik, Homburg/Saar, Leitung: KLAUS D. ZANG/JOACHIM SCHINDELHAUER-DEUTSCHER)
2. Psychische Verarbeitung von Fertilitätsstörungen bei Männern im zeitlichen Verlauf (Andrologie und Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg, Leitung: JOACHIM KÜCHENHOFF/GERD RUDOLF/WOLFGANG TILGEN)
3. Paarbeziehung und Behandlungsverlauf bei In-vitro-Fertilisation (Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsfrauenklinik Leipzig, Universitätsfrauenklinik Halle, Universitätsfrauenklinik Magdeburg, Leitung: ELMAR BRÄHLER)
4. Evaluation der psychischen Belastungen von ungewollt kinderlosen Paaren bei verschiedenen reproduktionsmedizinischen Ver-

fahren (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsfrauenklinik Gießen, Leitung: HILDEGARD FELDER)

5. Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindesentwicklung nach durch IVF erfülltem Kinderwunsch (Frauenklinik RUDOLF VIRCHOW, Berlin, Leitung: HERIBERT KENTENICH)

6. Elternschaft und kindliche Entwicklung nach durch IVF erfülltem Kinderwunsch (Psychosomatische Abteilung der Universitätskinderklinik Hamburg/Eppendorf, Leitung: MARGARETE BERGER)

Im Rahmen des Förderungsschwerpunkts bilden die beiden Verbände einen – wenn auch nicht unbedeutenden – Anteil neben der biomedizinischen Grundlagenforschung.

Gleichzeitig wurde die DESIS-Studie gefördert, die als epidemiologische Untersuchung von Fruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit angelegt war und von Gynäkologen/-ginnen, Sozialmediziner/-rinnen und Epidemiologen/-ginnen durchgeführt wurde. Sie ist Bestandteil einer EG-weiten Erhebung. Erste Ergebnisse liegen vor (DÄSSLER et. al. [1995]), und weitere Ergebnisse zu allgemeineren Fragestellungen werden hier vorgestellt (HELFFERICH/KANDT, HELFFERICH/KÜPPERS-CHINNOW, HELFFERICH in diesem Band).

Wie den obigen Angaben zu entnehmen ist, nimmt die Zahl der mit den Fruchtbarkeitsstörungen befaßten Disziplinen zu.

Der Erfolg der Projektvorhaben wird entscheidend davon abhängen, wie die Kooperation der Reproduktionsmediziner/-innen mit den Psychosomatikern/-rinnen bzw. Psychologen/-ginnen gelingen wird. Dies war in der Vergangenheit oft recht schwie-

rig. Begründet liegt dies wohl oft darin, daß spezifische Erwartungen der Reproduktionsmediziner/-innen auf Vorbehalte oder auch Vorurteile der Psychosomatiker/-innen oder Psychologen/-ginnen treffen. Auf dieses soll jetzt näher eingegangen werden.

ERWARTUNG DER REPRODUKTIVMEDIZINER/-INNEN AN DIE PSYCHOSOMATIKER/-INNEN

Einige Zielkriterien der Reproduktionsmediziner/-innen sind recht klar:

- Steigerung der Befruchtungsraten,
- Senkung der hohen Abortraten (Fehlgeburtsraten) nach eingetretener Schwangerschaft,
- Verminderung unerwünschter Folgen wie Mehrfachschwangerschaften oder komplikationsreiche Geburten.

An die Psychosomatiker/-innen oder Psychologen/-ginnen werden daher ganz konkrete Wünsche herangetragen.

1. Wie kann der Streß reduziert werden, der nach den Beobachtungen aus der Reproduktionsmedizin oft während der Behandlung auftritt? Dieser Streß wird verantwortlich gemacht für die niedrigen Erfolgsraten beim Embryo- oder Gametentransfer (Gameten = hier geschlechtlich differenzierte Fortpflanzungszellen; Anm. d. R.).
2. Bei den zahlreich eingetretenen Aborten nach In-vitro-Fertilisation werden psychoneuroimmunologische Phänomene vermutet (vgl. z. B. LÄPPLE [1989], [1991]). Hier ist

der Wunsch an die Fachleute aus Psychologie und Psychosomatik, diesen Phänomenen auf die „Spur“ zu kommen, um die Zahl der Aborte zu senken.

3. Aus immer wiederkehrenden Behandlungsproblemen haben sich bei erfahrenen Reproduktionsmediziner/-rinnen intuitive Erkenntnisse gebildet, daß bei bestimmten Paaren mit Behandlungsproblemen oder Arzt-Patientinnen-Konflikten zu rechnen ist. So gibt es Paare, deren Erfolgserwartungen so zwanghaft sind, daß ihnen ein Scheitern der IVF-Therapie völlig inakzeptabel erscheint und zu großer Unzufriedenheit führt. Von einer psychosomatischen Kooperation und Untersuchung werden deshalb Entscheidungskriterien für die Aufnahme von Paaren zum IVF-Behandlungsprogramm erwartet.

4. Ein weiterer Punkt sind die mit dem Scheitern der Therapie verbundenen „Folgelasten“. Ein nicht unerheblicher Teil der Patientinnen neigt zu depressiven Reaktionen bis hin zu Selbstmordgedanken. Die erfolgsorientierte Reproduktionsmedizin läßt einen Kreislauf gegenseitiger Leistungserwartungen im Arzt-Patientinnen-Verhältnis entstehen. Der eigene Leistungsdruck macht es den behandelnden Mediziner/-rinnen schwer, die Behandlungssituation zu entspannen oder beim Scheitern der IVF-Behandlung die Depression und Verzweiflung vieler Patientinnen aufzugreifen und in Gesprächen zu bearbeiten. Diese Befangenheit läßt eine psycho-soziale Betreuung notwendig werden, die die medizinische Behandlung begleitet.

5. Implizit wünschen sich Reproduktionsmediziner/-innen Untersuchungen von Psychosomatik und Psychologie, die positive

Ergebnisse bei Katamnesen erwarten lassen bezüglich gesenkter Scheidungsraten bei Eintreten von Schwangerschaften bzw. Geburten, oder die eine zumindest unauffällige Familienstruktur bei Familien mit künstlich gezeugten Kindern ergeben – kurzum, zumindest bei den eingetretenen Geburten die medizinischen Maßnahmen rundum zu einem vollen Erfolg werden lassen.

Die an die Psychologie und an die Psychosomatik herangetragenen Fragestellungen sind oft sehr einseitig an der medizinischen Behandlung orientiert und lassen psychosomatische Fragestellungen eher randständig erscheinen. Die Ausrichtung der Universitätsforschung in der Reproduktionsmedizin führt zu einer einseitigen Bevorzugung der IVF- und ICSI- (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection = Intra Cytoplasmatische Spermieninjektion) Behandlung gegenüber zum Beispiel konservativen Verfahren wie Mikrochirurgie oder Hormonbehandlung. Mit der Verbesserung medizinischer Behandlungsmaßnahmen scheint die psychische Bedeutung von Zeugung und Elternschaft immer mehr aus dem Blickfeld zu geraten. Störungen der generativen Potenz werden zum technischen Problem. Die Erwartungen der Reproduktionsmedizin an Psychodiagnostik und Psychotherapie liegen nicht im Bereich einer interdisziplinären Ursachenforschung, sondern ergeben sich aus dem Bedarf an psycho-sozialen Kriterien zur Optimierung der Indikationsstellung und zur Adaption (Anpassung) infertiler Paare an die Reproduktionsbehandlung.

VORBEHALTE BZW. VORURTEILE DER PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOLOGIE

Auch die Psychosomatiker/-innen und Psychologen/-ginnen sind vor einseitig verzerrten Sichtweisen nicht gefeit.

1. Sehr oft wird der Kinderwunsch bei Paaren mit Fruchtbarkeitsstörungen pathologisiert. Überwertigen Kinderwunsch mag es zwar bei den Paaren mit Fruchtbarkeitsstörungen sehr häufig geben, doch dies ist auch bei Paaren, die problemlos zu Kindern gelangen, oftmals der Fall.
2. Die Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen werden oft auch in ihren Persönlichkeitseigenschaften psychopathologisierend beschrieben. Dies führt sogar in einigen Projekten zum Einsatz psychiatrischer Fragebogen.
3. Es gibt kaum einen Psychotherapeuten/ eine Psychotherapeutin, der/die etwas auf sich hält, der/die nicht schon einmal mit einer Patientin oder einem Patienten mit einer Fruchtbarkeitsstörung, die/den er/sie in Behandlung hat, eine Schwangerschaft herbeigeführt hat. Dies wird dann als Beleg genommen für die Überlegenheit der psychologischen Sichtweise gegenüber der organmedizinischen Behandlung. Dies kann man als großartige Selbstüberschätzung ansehen, solange es keine gesicherten Belege dafür gibt, daß die Schwangerschaftsrate nach medizinischer Behandlung, nach Psychotherapie und ohne Behandlung überhaupt unterschiedlich ist. Bei diesen Erfolgsmeldungen überrascht es eigentlich, daß es bisher sehr wenige gesicherte Untersuchungen über die Wirksamkeit der Psychotherapie gibt.

4. Ein ähnlicher Mythos bezieht sich auf die Adoptionen. Jeder hat schon von einem Fall gehört, daß unfruchtbare Paare nach Adoption ein eigenes Kind bekommen haben. Nach den Literaturübersichten dürfte das bei mindestens 15% der Fälle eintreten – doch die Schwangerschaften treten im gleichen Maße, wenn nicht sogar noch etwas häufiger, auch dann auf, wenn keine Adoption vorgenommen wird (vgl. STRAUSS [1991]).

5. Beliebt ist auch das Interpretationsschema, daß die Zahl der unfruchtbaren Paare in den letzten 20 Jahren aufgrund von Umweltproblemen oder aufgrund von gesellschaftlichen Problemen zugenommen hat. Es scheint jedoch wohl eher so zu sein, daß die Zahl der bewußt kinderlosen Ehen zugenommen hat und die Zahl der ungewollt kinderlosen nicht in dem Maße angestiegen ist, wie es behauptet wird (NAVE-HERZ [1988]). Hier liegt eine romantische Verklärung früherer Zeiten vor.

6. Sehr begierig werden Untersuchungen in die Richtung überinterpretiert, daß künstlich erzeugte Kinder, sei es durch heterologe Insemination oder durch In-vitro-Fertilisation, später eine gestörte Entwicklung nehmen (DAVIES-OSTERKAMP [1991]). Die Idealisierung der Normalfamilie mit ihrer gesunden Entwicklung wird einem schnell vergehen, wenn man epidemiologische Untersuchungen z. B. zur körperlichen Mißhandlung in Normalfamilien betrachtet (vgl. ENGFER [1988]).

7. Sehr oft wird den Gynäkologen/-ginnen und Reproduktionsmedizinern/-rinnen vorgeworfen, Statistiken, die den Erfolg betreffen, zu fälschen oder zumindest zu schönen. Dies trifft wohl öfters zu wie in jedem Wissenschaftsbereich, wo die Forschung durch Interessen begleitet wird, jedoch sollten

gerade Psychosomatiker/-innen, die über Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auch bei Wissenschaftlern/-rinnen so gut Bescheid wissen, sich davor hüten, Zahlen noch größer zu manipulieren durch unzulängliche Verallgemeinerungen von Einzelfällen.

8. DAVIES-OSTERKAMP (1991) hat auf einen wichtigen Punkt hingewiesen: Ethische Fragen können nicht unter Zuhilfenahme psychologischer Untersuchungen gelöst werden. Die Wissenschaftenempirie kann nur Fakten liefern, die zur Beurteilung von Sachverhalten herangezogen werden können. Wissenschaftliche Untersuchungen können jedoch nicht für ethische Entscheidungen herhalten. Oft sind Psychosomatiker/-innen und Psychologen/-ginnen mit ethischem Anspruch moralisierend. Etwas Zurücknahme in diesem Feld zugunsten des einzelnen Menschen wäre wünschenswert.

FORSCHUNGSDEFIZITE

Trotz der vielfältigen Untersuchungen, die bislang schon durchgeführt wurden, ergibt sich dennoch eine Reihe von Forschungsdefiziten, von denen hier einige erwähnt werden sollen:

1. Obgleich die Partnerbeziehung sowie auch speziell die Rolle der Männer in den letzten Jahren verstärkt Gegenstand der Forschung zu Fruchtbarkeitsstörungen geworden sind, müssen die Anstrengungen in diese Richtung noch sehr viel mehr verstärkt werden.
2. Den klassischen Behandlungsverfahren – wie der mikrochirurgischen und der Hormonbehandlung – ist ebenfalls von seiten der

psychosomatischen Forschung mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

3. Es ist höchste Zeit, daß Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychotherapie durchgeführt werden, ebenso wären Selbsthilfegruppen zu evaluieren.
4. Notwendig wären kontrollierte Untersuchungen über die Wirksamkeit der verschiedenen Therapieverfahren, um zu besser gesicherten Indikationen und Kontraindikationen für verschiedene Behandlungsmaßnahmen zu kommen und das experimentelle Stadium zu verlassen. Dies gilt insbesondere für die In-vitro-Fertilisation.
5. Den Folgen der Behandlung ist in der Forschung mehr Aufmerksamkeit zu schenken, in bezug auf die Ehepartner, die Partnerschaft und die Entwicklung der Familiendynamik, sofern es zu der Geburt eines Kindes gekommen ist. Die Erfolgs- bzw. Mißerfolgsdebatte müßte genauer geführt werden. Nicht Geburt versus Nichtgeburt eines Kindes sollte das Zielkriterium sein, sondern es müßten Kriterien in Richtung Erhöhung der Lebenszufriedenheit bzw. Partnerzufriedenheit definiert werden.
6. Nicht näher untersucht sind bislang auch die Auswirkungen der in der Presse erzeugten Erfolgserwartungen an die Reproduktionsmedizin auf den Behandlungswunsch. Den Fragen der Aufklärung der Patienten über die Risiken und Erfolgchancen der Behandlung ist in der Forschung mehr Beachtung zu schenken.
7. Die psychosomatische Forschung im Bereich der Fruchtbarkeitsstörung muß sich von den medizinischen Diagnosen lösen. Die psychosomatische Sichtweise

sollte unabhängig von der medizinischen Diagnose verfolgt werden.

8. Der epidemiologischen Betrachtungsweise ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Meines Erachtens ist der Ansatz von DELAISI DE PARSEVAL & JANAUD (1986) am fruchtbarsten, die Zeugung und die Geburt eher als einen Wahrscheinlichkeitsprozeß anzusehen, wobei zum einen der strenge Determinismus aufgegeben und zum anderen der Prozeßcharakter der Fruchtbarkeitsstörung betont wird.

9. Notwendig wären vergleichende Untersuchungen von Paaren, die gewollt kinderlos sind bzw. ihrer Verarbeitungsmechanismen, mit solchen Paaren, die ungewollt kinderlos sind, aber von sich aus keine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen.

10. Die Untersuchungen der Kinderwunschnotive müßten in geeigneter Weise als bislang stattfinden. Fragebogenuntersuchungen allein können dieses Problem nicht klären. Hier ist vor allem die Ambivalenz des Kinderwunsches zu berücksichtigen.

11. Bislang auch nicht erforscht sind die subjektiven Krankheitstheorien bezüglich Fruchtbarkeitsstörungen. Ebenso fehlen Untersuchungen zum Körperschema, zur Suggestibilität sowie über mechanistische Körpervorstellungen. Auch die Kontrollüberzeugungen bezüglich der Behebung der Fruchtbarkeitsstörung und der Behandlungserwartung sind verstärkt zu untersuchen.

METHODISCHE PROBLEME

Die methodischen Entwicklungen und die damit verbundenen methodischen Probleme im Bereich der psychologischen Forschung bei Fruchtbarkeitsstörungen ähneln notwendigerweise partiell denen psychologischer Fragestellungen in anderen medizinischen Bereichen, darüber hinaus ergeben sich jedoch auch bereichsspezifische Methodenprobleme. Einige der Problemfelder sollen kurz erwähnt werden.

1. Erhebungsverfahren, die den Bereich Sexualität und andere Intimbereiche betreffen, sind generell problematisch. Speziell in der Untersuchungssituation bei Behandlungen von Fruchtbarkeitsstörungen werden sozial erwünschte Angaben gehäuft auftreten, z. B. um die Aufnahme der Behandlung nicht zu gefährden.

2. Fragebogenuntersuchungen allein erscheinen in dem Bereich der Fruchtbarkeitsstörungen nicht ausreichend. Andererseits können auch diagnostische Interviews problematisch sein, da sie sehr invasiv sind und Einfluß auf psychologische Parameter ausüben können.

3. Da die Behandlungsverfahren oftmals für die betroffenen Paare sehr belastend sind, müssen sich die psychologischen Untersuchungen auf ein vertretbares Maß an Belastung beschränken. Dies kollidiert dann oft mit den Erkenntnisinteressen der Untersucher/-innen.

4. Sehr schwierig sind auch „saubere“ Versuchspläne durchzuführen, weil Kontrollgruppendesigns oder die Versuche von Parallelisierung und Ähnlichem aus ethischen und praktischen Gründen nicht

durchführbar sind. Um dennoch zu gesicherten Ergebnissen zu kommen, sind weitere methodische Innovationen für die Feldforschung notwendig.

5. Durch die Heterogenität der Behandlungsverläufe sind gruppenstatistische Designs, die auf deren Untersuchung abzielen, sehr fragwürdig. Hier wäre zu überlegen, ob nicht das idiographische (das Erfassen und Verstehen einmaliger Ergebnisse und Sachverhalte) Vorgehen dem nomothetischen (im Gegensatz zum idiographischen ein auf die Erforschung allgemeiner Gesetzmäßigkeiten ausgerichtetes Vorgehen) überlegen ist. Die Methodik der quantitativen Einzelfallanalyse hat sich inzwischen sehr verbessert (vgl. z.B. STRAUSS [1992]).

Es ist zu erwarten, daß die schon angelauene Kooperation in den Forschungsverbänden zu einer effizienten Entwicklung im Forschungsfeld führt und einige, aber nicht alle der angesprochenen Forschungsdefizite, behoben werden können.

SOZIALPOLITISCHE UND PRÄVENTIVE ASPEKTE

1. In allen Bereichen der Medizin wird heute von Qualitätssicherung gesprochen, im Bereich der Reproduktionsmedizin ist sie noch nicht einmal diskutiert worden. Zu überprüfen wäre, welches reproduktionsmedizinische Verfahren den anderen überlegen ist, und vor allem wäre in kontrollierten Studien zu überprüfen, ob die reproduktionsmedizinischen Verfahren der Nichtbehandlung überhaupt überlegen sind. Dabei wären dann natürlich auch die psycho-sozialen Folgen einer Nichtbehandlung – die z.B. darin liegen könnten, daß sich die Paare Vorwürfe

machen, nicht alle bestehenden Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben – im Vergleich mit den Folgen einer in der Regel nicht erfolgreichen reproduktionsmedizinischen Behandlung abzuwägen.

2. An den vorhergehenden Punkt schließt sich an, daß die reproduktionsmedizinischen Verfahren, vor allem bei IVF und ICSI immer noch einen Therapieversuch darstellen. Bei keinem Medikament, das in die medizinische Behandlung eingeführt wird, wäre denkbar, daß es so lange im Einsatz ist, ohne daß seine Wirksamkeit nachgewiesen wäre (vgl. HÖLZLE ET WIESING [1991]).

3. Die DESIS-Studie, aber auch schon die Untersuchungen von Bayropharm 1989 haben deutlich gemacht, daß die Anzahl der Paare, die an ungewollter Kinderlosigkeit leiden, weit überschätzt worden ist. Die ständige Behauptung, daß 15–20% der Ehepaare ungewollt kinderlos seien und diese Zahl ansteigend ist, erweist sich nun als nachweislich falsch. Diese Überschätzung mag aus der Beobachtung resultieren, daß die Nachfrage nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen größer geworden ist, d.h., daß sich Paare früher nicht in Behandlung begeben haben, während sich heute fast alle Paare aufgefordert fühlen, sofort medizinische Behandlung aufzusuchen. Dies basiert eher auf einer künstlich erzeugten Nachfrage, die nicht zuletzt aufgrund vieler Erfolgsmeldungen der Reproduktionsmedizin zustande kommt.

4. In den alten Bundesländern ist eine gewollte Kinderlosigkeit zu Beginn der Ehe meist mit beruflichen und materiellen Gründen verbunden (NAVE-HERZ [1988]). Im späteren Verlauf der Ehe werden eher psychologische Faktoren für die bewußte

Kinderlosigkeit maßgeblich. Während am Anfang der Ehe die medizinisch bedingte Kinderlosigkeit noch kaum eine Rolle spielt, tritt sie 10 Jahre nach Eheschließung weit- aus stärker in den Vordergrund. Zusammen- gefaßt heißt dies: Viele junge Paare ent- scheiden sich aus beruflichen und materiellen Gründen gegen ein Kind, sobald aber be- stimmte Voraussetzungen dafür geschaffen sind, wünschen sie sich ein Kind. Da sich die Konzeptionsraten mit zunehmendem Alter jedoch verschlechtern, geraten viele in eine medizinisch bedingte Kinderlosigkeit. Zu ihrer Prävention wäre es für die Familienpo- litik unbedingt erforderlich, die materiellen Bedingungen junger Ehepaare zu stärken.

5. Hinsichtlich der geführten Kinderwunsch- debatte stehen sehr oft psychologische Faktoren im Vordergrund. Der drastische Geburtenrückgang in den neuen Bundeslän- dern nach der Wende zeigt jedoch, daß die psychologischen Aspekte zur Erklärung allein ungenügend sind. Hier erweist sich, daß das soziale und ökonomische Beziehungsgefüge entscheidend für die Realisierung des Kinderwunsches in frühen Jahren ist.

6. Die Situation in den neuen Bundesländern mit der drastisch gesunkenen Geburtenzahl läßt für die nähere Zukunft eine relative Geburtenexplosion erwarten. Zu erwarten ist hier allerdings auch ein drastischer Anstieg der ungewollten Kinderlosigkeit, welche aufgrund des viel niedrigeren Erstgraviditäts- alters (Alter bei einer ersten Schwanger- schaft) in den neuen Bundesländern viel geringer ist als in den alten Bundesländern.

7. Als weitere präventive Maßnahme wäre eine Aufklärung für junge Menschen über die Tatsache erforderlich, daß je länger eine „Verhütungskarriere“ dauert, sie mit einer

längeren Wartezeit rechnen müssen, um zu einer Schwangerschaft zu gelangen. Diese Information brauchen junge Paare, um indi- viduell für sich diese Tatsache in ihren Ent- scheidungsprozeß einbeziehen zu können. Die ständigen Erfolgsmeldungen der Repro- duktionsmedizin vermitteln vielen jungen Menschen den Eindruck, daß man sich den Kinderwunsch jederzeit erfüllen kann, not- falls eben mit Hilfe der Reproduktions- medizin.

8. Aus präventiven Gesichtspunkten wäre es auch unbedingt erforderlich, großes Augen- merk auf eine sorgsame Indikationsstellung bei der großen Zahl von Sterilisationen zu legen, die momentan in den neuen Bundes- ländern durchgeführt werden. Geht man davon aus, daß mindestens ca. 10% der Frauen, die sich einer Sterilisation unter- zogen haben, diesen Vorgang rückgängig machen möchten, so stellt man fest, daß auch hier ein neuer Bedarf für die Reproduk- tionsmedizin geschaffen wird.

9. Es müßte über die doch niedrigen Erfolgs- raten der Reproduktionsmedizin, sowohl bei Paaren, die sich einer Behandlung unterzie- hen, aber auch bei jungen Paaren, die sich noch im Entscheidungsfindungsprozeß über die Erfüllung ihres Kinderwunsches befinden, Aufklärung erfolgen. Durch überzogene Erfolgsmeldungen der Reproduktionsmedizin werden subjektive Laientheorien beeinflusst und systematisch in die Irre geleitet. Dem ist nur durch Aufklärung zu begegnen. Es gibt nur ganz wenige Zentren, die Informations- broschüren zur Verfügung stellen. Bei diesen fehlt dann meistens eine korrekte Aufklärung über Erfolgsraten und Risiken der Behand- lung. Abschließend ist es aus eben genann- ten Gründen unbedingt erforderlich, jungen Menschen mit Kinderwunsch präventiv eine

angemessene soziale Unterstützung zu gewähren.

LITERATUR

BAYROPHARM, Leverkusen (1989): Ungewollte Kinderlosigkeit im Spiegel der Betroffenen, Dr. Emil Bruckert GmbH, Mafer-Institut, Schwalbach

BENTS, H. (1988): Psychosomatische Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit, Diss., Münster

BRÄHLER, C. (1990): Familie, Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit. Motivationen und Behandlungsverläufe bei künstlicher Befruchtung, Westdeutscher Verlag, Opladen

BRÄHLER, E., MEYER, A. (1991): Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin, Jahrbuch der medizinischen Psychologie 5, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

BRÄHLER, E. (1993): Fruchtbarkeitsstörungen – Trends in der psychosomatischen Forschung, PpMp, 43, S. 298-303

BRÄHLER, E., GOLDSCHMIDT, S., RICHTER, Y. (1995): Paarbeziehung und Behandlungsverlauf bei In-vitro-Fertilisation. Unveröffentlichter Zwischenbericht, Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

DÄSSLER, U., HÄBERLEIN, U., HELFFERICH, C., KANDT, I., KARMAUS, W., KÜPPERS-CHINNOW, M., MÜLLER, E., NEUMANN, H.-G., PENNANEN, P., RUNGE, J., SCHEHR, K., WANITSCHKE, A. (1995): Untersuchungen zur Infertilität und Subfertilität. Deutscher Beitrag zur EG-Studie, Institut für Gesundheitswissenschaften, Rostock

DAVIES-ÖSTERKAMP, S. (1991): Psychologie und Gynäkologie, Edition Medizin VCH, Weinheim

DELAISI DE PARSEVAL, G., JANAUD, G. (1986): Ein Kind um jeden Preis. Ethik und Technik der künstlichen Zeugung, Beltz, Weinheim, Basel

DIEDRICH, K. (1992): Vortrag der 1. Gießener Endokrinologischen Fortbildung, in: Gießener Allgemeine vom 3. 2.1992.

ENGFER, A. (1988): Kindesmißhandlung, Enke, Stuttgart

HÖLZLE, C. (1986): Nächster Zyklus – Neue Hoffnung. Medizinische und psychologische Aspekte der extrakorporalen Befruchtung, Film, 47 Min., Institut für den wissenschaftlichen Film, Göttingen

HÖLZLE, C. (1990): Die psychische Bewältigung der In-vitro-Fertilisation, Lit. Verlag, Münster

HÖLZLE, C., WIESING, U. (1991): In-vitro-Fertilisation – Ein umstrittenes Experiment, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

KNORRE, P. (1991): Fertilität und Infertilität aus psychosomatischer Sicht, in: BRÄHLER, E. (Hrsg.) (1991)

LÄPPLE, M. (1989): Pilotstudie zur Ermittlung medizinischer, psychischer und psychosozialer Spontanaborte, Wiener Klinische Wochenschrift 101, S. 666-673

LÄPPLE, M. (1991): Andrologische und psychologische Aspekte des Abortgeschehens, Zeitschrift für klinische Medizin, 46, S. 894-900

LANGENBUCHER, H. (1991): Sprache des Körpers – Sprache der Seele. Wie Frauen sich wohlfühlen können, Herder, Freiburg i. B.

MAYER, A. (1925): Psychogene Störungen der weiblichen Sexualfunktion, in: SCHWARZ, O. (Hrsg.) (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

NAVE-HERZ, R. (1988): Kinderlose Ehen. Eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit, Juventa, Weinheim, München

PÖHLER, K. (1991): Psychische Verarbeitung und Bewältigung des Sterilisationsproblems, unveröffentl. Vortrag bei der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie in Halle

ROEMER, H. (1963): Gynäkologische Organneurosen, Einführungsvorlesungen in die Psychosomatik, Thieme, Stuttgart

SCHWARZ, O. (1925): Psychogene Störungen der männlichen Sexualfunktion, in: SCHWARZ, O. (Hrsg.) (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

SCHWARZ, O. (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

STAUBER, M. (1979): Psychosomatik der sterilen Ehe, Grosse Verlag, Berlin

STRAUSS, B. (1991): Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung, Enke, Stuttgart

STRAUSS, B. (1992): Quantitative Einzelfallforschung, in: BASLER, H. D., REHFISCH, H. P., ZINK (Hrsg.): Psychologie in der Rheumatologie, Jahrbuch der medizinischen Psychologie 8, Springer, Berlin

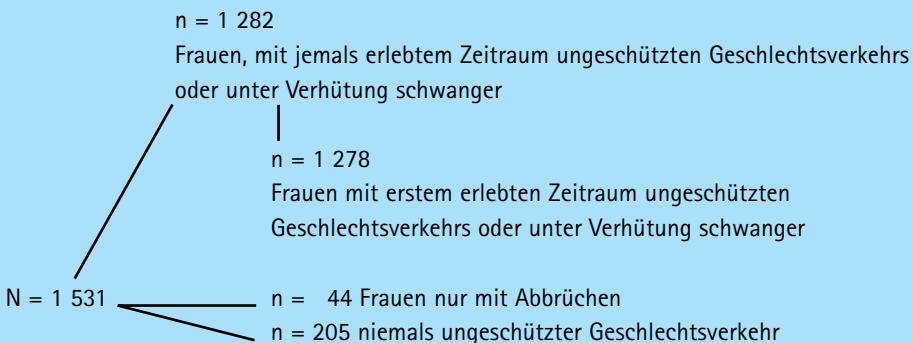
VERBREITUNG VON UND UMGANG MIT FRUCHTBARKEITSSTÖRUNGEN

Fruchtbarkeitsstörungen im Sinne ungewollter Kinderlosigkeit geraten heute häufig in die Schlagzeilen, etwa im Zusammenhang mit neu entwickelten medizin-technologischen Verfahren, die eine Schwangerschaft herbeiführen können. Unklar ist aber, wie verbreitet diese Störungen in der Bevölkerung sind. Einige Schätzungen für die Verbreitung von Fruchtbarkeitsstörungen beziehen sich auf die Zahl kinderloser Paare. Diesen Angaben muß entgegengehalten werden, daß viele Paare keine Kinder möchten.

Die DESIS-Studie bietet aufgrund der Verknüpfung standardisierter und qualitativer Erhebungsverfahren die Möglichkeit, das Problem der Fruchtbarkeitsstörungen sowohl zu quantifizieren als auch zu qualifizieren.

Die Auswertung des standardisierten Erhebungsteils C1 ermöglicht Aussagen zur Verbreitung von Fruchtbarkeitsstörungen, definiert über das objektiv in den Daten abgebildete Faktum der nicht eingetretenen Konzeption bei einem Paar in der Bevölkerungsstichprobe, das mehr als ein Jahr ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte. (vgl. BAIRD [1986]) In dem qualitativen Erhebungsteil C3, bei dem eine Untergruppe der befragten Frauen mit einem biographischen Interviewleitfaden ein zweites Mal befragt worden war (vgl. Angaben zur DESIS-Studie S. 15 ff.), kann die subjektive Bedeutung dieses objektiven Faktums herausgearbeitet werden: Ist die über objektive Indikatoren definierte „Fruchtbarkeitsstörung“ oder „Wartezeit“ auch ein subjek-

RELEVANTE GRUPPE FÜR DIE AUSWERTUNG VON RISIKOZEITRÄUMEN



tives Problem der befragten Frauen und wenn ja, unter welchen Bedingungen?¹

Zweiter Themenkomplex ist die Inanspruchnahme von Hilfen bei Fruchtbarkeitsstörungen. Die Daten von C1 wurden daraufhin ausgewertet, wie viele Paare wann medizinische oder andere Beratungen bzw. Untersuchungen und Behandlungen in Anspruch nahmen, wie lange sie warteten, bis sie diese Entscheidung trafen, wie Behandlungen verliefen und endeten. Auch hier kann mit dem Material aus C3 die subjektive Bedeutung der Inanspruchnahme nachgezeichnet werden: Wie stellt sich der Entscheidungsprozess in der Wahrnehmung der befragten Frauen dar? Welche Frauen suchten warum keinen Rat, lehnten eine Behandlung ab oder brachen sie ab? Was bedeutet subjektive Bewältigung von Fruchtbarkeitsstörungen und was ist in diesem Zusammenhang ein „Erfolg“?

Dritter Themenkomplex ist die Beendigung und das Ergebnis von Behandlungen: Was läßt sich aus den statistischen Angaben an Aussagen zu diesen Fragen gewinnen? Wie sieht auch hier die subjektive Sicht der Frauen aus?

¹ Der Begriff „Wartezeit“ steht in Anführungsstrichen, da er die subjektive Disposition des Wartens unterstellt, die aber nicht gegeben sein muß.

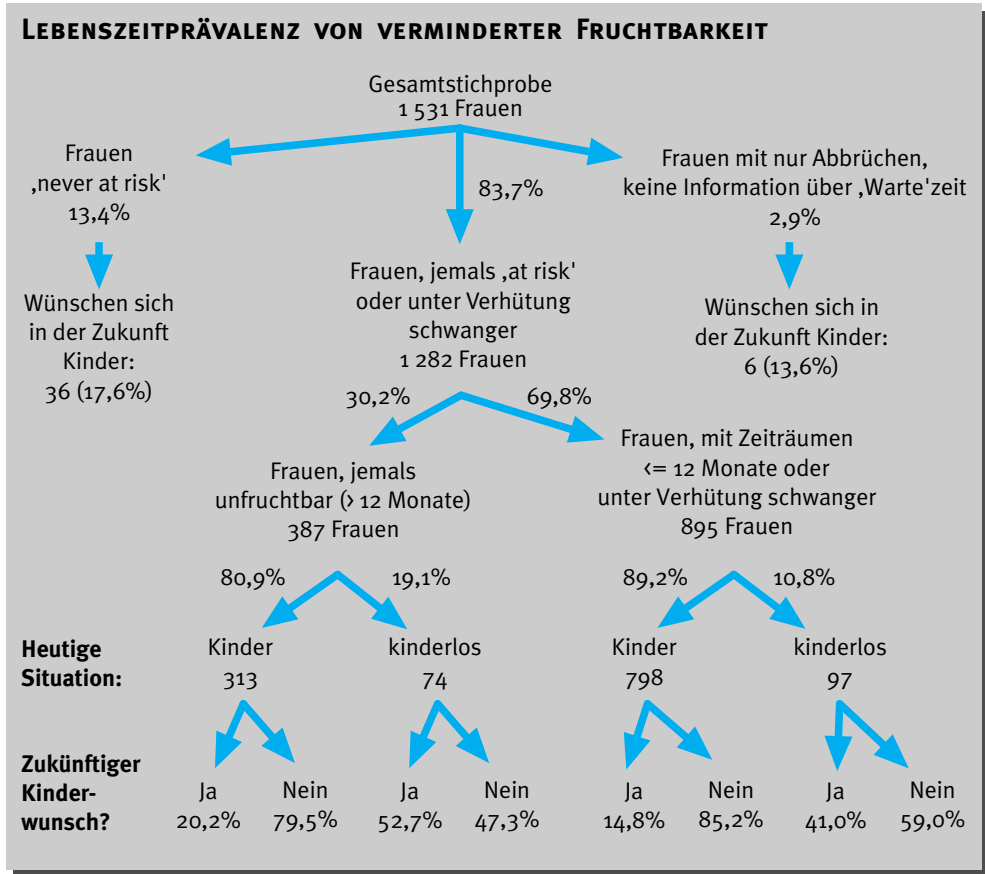
DIE OBJEKTIVE VERBREITUNG VON FRUCHTBARKEITSTÖRUNGEN – ERGEBNISSE DER STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG

Es existieren nur wenige nationale und internationale Zahlen zur Prävalenz oder Inzidenz von Unfruchtbarkeit und verminderter Fruchtbarkeit. Eine Durchsicht vorhandener Untersuchungen zeigt methodische Probleme bei der Auswahl der Population und nicht zuletzt in der Definition der Begriffe von Bedeutung (MARCHBANKS [1989], THONNEAU [1990]). In unserer Untersuchung wurden Fruchtbarkeitsstörungen definiert nach Zeitspannen ungeschützten Geschlechtsverkehrs, während der eine Frau nicht schwanger wurde, im folgenden „Wartezeiten“¹ genannt (das heißt, wir stützten uns nicht auf medizinische Tests oder Diagnosen).

LEBENSZEITPRÄVALENZ

Unter Lebenszeitprävalenz wird das Erleben einer Phase von Unfruchtbarkeit gemäß der genannten Definition jemals im Leben einer Frau verstanden (vgl. Abb. 1). Basis der Auswertung zur Lebenszeitprävalenz sind 1 282 Frauen (83,7% der Gesamtstichprobe), die jemals „at risk“ waren, das heißt, über eine gewisse Zeit ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, oder unter Verhütung schwanger wurden. Nicht berücksichtigt werden Frauen, die niemals „at risk“ waren, weil sie zum Beispiel immer verhüteten, und Frauen, die nur Schwangerschaftsabbrüche hatten, da für diese keine weiteren Informationen vorliegen. Im Gegensatz zu den hier vorgestellten Ergebnissen wird bei epidemiologischen Betrachtungen zu Häufig-

Abb. 1



keit und Risiken im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit meist die Gruppe der Frauen „ever at risk“ als Basis gewählt. Frauen, die unter Verhütung schwanger wurden, werden bei dieser Definition nicht berücksichtigt, da sie keine Zeiträume „at risk“ beitragen.

Ein knappes Drittel (30,3%) der 1282 Frauen hat in ihrem Leben irgendwann einmal die Erfahrung von Unfruchtbarkeit gemacht, d.h., hatte länger als 12 Monate ungeschützten Geschlechtsverkehr, ohne schwanger zu werden. Eine solche Phase konnte später mit

oder ohne Eintritt einer Schwangerschaft geendet haben. Zum Befragungszeitpunkt waren 19,1% der Frauen, die jemals eine solche Risikozeit hatten, ohne schwanger zu werden, kinderlos, 80,6% hatten Kinder (von einer Frau war dies nicht bekannt). Ein zukünftiger Kinderwunsch wurde von einem Fünftel der Frauen mit Kindern angegeben. Über die Hälfte der kinderlosen Frauen wünschte sich in der Zukunft Kinder, aber knapp die Hälfte der Frauen verneinte einen solchen Kinderwunsch.

SITUATION ZUM BEFRAGUNGSZEITPUNKT

Zum Zeitpunkt des Interviews waren 129 Frauen „at risk“, d.h., sie hatten während des zurückliegenden Monats regelmäßig Geschlechtsverkehr und verhüteten nicht (vgl. Abb. 2). Dies sind 9,9% von allen Frauen der Stichprobe, die zu dieser Zeit theoretisch noch schwanger werden konnten (sterilisierte Frauen ausgeschlossen). 80 Frauen (62,0%) „warteten“ länger als 12 Monate. Diese Zahl erscheint zunächst sehr hoch, deutet aber auch auf einen Selektionsprozeß hin, der darin liegt, daß Frauen mit kurzen „Warte“zeiten, die schon schwanger geworden sind, zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr erfaßt werden. Betrachtet man auch hier den aktuellen Kinderwunsch, so gab fast ein Drittel dieser 80 Frauen an, eine

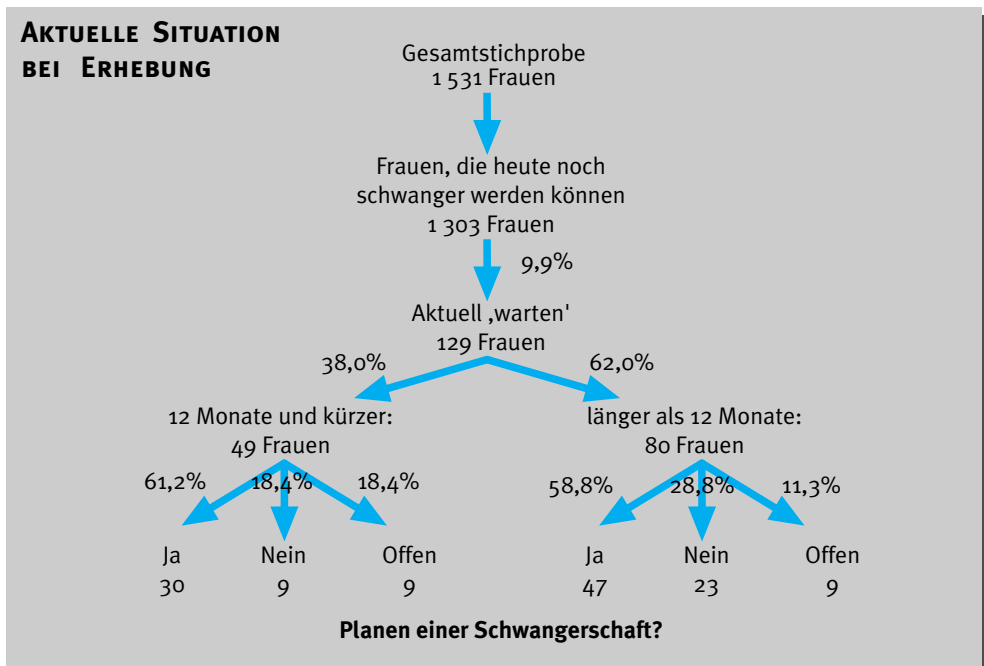
Schwangerschaft nicht zu planen, 11,3% waren in ihrer Planung offen (eine Frau gab hierzu keine Informationen).

FAZIT

Die Erfahrung von Unfruchtbarkeit im Sinne der oben genannten Definition ist kein seltenes Ereignis im Leben von Frauen. Ein Drittel der von uns befragten Frauen machte diese Erfahrung. Eine solche Erfahrung bedeutet aber nicht, kein Kind zu bekommen: Lediglich ein Fünftel dieser Frauen blieb bis heute kinderlos.

Bei einem Vergleich dieser Zahlen mit den Ergebnissen internationaler Studien zeigen sich Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit. Bei drei amerikanischen und einer französischen Untersuchung wurden nur derzeit ver-

Abb. 2



heiratete Frauen als Basis gewählt, in skandinavischen und englischen Studien Frauen, die an bestimmten Gesundheitsprogrammen teilnahmen oder – nicht nur wegen Fruchtbarkeitsproblemen – in allgemeinärztlicher Behandlung waren (RANTALA, KOSKIMIES [1986]), PAGE [1989]). Die Formulierung, mit der die Unfruchtbarkeit oder verminderte Fruchtbarkeit erfragt wurde, ist ebenfalls unterschiedlich in den verschiedenen Studien, ebenso wie schlußfolgernd die Definition von Unfruchtbarkeit oder verminderter Fruchtbarkeit. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ergeben dort gefundene Ergebnisse einen ähnlichen Trend wie unsere Studie: 18% der amerikanischen verheirateten Frauen waren von einer sogenannten Infertilität von mehr als 12 Monaten Dauer betroffen (MOSHER [1985]). Dieser Prozentsatz änderte sich nicht zwischen 1965 und 1985, lediglich in bestimmten Altersgruppen zeigte sich ein Anstieg über die Jahre. In Frankreich gaben 18,4% der befragten, ebenfalls verheirateten Frauen an, daß sie „Schwierigkeiten hatten, schwanger zu werden“ (THONNEAU [1990]) In Dänemark „warteten“ 16% der befragten Frauen länger als ein Jahr auf die erste Schwangerschaft, 17% hatten die gleichen Probleme vor der zweiten Schwangerschaft (RACHOOTIN [1982]).

DIE SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNG EINER „WARTEZEIT“ – ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

Die Länge der „Wartezeit“, d.h. die Zeit, „at risk“, schwanger zu werden, ohne daß eine Schwangerschaft eintritt, ist ein wichtiger Indikator für ein objektives medizinisches Problem. Für den Beratungsbedarf ist aber wichtig, ob die betreffende Person das

medizinische Problem – ein Ausbleiben einer Schwangerschaft – als Problem für sich selbst definiert. Einerseits besteht die Möglichkeit, daß der Bedarf an Hilfe überschätzt wird, weil Frauen hier für sich kein Problem sehen. Andererseits kann es sein, daß der Bedarf unterschätzt wird, weil Frauen Probleme sehen, die bislang noch nicht beachtet wurden.

In C3 wurden die Befragten ausdrücklich nach einer Zeit „at risk“ im Nachfrageteil gefragt. Wir verfügen über insgesamt 21 Interviews mit Frauen, die eine Beratung/Untersuchung/Behandlung hatten (13 West, 8 Ost), zusätzlich kamen in 31 Interviews Zeiträume ≥ 6 Monate vor, ohne daß deswegen Hilfe in Anspruch genommen wurde (18 West, 13 Ost).

Die subjektive Wahrnehmung von Fruchtbarkeitsstörungen begann damit, daß Frauen das Ausbleiben einer Schwangerschaft registrierten und begannen, sich Sorgen zu machen. Der Zeitpunkt, wann dies geschah, deckt sich nicht mit der medizinischen Definition, wann das Problem „Unfruchtbarkeit“ beginnt (ab 12 Monate „Wartezeit“). Auf die Wahrnehmung des Ausbleibens einer Schwangerschaft folgte eine Bewertung, von der weitere Schritte, die die betroffenen Frauen, Männer oder Paare einleiteten, abhingen (s.u.).

Aus C3 ergeben sich mehrere Kontexte, aus denen die Differenz zwischen objektiver Problemfeststellung und subjektiver Problemdefinition verständlich wird, und die erklären können, unter welchen Umständen für Frauen, die unter die medizinische Definition der Fruchtbarkeitsstörung fallen, die objektive „Wartezeit“ keine Zeit des subjektiven Wartens ist.

FRAUEN, DIE NICHT WARTETEN

Die Wartezeit wurde nicht als solche wahrgenommen, wenn die Frauen tatsächlich kein Kind möchten. Es gab andere Gründe, eine Schwangerschaft zu riskieren als einen Kinderwunsch.

In den Begriffen von C1 „planten“ diese Frauen kein Kind – immerhin war dies ein Drittel der aktuell länger als 12 Monate Wartenden. Planung und Warten hängen zusammen: Wenn Frauen einen bewußten Entschluß für ein Kind gefaßt oder einen entsprechenden Wunsch formuliert haben, dann erst „warten“ sie auf die Einlösung. Ab welcher Zeitspanne die Wartezeit als Problem definiert wird, hängt dann wiederum von weiteren Faktoren ab. Wir haben bereits die Gründe diskutiert, aus denen Frauen keine Schwangerschaft planen und dennoch nicht verhüten und sich somit in eine Situation „at risk“ begaben (siehe KANDT/HELFFERICH in diesem Band: u.a. fehlender Zugang zu Verhütungsmitteln in der Jugend der älteren Frauen).

Andere Frauen fühlten sich magisch geschützt („Ich war sicher, nicht schwanger zu werden“: S027; „Wenn man nicht schwanger werden will, wird man es nicht“: S007) – sie rechneten fest damit, nicht schwanger zu werden. Wiederum andere hatten de facto wenig Gelegenheiten schwanger zu werden und fühlten sich deshalb geschützt: Seltener Geschlechtsverkehr minimiert subjektiv das wahrgenommene Risiko. Dies war die zweithäufigste Erklärung bei den offenen Antwortmöglichkeiten der Frage nach einer Erklärung einer „Wartezeit“ ≥ 6 Monate in C1 und von besonderer Bedeutung im Osten. Allerdings mußten die Frauen, um überhaupt in die Kategorie „wartend“ zu fallen, ange-

geben haben: „regelmäßig Geschlechtsverkehr, mindestens einmal im Monat“. Die technische Definition von Risiko und die subjektive Einschätzung klaffen hier auseinander.

In die Grauzone des Planungsbegriffs führt uns die Angabe von Frauen, die die Länge der Wartezeit mit dem Fehlen „einer inneren Bereitschaft“ erklärten, oder die selbst „nicht unbedingt“ ein Kind wollten, aber auf Wunsch des Partners oder aus anderen „äußeren Gründen“ sich darauf einließen, eine Schwangerschaft zu riskieren.

Gemeinsam hatten alle diese Frauen, daß sie hofften oder damit rechneten, nicht schwanger zu werden, oder das Ausbleiben der Schwangerschaft ihnen gerade recht war – die Voraussetzungen für ein subjektives Warten waren nicht erfüllt.

FRAUEN, DIE WARTETEN UND NICHT WARTETEN

Das Aufgeben bewußter Planung im Dienste der Bewältigung von Fruchtbarkeitsstörungen

Aus den Interviews wurde ersichtlich, daß das Aufgeben eines Kinderwunsches im Kontext der Bewältigung von Fruchtbarkeitsstörungen stehen kann. Die Bewältigung besteht darin, daß zwar die Wartezeit als solche schmerzlich registriert, aber der Kinderwunsch relativiert und Planung verneint wird. Dahinter steht ein zentrales Dilemma in der kollektiven Deutung von Fruchtbarkeitsstörungen: Wenn man ein Kind plant (i.e. „richtig“ plant), dann bekommt man erst recht keins. „Wenn man das Ganze locker nimmt und entspannt

sieht, das hat einen positiven Einfluß.“ (S150) „Dadurch, daß man sich zu sehr darauf versteift, konnte das überhaupt nichts werden.“ (S208, WZ 4 J auf 1K, dann Adoption) „Je verbissener man das macht, desto weniger wird das was.“ (S211, WZ 2J auf 2K) Die Beispiele ließen sich fortsetzen (immerhin war die häufigste offene Antwortkategorie bei der Frage N25 in C1 nach einer Erklärung, warum die Risikozeit so lang war: zu starker Kinderwunsch, zu sehr fixiert, unbedingter Wunsch oder Druck, schwanger zu werden, Verkrampfung aufgrund von unbedingtem Kinderwunsch etc.). Im Zusammenhang mit langen Wartezeiten kam diese Haltung „wenn es klappt, klappt es, wenn nicht, dann nicht“ in vier Kontexten vor:

- bei Frauen, die aus quasi strategischen Gründen „entspannen“, „das lockerer angehen“, um die Wahrscheinlichkeit, daß ihr Wunsch erfüllt wird, zu erhöhen,
- als tatsächlicher Abschied von dem Kinderwunsch,
- im Fall von Fruchtbarkeitsstörungen beim Mann. Die Relativierung des Kinderwunsches diente dem Trost und der Schonung vor Beschuldigungen und Vorwürfen: Es ist ja nicht so schlimm. „Wir haben gesagt: also, wenn das jetzt nicht klappt, das ist egal, wenn wir keine Kinder kriegen, wir bleiben auf jeden Fall zusammen.“ (L133),
- als Planungshaltung bei einer zweiten Schwangerschaft, wenn die erste lange auf sich warten ließ, um die Erfahrung einer Enttäuschung nicht zu wiederholen (z.B. S140). Eine Befragte mit einer langen ersten Wartezeit ging bewußt entspannt die zweite Schwangerschaft an, indem sie sich suggerierte: „Das klappt bestimmt nicht.“ Sie

gab in C1 an, diese zweite Schwangerschaft nicht geplant zu haben; in C3 sagte sie, sie sei von der dann eingetretenen Schwangerschaft „überrascht“ worden (ROS029).

FRAUEN, DIE WARTETEN UND IHREN KINDERWUNSCH NICHT RELATIVIERTEN

In den Interviews kam deutlich die Bedeutung lebensgeschichtlicher Momente – insbesondere die Qualität der Kindheits-erfahrungen – zum Ausdruck. Sie liegen quer zu den sozialen Momenten, auf die hin die Auswertung angelegt ist. Was diese sozialen Momente angeht, wird hier an die Beschreibungen (vgl. BURKART in diesem Band) der ausbildungsabhängigen und milieuspezifischen Bedeutungen, ein Kind/Kinder oder kein Kind/keine Familie zu haben, angeknüpft:

- Für Frauen aus dem Arbeitermilieu und aus dem ländlichen Raum um Freiburg, für die Kinder bzw. eine Familie, die sich um die Kinder dreht, eine Selbstverständlichkeit war, war Kinderlosigkeit ein Problem der sozialen Verankerung. Ein wichtiges Problem war die Auseinandersetzung mit dem sozialen Druck, Kinder zu haben, unter dem sich die eigene Integrität und die Partnerschaft bewähren muß, sowie die Frage nach einem (anderen) Sinn des Lebens jenseits des traditionellen nachbarschaftlichen und familiären Kodex.
- Für hochqualifizierte Frauen aus dem „Selbstverwirklichungsmilieu“, die „spät“ in ihrer Biographie neben einem für sie wichtigen Beruf ein Kind planten, waren Kinder nicht in demselben Maß selbstver-

ständlicher einziger Anker – aber wenn sie sich einmal dafür entschieden hatten, Kinder zu wollen, bedeutete es eine Kränkung, ein Versagen in einem nach Erfolg bewerteten Leben, keine zu bekommen.

- Für Frauen aus dem Osten der Bundesrepublik galten gesonderte Bedingungen. Der soziale Druck, Kinder zu haben, war zu Zeiten der DDR hoch (Kinderlosigkeit war nicht „normal“, ohne Kinder gehörte man nicht recht dazu), gleichzeitig war der Alltag so angefüllt, daß man von einer Kindzentrierung nicht sprechen kann. Aktuell beschäftigte diese Frauen der Zweifel, ob es überhaupt geht, (weitere) Kinder unter den veränderten Bedingungen zu bekommen („soziale Fruchtbarkeitsstörung“).

DIE VERBREITUNG DER INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER UND ANDERER HILFE BEI FRUCHTBARKEITSTÖRUNGEN – ERGEBNISSE DER STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG

Zeiten von verminderter Fruchtbarkeit sind kein seltenes Phänomen. Einige Paare entschieden sich, medizinische oder andere Hilfe in Anspruch zu nehmen, andere taten dies nicht. Die Auswertung der Daten aus C1 zu der Frage, wie viele Paare Hilfe in Anspruch nehmen und in welchem Kontext diese Entscheidung steht, basiert auf der Gruppe von 1278 Frauen aus der Stichprobe, die zum ersten Mal in ihrem Leben „at risk“

Abb. 3

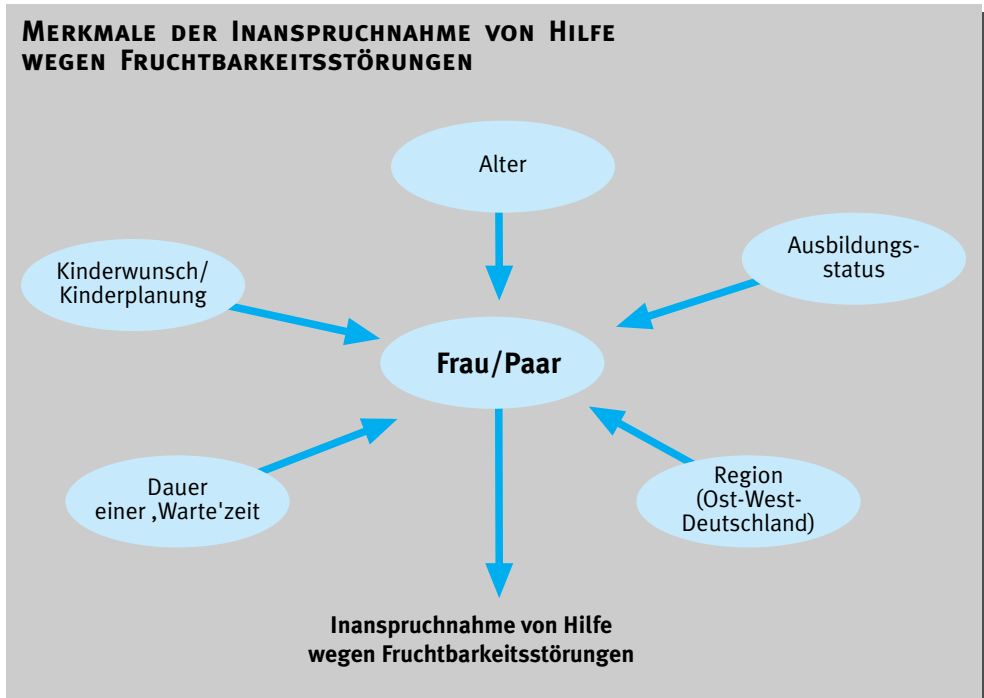
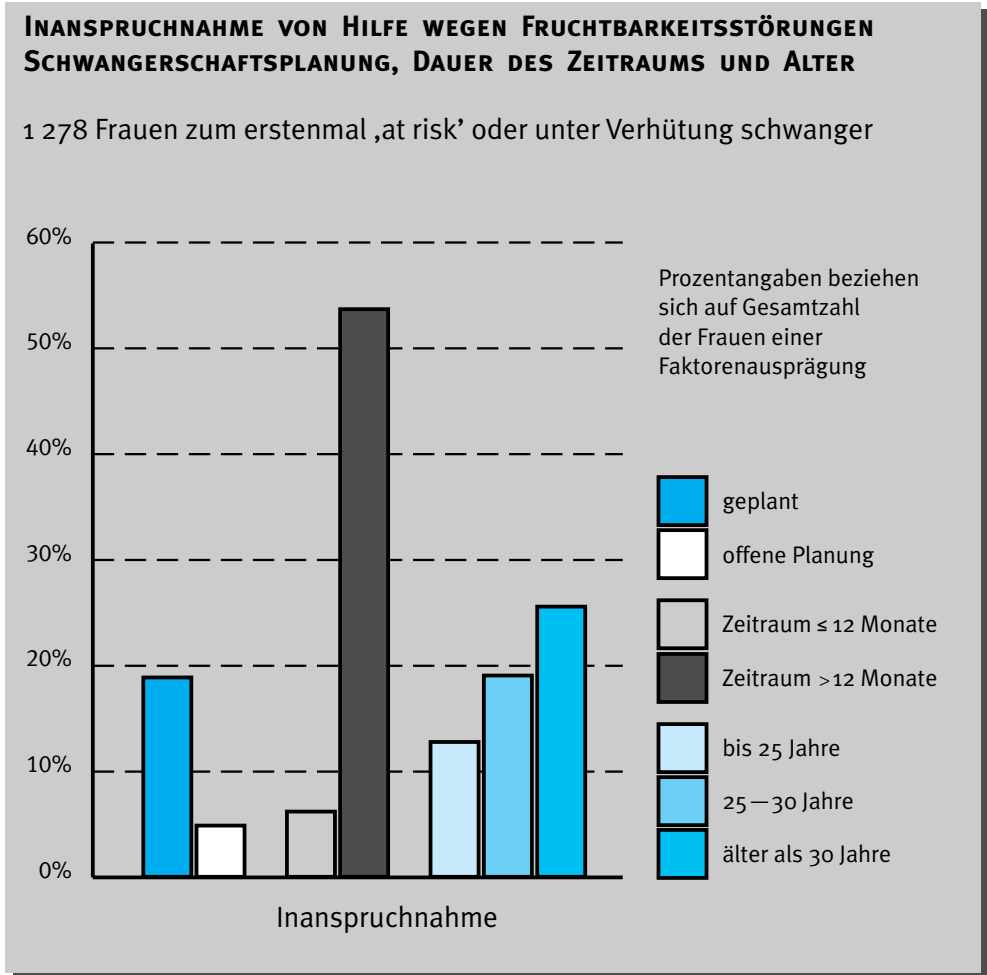


Abb. 4

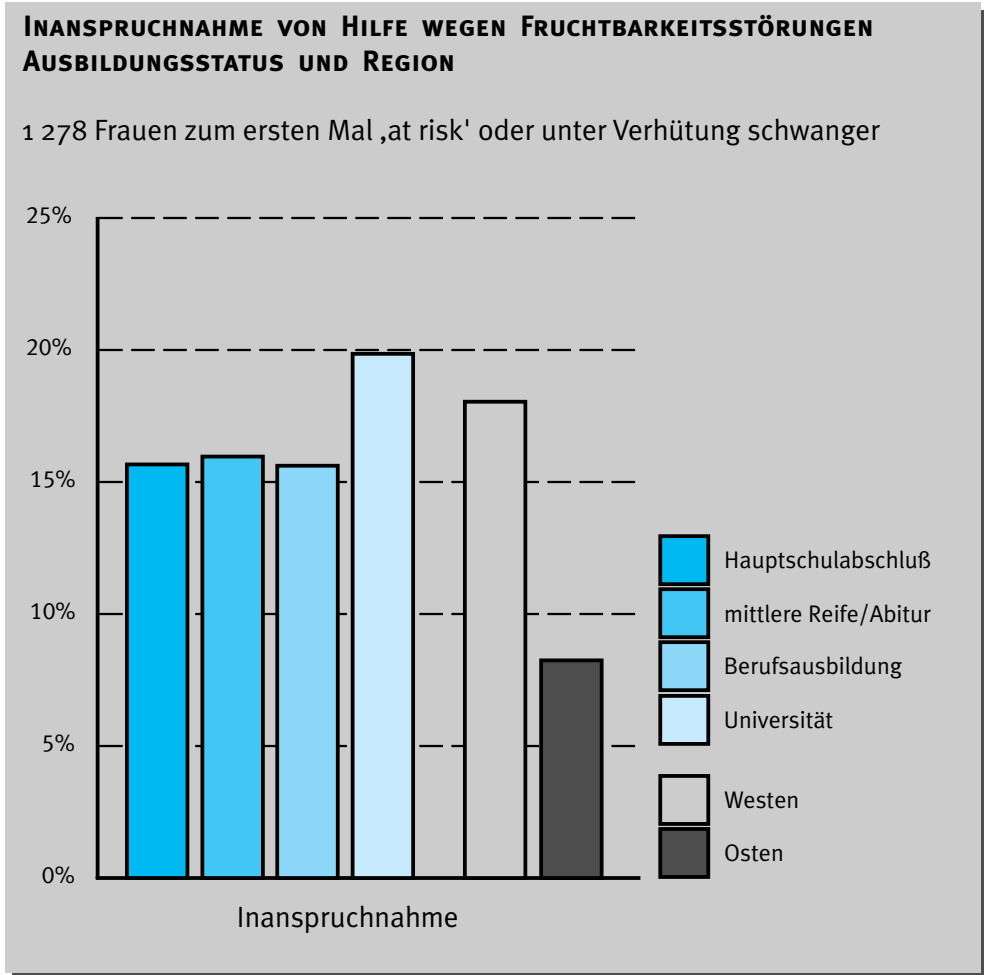


waren oder unter Verhütung schwanger wurden. Es handelt sich also um Frauen, die zum ersten Mal Fruchtbarkeit oder verminderte Fruchtbarkeit erlebt hatten. Ein solcher Zeitraum konnte mit oder ohne Schwangerschaft geendet haben, zum Beispiel auch dadurch, daß eine Frau oder ein Paar wieder Verhütungsmethoden anwendete (nicht berücksichtigt wurden hier erste Schwangerschaftsabbrüche, da für diese keine weiteren Informationen erhoben wurden). Die Frauen wurden gefragt, ob sie während eines sol-

chen Zeitraumes eine Schwangerschaft geplant hatten oder in ihrer Entscheidung für eine Schwangerschaft offen waren. Frauen, die eine Schwangerschaft nicht geplant hatten, wurden zur Inanspruchnahme nicht befragt.

Für diese 1 278 Frauen wurden nach bestimmten Merkmalen, wie Planung einer Schwangerschaft und Dauer der „Wartezeit“, Gruppen gebildet, um Muster des Erlebens und Entscheidens zu identifizieren. Diese

Abb. 5



Gruppen wurden dann auf allgemeine Merkmale hin charakterisiert. Ziel war es somit nicht, von der Gesamtpopulation ausgehend, Charakteristika der Inanspruchnahme zu identifizieren (vgl. Abb. 3).

Insgesamt haben 136 Frauen/Paare Hilfe während des ersten erlebten Zeitraums in Anspruch genommen. Das sind 10,6% der 1278 Frauen/Paare der gebildeten Gruppe.

In bezug auf die Planung einer Schwangerschaft zeigt sich, daß 18,8% der Frauen, die eine Schwangerschaft planten, Hilfe in Anspruch nahmen, gegenüber 6% der Frauen, die angeben, in der Planung offen gewesen zu sein (Abb. 4). Über die Hälfte der Frauen mit einer langen „Wartezeit“ suchte Hilfe, aber auch 6,3% der Frauen, die 12 Monate und kürzer warteten (Abb. 4). Mit steigendem Alter zu Beginn der Wartezeit stieg auch der Prozentsatz der Frauen,

die Hilfe in Anspruch nahmen (Abb. 5). Frauen mit Universitätsabschluß nahmen etwas häufiger Hilfe in Anspruch als die übrigen Frauen, was mit dem Alter zusammenhängen dürfte: Wie schon diskutiert wurde, planten Akademikerinnen – zumindest in Westdeutschland – später Kinder. In Westdeutschland wurde häufiger Hilfe in Anspruch genommen als im ländlichen Bereich Rostocks (18,0% bzw. 8,2%, (Abb. 5)). Die hier untersuchten Merkmale hängen jedoch nicht nur mit der Inanspruchnahme von Hilfe zusammen, sondern sind auch untereinander interdependent, so daß Interpretationen vielschichtig sind und Antworten im Rahmen dieser deskriptiven Auswertung nur zum Teil gegeben werden können.

WELCHE UND WIE VIELE FRAUEN SUCHEN HILFE?

(Abb. 6)

Nach den Merkmalen Dauer des Zeitraums, Planung und Inanspruchnahme wurden acht Gruppen von Frauen gebildet. Einige Gruppen sind besonders interessant:

Gruppe I (39 Frauen)

Diese Frauen nahmen nach/trotz einer kurzen Wartezeit, während der sie eine Schwangerschaft planten, Hilfe in Anspruch (das sind 7,2% der Frauen mit einer kurzen „Wartezeit“, während der sie eine Schwangerschaft planten). In dieser Gruppe fanden sich Frauen, die zu Beginn des Zeitraums im Vergleich älter sind, Akademikerinnen und Frauen aus Westdeutschland waren überrepräsentiert.

Gruppe V (91 Frauen)

Diese Frauen warteten lange, planten und nahmen Hilfe in Anspruch (das sind 60,7%

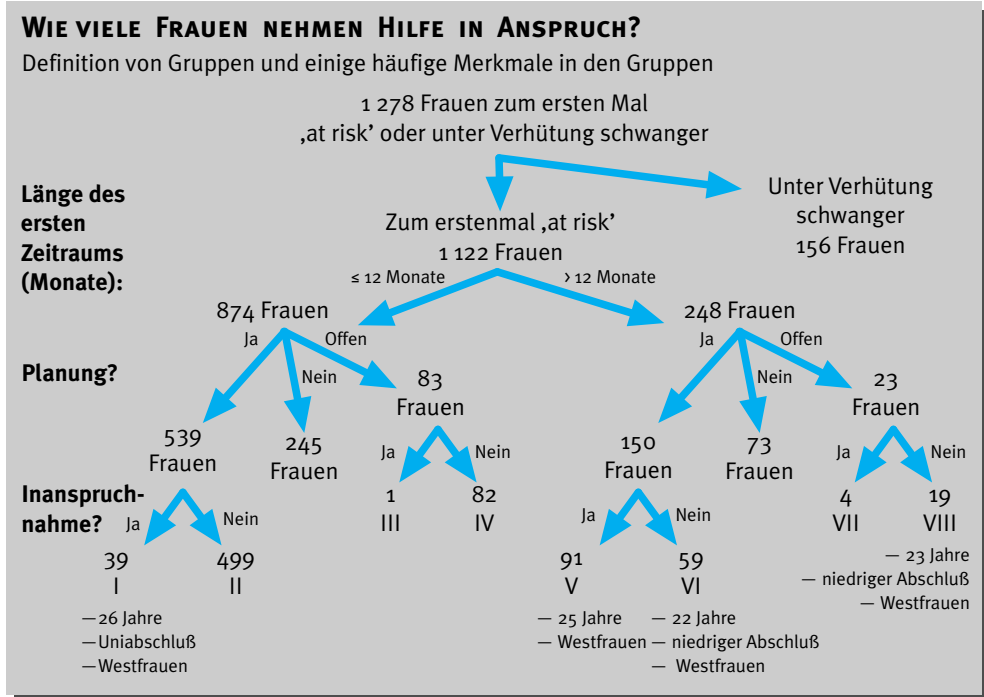
der Frauen mit einer langen „Wartezeit“, die eine Schwangerschaft planten). Diese Gruppe, die der medizinischen Empfehlung, nach einer längeren „Wartezeit“ eine Unfruchtbarkeit abklären zu lassen, am ehesten entspricht, zeichnete sich ebenfalls im Vergleich durch ältere Frauen und durch westdeutsche Frauen aus.

Gruppen VI und VIII (78 Frauen)

Diese Frauen nahmen trotz einer langen „Wartezeit“, während der sie eine Schwangerschaft auch planten (Gruppe VI) oder eine Schwangerschaft offen ließen (Gruppe VIII), keine Hilfe in Anspruch. Zusammengenommen sind das 45% der Frauen mit einer langen „Wartezeit“, die planten oder eine Schwangerschaft offen ließen. In diesen beiden Gruppen finden sich höhere Anteile jüngerer Frauen, westdeutscher Frauen und Frauen mit einem eher niedrigen Ausbildungsabschluß. Diese Gruppe ist besonders interessant, da oft untersucht wurde, was Paare kennzeichnet, die Kinderwunsch-Sprechstunden oder Kliniken aufsuchen, es jedoch bisher fast keine Forschungsergebnisse dazu gibt, was Paare dazu bewegt, diesen Schritt trotz langer „Wartezeiten“ nicht zu tun.

Es nahmen demnach nicht alle Frauen und Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen auch Hilfe in Anspruch. Bei Paaren mit langer „Wartezeit“ ohne Inanspruchnahme von Hilfe waren die Frauen jünger und hatten einen niedrigen Ausbildungsabschluß. Das Alter mag einen Hinweis darauf geben, daß diese Frauen und Paare eher „zuwarteten“ als schnell Hilfe zu suchen und dann spontan schwanger wurden. Umgekehrt sind bei den Paaren, die trotz kurzer „Wartezeit“ zum Arzt/zur Ärztin gingen, die Frauen älter und eher Akademikerinnen, was sich wiederum

Abb. 6



gegenseitig bedingt, da Frauen mit Universitätsabschluß Kinder eher in höherem Alter planen. Diese Frauen und Paare wollten mit der Perspektive von möglicherweise längeren Untersuchungen und Behandlungen keine Zeit verlieren. Es fällt auf, daß Ostfrauen und -paare in den oben genannten Gruppen nicht häufiger vertreten waren; diese Paare fanden sich vor allem in den Gruppen II und IV (lange „Wartezeit“ und keine Inanspruchnahme von Hilfe).

WIE LANGE „WARTEN“ FRAUEN UND PAARE, BIS SIE DIE ENTSCHEIDUNG TREFFEN, HILFE IN ANSPRUCH ZU NEHMEN?
 (Abb. 7)

Von 136 Frauen und Paaren, die Hilfe suchten, begaben sich 41,1% bereits innerhalb eines halben Jahres in Beratung, 24,3% nach 7 bis 12 Monaten, und weitere 29,4% „warteten“ mehr als 12 Monate, bevor sie die Entscheidung fällten, zum Arzt/zur Ärztin zu gehen (neun Frauen machten hierzu keine Angaben). Wiederum untersuchten wir Merkmale der Frauen und Paare, die unterschiedlich lange warteten, bis sie Hilfe suchten. Bei Paaren, die innerhalb des ersten halben Jahres Hilfe suchten,

waren die Frauen im Median 26 Jahre alt, häufiger Akademikerinnen und Frauen aus Westdeutschland. Frauen, die nach 7 bis 12 Monaten ungeschützten Geschlechtsverkehrs Hilfe suchten, waren etwas jünger (25 Jahre), ebenfalls eher Akademikerinnen und Frauen aus Ostdeutschland. Frauen, die über ein Jahr warteten, bis sie Hilfe suchten, waren am jüngsten (24 Jahre), ebenfalls häufiger Frauen aus Ostdeutschland und Frauen mit einem niedrigen Ausbildungsstatus.

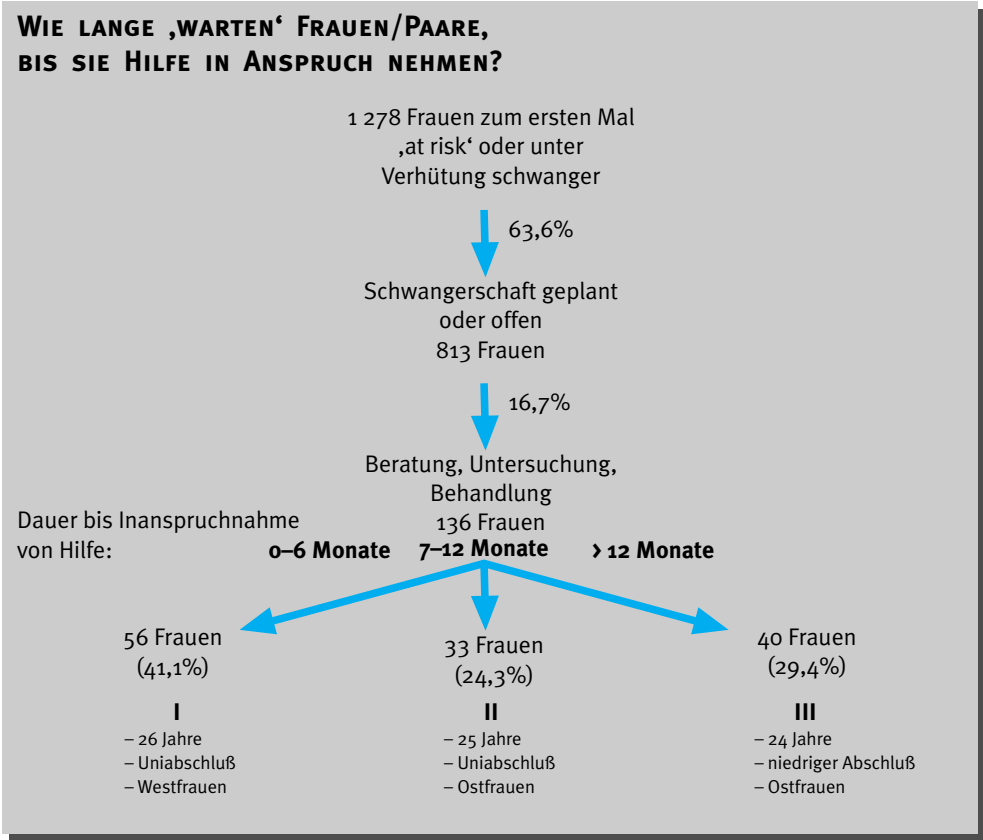
status schneller Hilfe in Anspruch nahmen, was Ausdruck des Planungsverhaltens bei Frauen mit höherer Bildung sein kann.

WEGE ZUR INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER UND ANDERER HILFE BEI FRUCHTBARKEITSTÖRUNGEN AUS SUBJEKTIVER SICHT – ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

Es wird deutlich, daß Frauen mit steigendem Alter und mit steigendem Ausbildungs-

Der entscheidende Schlüssel zum Verständnis des Inanspruchnahmeverhaltens ergab sich

Abb. 7



bei der Interpretation der qualitativen Interviews daraus, daß die Hilfesuche nur einen Ausschnitt aus einem größeren Prozeß darstellt, der mit der Wahrnehmung des Ausbleibens einer Schwangerschaft beginnt. Damit wird ein Stigma wahrgenommen. Der weitere Prozeß von Bewertung, Offenbarung und Hilfesuche ist verschränkt mit einem Prozeß der Verarbeitung eines Stigmas (für die folgende Auswertung des Materials von C3 werden nur Frauen einbezogen, die subjektiv warteten).

WEGE IN DIE BEHANDLUNG: DIE FAKTOREN ZEIT, ALTER UND VERSORGUNGSSTRUKTUR

Die Wege in Beratung bzw. Behandlung sind unterschiedlich. Sie spiegeln einerseits den Prozeß, sich dem Stigma der Infertilität anzunähern, andererseits die ärztliche Versorgungsstruktur.

„Keine Frau rechnet damit, daß sie kein Kind bekommen kann. Das passiert immer nur anderen.“ (S211) Die Beunruhigung über das Ausbleiben einer Schwangerschaft wuchs – abhängig von persönlichen und sozialen Faktoren – mit der Zeit. Zuerst wurde dabei an Ursachen, die bei der Frau liegen, gedacht. Bereits in der Auseinandersetzung mit der Möglichkeit von Unfruchtbarkeit, bei der subjektiven Symptomwahrnehmung und -interpretation, wurden erste Bewältigungsformen entwickelt, z.B. Verdrängung, „Prinzip Hoffnung“ oder Relativierung des Kinderwunsches, längst vor der ersten Hilfesuche, die unter Umständen erst nach ein bis zwei Jahren stattfindet, „(...) weil man ja immer gedacht hat, ja, es wird schon, es wird schon. (...) Und dann hatte ich da mal gesprochen und gefragt, wie das aussieht und so.“ (ROS319)

Ein ähnliches Modell der Hilfesuche ist im Bereich des Krankheitsverhaltens entwickelt worden (zusammenfassende Darstellung bei SIEGRIST [1988], S. 185ff.). Aber es gibt charakteristische Abweichungen der Hilfesuche bei Fruchtbarkeitsproblemen von dem üblichen Modell der Hilfesuche: Hilfesuche im Laienbereich ist selten, da Offenbarungshemmnisse bestehen.

Die Versorgungsstruktur bahnt die Wege in die ärztliche Behandlung. Im Osten spielte die Kinderwunsch-Sprechstunde eine Rolle, im Westen gab es wenig Vergleichbares. Erste Abklärungen boten Ärzte/Ärztinnen, zu denen bereits (regelmäßiger) Kontakt bestand: wie z.B. Hausarzt/Ärztin, Frauenarzt/-ärztin.

„Da wollt ich halt mal wissen, ob irgend was los ist (...), jetzt muß halt doch mal ein Doktor her.“ (L133) Dabei war der Übergang von der regelmäßigen gynäkologischen Betreuung (Pillenverschreibung, Krebsfrüherkennung) zu Beratung wegen Ausbleibens einer Schwangerschaft fließend. Von hier aus erfolgten Überweisungen vor allem an Urologen und die Hautklinik zur Abklärung von Fruchtbarkeitsstörungen beim Mann, sowie an Spezialpraxen und Frauenkliniken zur weiteren Behandlung bei der Frau. Der Standard und das Vorgehen der Ärzte und Ärztinnen waren dabei unterschiedlich und änderten sich im Zeitverlauf, sowohl, was den Einbezug anderer als medizinischer Parameter (z.B. die Lebensführung, andere Belastungen etc.), als auch, was Untersuchung des Partners und Limitierung der Behandlung angeht. Kein einziges Mal wurde eine Kooperation der behandelnden Ärzte/innen mit anderen Berufsgruppen (etwa Sexual-/FamilienberaterInnen oder PsychologInnen) erwähnt.

BERATUNG/UNTERSUCHUNG/ BEHANDLUNG AUS DER SICHT DER FRAUEN

Retrospektiv stellte sich das ärztliche Vorgehen den Befragten als Stufenabfolge dar: „Nach zwei Jahren fing man an, sich Sorgen zu machen (...), so daß ich das erst mal angefangen habe, diese ganzen Vorstufen da durchlaufen zu lassen“ (ROS029), beginnend mit abklärenden und einigen invasiven Maßnahmen wie Temperaturmethode, Feststellen des Eisprungs, eventuell Hormongaben, Geschlechtsverkehr an fruchtbaren Tagen.

Auf den einzelnen Stufen ging es darum, etwas „auszuprobieren“ („rumprobieren“, „wir haben verschiedenes probiert“, „man hätte uns auf andere Möglichkeiten hinweisen sollen“, sind wiederholt vorkommende Wendungen), wobei sich Stufe um Stufe mit Mißerfolgen die Möglichkeiten verengten, bis zum Schluß nur noch „die letzte Möglichkeit“, „das Äußerste“ (L258) blieb: In-vitro-Fertilisation bzw. heterologe Insemination im Ausland. Diagnoseabhängig verengten sich die Möglichkeiten schon auf früheren Stufen, und zwar trat charakteristischerweise eine Verengung nicht nur bei einem negativen Befund ein, sondern auch bei einem positiven: ist z.B. die Hormonuntersuchung ohne Befund, fällt die Möglichkeit einer Hormonbehandlung fort (S114).

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Stufen wurden mehr oder weniger deutlich hervorgehoben. Subjektiv relevante Kriterien waren:

- das Ausmaß an notwendiger Aktivität (und damit: Identifikation): „Wir haben nie überlegt, etwas aktiv dafür zu tun“: (S150),

- das Ausmaß der Invasivität: Ein operativer Eingriff stellt u. U. eine Grenze dar: (S048),
- das Ausmaß an Belastungen zeitlicher und körperlicher Art, die mit einer Intervention verbunden sind.

GRÜNDE, EINE BEHANDLUNG NICHT ZU SUCHEN ODER ABZUBRECHEN: ALTER UND PRINZIP HOFFNUNG

Vor dem Hintergrund dieser Beschreibungen findet das sozialschichtabhängige Muster „zu warten“ oder schneller einen Rat zu suchen, eine Erklärung: Je höher das Alter ist, in dem eine Frau schwanger werden möchte, desto schneller tickt „die biologische Uhr“, d.h., desto weniger Lebenszeit zum Warten steht zur Verfügung und desto größer ist der Handlungsdruck. Auf die Frage, ob die lange Wartezeit sie nicht beunruhigt habe, lachte eine Befragte: „So weit war ich noch nicht. Ich habe gedacht, das wird schon irgendwann einmal.“ (ROS480, WZ-4J 1K, 10M-2K) „Man hat ja immer gedacht: Es wird schon, es wird schon“ (S211). „Wir haben schon immer gedacht (...) wird es dann schon noch mal klappen, früher oder später. Dann haben wir eben so weitergemacht und dann nachher uns nicht weiter drüber unterhalten. Haben uns halt damit abgefunden.“ (ROS266, WZ 2J-1K)

Wie dringend es ist, etwas zu unternehmen, hing von der Zeit ab, von der biographischen Zeit im Sinne des Alters, und von der sozialen Zeit in dem Sinn, daß „drumherum alle Kinder kriegen“, d.h., auch von den Altersnormen des Kinderkriegens in der sozialen Umgebung.

Der zeitliche Prozeß einer Annäherung an das Stigma brauchte unterschiedlich lange. Junge Frauen konnten länger zuwarten. Frauen ab 30 hatten keinen offenen Planungshorizont – sie mußten rascher auf eine Abklärung drängen. Dabei handelte es sich insbesondere um hochqualifizierte Frauen. Sozialschichtabhängig und im Osten und Westen unterschiedlich war auch die Nähe zum medizinischen Versorgungssystem.

GRÜNDE, KEINE UNTERSUCHUNG ODER BEHANDLUNG IN ANSPRUCH ZU NEHMEN: ÜBERZEUGUNGEN VON DER NUTZLOSIGKEIT EINER BEHANDLUNG AUFGRUND RESISTENTER ATTRIBUTIONEN

Der Weg in die Behandlung erscheint durch die Struktur der ärztlichen Versorgung vorgegeben. Aber warum nahmen durchaus viele Frauen, die planten und warteten, keine Beratung, Untersuchung oder Behandlung in Anspruch (s.o.: Gruppen VI und VIII)? Einige Frauen waren aufgrund eines spezifischen Einstellungsmusters von der Nutzlosigkeit einer Untersuchung/Behandlung überzeugt. Vor dem Hintergrund eines anthroposophischen Weltbildes (Kinder suchen sich die Eltern aus: „Und nachdem die Kinder dann entschieden hatten, daß wir die Familie gründen sollten, haben wir das auch wahrgenommen“: S272 WZ 2J10M, 3K) oder einer religiösen Deutung des Kindersegens als „göttlicher Planung“ (L175 WZ 2J4M 1K) oder magischer Erklärungen zum Zustandekommen einer Schwangerschaft („Das Schicksal hat solange gewartet mit dem Kind mit mir“: S218 WZ 9J 1K, 1J 2K; bei 1K: D14 = Nein; „Es war von der Natur nicht gewollt“: S107,

WZ 9M 1K, PUNP 3J) kann eine medizinische Untersuchung oder Behandlung die Ursache nicht beeinflussen – und sollte es auch nicht. Im Osten finden wir eher säkulare Formen dieser Erklärung, im Westen religiöse. Die Aussagen der Befragten zeigen aber auch deutlich, daß die Erklärung, die sich die Befragten selbst für die Länge der Wartezeit geben, also ihre Suche nach einem Sinn dessen, was sie erleben, sich mit der Bewältigung während dieser Wartezeit vermischt: Das „Es sollte nicht sein“ trägt Züge einer mehr oder weniger resignativen oder akzeptierenden Verarbeitung.

Auch andere Gründe für eine Wartezeit sind einer Behandlung nicht zugänglich. Hier zeigt sich in den Interviews eher, daß Frauen, die solche Gründe anführten wie z.B. seltenen Geschlechtsverkehr oder seelische/äußere Belastungen, dennoch medizinischen Rat suchten.

GRUND, EINE BEHANDLUNG NICHT ZU SUCHEN ODER SIE ABZUBRECHEN: ÜBERFLÜSSIGKEIT DER (WEITER-)BEHANDLUNG AUFGRUND EINES ERFOLGES

Die Zeit bis zur Inanspruchnahme und Notwendigkeit derselben hängen zusammen: Je später die Beratung/Untersuchung/Behandlung gesucht wurde, desto länger war auch der Zeitraum, in dem eine Schwangerschaft spontan eintreten konnte. Einige Frauen berichteten in C3, daß sie „eine Adresse schon in der Tasche hatten“, als sie schwanger wurden.

Analog zu der Situation, daß eine eingetretene Schwangerschaft den Gang zum Arzt

überflüssig macht, gilt auch, daß ein Erfolg das Ende der Behandlung ist: Damit war sie wunschgemäß abgeschlossen.

WEITERE GRÜNDE, EINE BEHANDLUNG NICHT IN GANG ZU SETZEN ODER SIE ABZUBRECHEN: SCHONUNG DES PARTNERS, KEIN DRINGLICHER WUNSCH, BEWUSSTE ENTSCHEIDUNG

Es läßt sich eine Reihe weiterer Begründungskontexte herausarbeiten, die nicht nur dazu führten, daß kein ärztlicher Rat gesucht (und keine Behandlungskette in Gang gesetzt) wurde, sondern auch, daß Grenzen in der Stufenfolge von Behandlungen festgesetzt wurden:

• Schonung des subfertilen/infertilen Partners

Wenn die Ursache beim Partner lag bzw. vermutet wurde, gingen Frauen – entsprechend der Art der Partnerbeziehung – sehr unterschiedlich damit um, ihn dazu zu bringen, sich untersuchen oder behandeln zu lassen. Einige übten Druck aus (ROS029), andere schonten ihn und stellten die Gemeinsamkeit in der Partnerschaft über mögliche Belastungen durch das Thema Unfruchtbarkeit und durch Behandlungen für den Partner (L056). Allgemein verbreitet war die Ansicht, das Stigma der Infertilität sei für Männer schwieriger zu bewältigen als für Frauen. Bei Partnern wurde schneller auch ein berufliches Engagement akzeptiert, das eine zeitaufwendige Behandlung unmöglich machte (z.B.: ihre Mitwirkung bei einer Insemination: L003).

• „Doch auch“-Gründe gegen ein (weiteres) Kind, geringe Dringlichkeit oder bewußte Entscheidung gegen (weitere) Beratung/Untersuchung/Behandlung

Eine Reihe von Frauen beschrieb eine subjektive Grenzziehung, in der der Wunsch gegen den Aufwand der Realisierung abgewogen wird. „Der Wunsch war da, aber nicht mit aller Macht“ (L003), „Zwei Kinder wollten wir eigentlich schon, aber wenn das nicht – also auf Teufel komm raus hätte ich das nicht unbedingt ...“ (S211).

Die Dringlichkeit des Wunsches, aber auch seine Widerspruchsfreiheit spielten eine Rolle: Ein Kind zu planen, muß nicht bedeuten, daß keine Gründe „auch“ gegen ein Kind sprechen, sei es, daß das Einkommen schmal ist, daß das erste Kind nun schon größer ist etc. Leichter wurde der Wunsch nach einem Kind relativiert, wenn bereits ein Kind da war.

Frauen wägen die persönliche Wichtigkeit, ein Kind zu haben, gegen den antizipierten Aufwand und die Auswirkungen von Behandlungen ab. Dabei lagen unterschiedliche Gewichte in der Waagschale, je nachdem, ob es sich um eine Beratung, eine diagnostische Abklärung (Temperaturmessen, Eileiter Spiegelung, Spermogramm) im Dienste des „Wissen wollen, warum ich nicht schwanger werde“ geht, um eine nichtinvasive Behandlung wie Hormonbehandlung oder um eine invasive Behandlung. Diese Schritte wurden von Frauen als mit kumulierenden Belastungen verbunden antizipiert. „Wir wollten nie irgendwelchen größeren Aufwand treiben. Weil es mir nicht so wichtig war“ (S150), „Wir haben eigentlich immer gesagt: So ein wahnsinniges Heckmeck mit monatelangem Hin und Her von einem Arzt zum anderen

und künstlicher Befruchtung, das wollten wir eigentlich beide nicht" (L056). Eine Befragte lehnte nach Inseminationen eine IVF ab: „Das war mir die Sache dann einfach nicht wert. Da hab ich gesagt, jetzt ist Schluß.“ (S208)

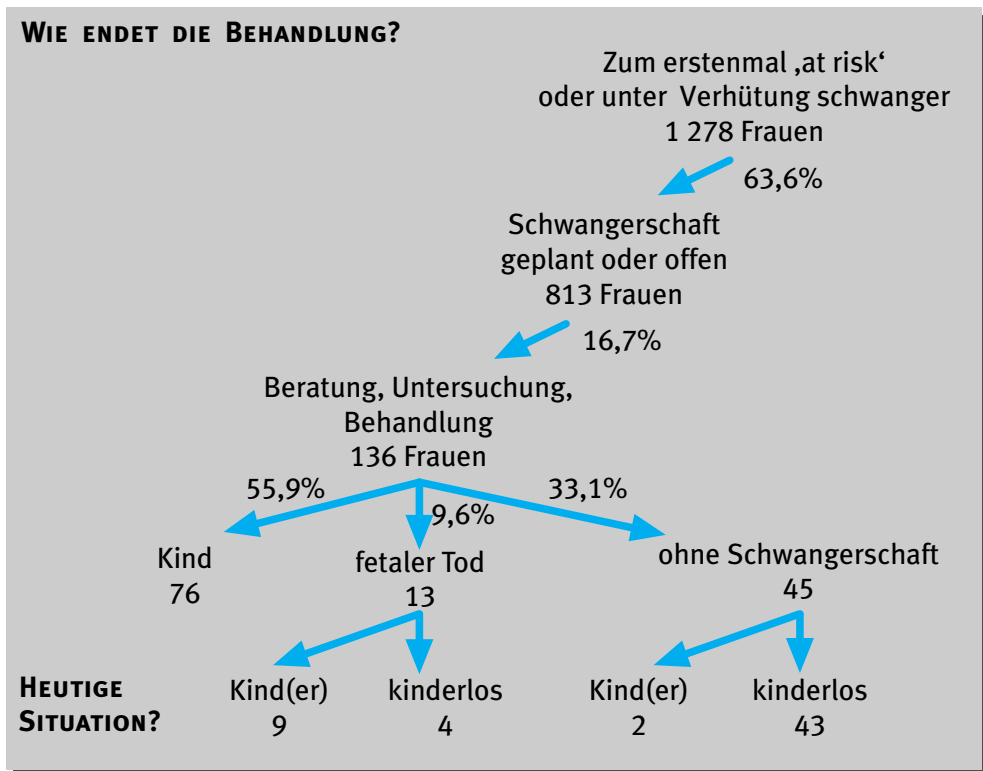
Rasch und fraglos wurde Beratung oder Behandlung gesucht, wenn aus der ersten Schwangerschaft positive Erfahrungen vorlagen: Eine Befragte wurde schwanger, nachdem ihr subfekunder Mann ein Spermiaufbaupräparat genommen hatte. Bei der zweiten Schwangerschaft ist ihr eine Wartezeit von 3 Monaten „schon zu lang“: „Dann habe ich zu meinem Mann gesagt: Du, geh mal zum Hausarzt und laß dir mal die Tabletten verschreiben.“ (L258)

DAS ENDE DER BEHANDLUNG – ERGEBNISSE AUS DER STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG

Als Ende einer Behandlung wünscht sich ein Paar die Geburt eines lebenden Kindes, jedoch kann ein Paar auch damit konfrontiert werden, daß entweder keine Schwangerschaft eintritt oder eine Schwangerschaft in einem sogenannten „negativen Ausgang“, das heißt in einer Fehl- oder Totgeburt endet.

Abb. 8 zeigt, was auf eine Behandlung folgte. Von 136 behandelten Frauen bekamen 55,9% nach der Behandlung ein

Abb. 8



Kind, 9,6% der Frauen hatten eine Fehlgeburt, ein Drittel der behandelten Frauen wurde im Anschluß an die Behandlungen nicht schwanger. Bei 14 Frauen lagen mehr als 6 Monate zwischen Ende der Behandlung und dem Beginn der Schwangerschaft/dem Ende einer PUNP (Zeitraum ohne Eintritt einer Schwangerschaft), was bedeutet, daß die Herstellung einer Kausalität zwischen Behandlung und Ausgang der „Wartezeit“ schwierig ist und es sich möglicherweise um einen Behandlungsabbruch handelt. Betrachtet man die Situation der behandelten Frauen und Paare zum Befragungszeitpunkt, so waren insgesamt über ein Drittel kinderlos geblieben.

DAS ENDE VON BEHANDLUNGEN AUS SUBJEKTIVER SICHT – ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN BEFRAGUNG

DIE LIMITIERUNG VON BEHANDLUNG

Stellt sich kein Erfolg der Behandlung ein, wird sie entweder nicht oder arbiträr aufgrund einer Entscheidung der Frau/des Mannes/des Paares oder des Arztes/der Ärztin beendet. Eine Reihe von Gründen, eine Behandlung zu beenden, wurde bereits entschlüsselt – sie decken sich mit Gründen, eine Behandlung gar nicht erst zu beginnen. Angesichts der geringen Erfolgsquoten sollte aber mit mehr Aufmerksamkeit bedacht werden, wie Frauen überhaupt das Ende einer Behandlung erleben.

Berichte über Limitierungen der Behandlung durch Ärzte/Ärztinnen (Beispiele: Limit bei

drei Versuchen einer damals noch erlaubten heterologen Insemination oder Angabe einer Altersgrenze) wurden durchaus positiv erfahren: „Dann bohrt du dich in etwas rein ... wir reiben uns da auf ... irgendwie ein Limit muß – es ist eine gute Einstellung.“ (S114) „Er ist da schon konsequent auch.“ (L003) Andere Frauen klagten über einen Mangel an Grenzziehung insbesondere auch im Zusammenhang mit geringen Erfolgsaussichten und der Klärung der Frage: „Hat es überhaupt noch Sinn und Zweck?“ Eine Patientin mit In-vitro-Fertilisation wünschte sich retrospektiv eine Begrenzung mit gleichzeitig offenen Optionen: „Ich finde, da müßte man irgendwie von den Ärzten her sagen, jetzt ist Schluß, probieren Sie es lieber auf eine andere Art.“ (L189) Eine Frage, der nachgegangen werden sollte, ist die Dynamik des „Immer-Weitermachens“ in der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Paar/Mann/Frau.

Einige Frauen setzten sich selbst Grenzen, z.B. eine Altersgrenze: Bis der Mann 40 ist, bis die Frau 35 ist (L003), bis der Abstand zwischen den beiden Kindern zu groß wäre: „Man muß sich auch mal eine Grenze setzen, man kann nicht immer nur weitermachen und weitermachen.“ (L113) „Ich hätte eine gewisse Zeit abgewartet, bis ich gesagt hätte: Also, jetzt möchte ich nicht mehr, und dann wäre das o.k. gewesen.“ (S211) „Die Ältere ist jetzt schon acht“. (L056)

Andere Grenzen sind die bereits angesprochenen Grenzziehungen bezogen auf die eigene Belastbarkeit. Die genannten Belastungen der einzelnen Behandlungen decken sich mit den Befunden aus der Literatur:

- Geschlechtsverkehr nach Kalender (wurde von den meisten Frauen, aber auch ihren

Partnern nach relativ kurzer Zeit als sehr destruktiv beschrieben),

- psychische Belastung durch geringe Erfolge,
- Nebenwirkungen,
- zunehmende Vereinnahmung und Verengung der sozialen Möglichkeiten im Zuge langdauernder invasiver Behandlungen (Insemination, IVF).

Die Entscheidungen, in welchem Ausmaß Belastungen tragbar sind, wurde überwiegend in Abstimmung beider Partner – in der spezifischen Gewichtung abhängig von der Paarstruktur – getroffen.

Retrospektiv wurden Grenzziehungen, auch das „einen Schlußstrich ziehen“, positiv bewertet und als produktiv für die Selbstfindung. Die Beschreibung des Immer-Weitermachens bekam – vergleichbar mit einer Suchtkarriere – negative Züge: Die Behandlung ist ab einem gewissen Zeitpunkt „... nicht mehr Lösung des Problems, sondern das Problem wird immer schlimmer.“ (S208) Frauen, die sich gegen ein Weiterführen der bis dato erfolglosen Behandlung entschieden, verwendeten Redewendungen wie „nicht (künstlich) erzwingen“ (S208), „nicht normal Kinderkriegen“ (L133), „nicht auf Biegen und Brechen“ (ROS039), „nicht mit aller Gewalt“ (S208). Sie verwenden damit Metaphern des Zwanges. Auch eine Frau, die bis zum Interviewzeitpunkt in Behandlung war (heterologe Insemination in Frankreich), beschrieb den Behandlungsverlauf als Prozeß der Entfremdung und der Verengung auch der Möglichkeiten im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich. Damit verkehrt sich im Behandlungsverlauf die

Erweiterung der Entscheidungsfreiheit für ein Kind subjektiv ins Gegenteil.

BEWÄLTIGUNG EINER SCHWANGERSCHAFT ALS BEHANDLUNGSERGEBNIS

Frauen, die ein Kind bekommen hatten, unabhängig davon, ob aufgrund einer Behandlung oder nicht, waren glücklich. Die verbreitete Hypothese, eine „kalte“ und „unmenschliche“ Zeugung hinterlasse Spuren in der Eltern-Kind-Beziehung und in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, ließ sich nicht bestätigen. Es verhielt sich vielmehr wie bei einer Befragten, die zweimal in jungen Jahren ungeplant schwanger wurde: „Auch wenn es keine geplanten Kinder waren, ich glaube, die Kinder hat man genauso lieb, die können ja nichts dafür“ (S252): Auch wenn es Kinder waren, die aufgrund einer Behandlung zur Welt kamen – die Frauen hatten sie genauso lieb.

Die vorsichtige Interpretation der Quote „nach“ einer Behandlung eingetretener Schwangerschaft (vgl. S. 120) muß unterstrichen werden: Zwar wurden einige Frauen „nach“ einer Behandlung schwanger, in ihrer Selbstwahrnehmung aber nur im chronologischen (nach = später als) und nicht im kausalen (nach = aufgrund) Sinn. In ihrer Wahrnehmung wurden sie gerade deshalb schwanger, weil sie eine Behandlung abbrachen, in Urlaub fuhren etc. (vgl. die Anmerkung zum Alltagsmythos).

AUSWIRKUNGEN DER BEHANDLUNG AUF DIE PARTNERSCHAFT

In den Interviews fanden wir übereinstimmend, daß die Fruchtbarkeitsstörung als Krise der Partnerschaft erfahren wurde, wobei es einen Unterschied machte, ob die Ursache bei der Frau oder bei dem Mann lag. Eine Krise konnte zweierlei bedeuten: Einmal „schweißte“ die gemeinsame Betroffenheit in Entscheidungen und Behandlungen zusammen, zum anderen konnten die Spannungen unerträglich werden. Für diese Entwicklungen haben lebensgeschichtliche Faktoren und die Partnerdynamik einen großen Stellenwert.

Für das „Zusammenschweißen“ war auffallend, daß Frauen die Bereitschaft ihrer Partner, sich untersuchen zu lassen, wenn bei ihnen selbst kein Befund vorlag, in hohen Tönen lobten. Diese überschwengliche Anerkennung zeigt, daß es keineswegs selbstverständlich erwartet wurde, daß Männer sich mit Fruchtbarkeitsstörungen auseinandersetzen. Der Kinderwunsch wurde bei der Frau als stärker vorausgesetzt als bei dem Mann, die Verletzbarkeit durch eine Fruchtbarkeitsstörung wurde als stärker bei dem Mann verglichen mit der Frau angenommen. Es wurde als Zeichen partnerschaftlicher Solidarität und der Zuneigung gewertet, wenn er ihr oder sie ihm bezogen auf die Aushandlung des Verhältnisses „wie groß ist mein Kinderwunsch – was bin ich bereit dafür zu tun“ entgegenkam. blieb das Thema im Raum stehen, spitzte sich eine bestehende Unzufriedenheit noch zu.

Soziale Randbedingungen stabilisieren Partnerschaften trotz unerfülltem Kinderwunsch. Gerade im ländlichen Bereich im

Westen „bleibt man zusammen“. Wenn sich die Vorstellung von einer richtigen Familie nicht verwirklichen ließ, konnte auf zwei gleich negative Arten dagegen verstoßen werden: verheiratet bleiben und kinderlos, oder geschieden mit der äußerst vagen Aussicht, später Kinder mit einem anderen Mann zu haben. Die Frauen, die spät Kinder planten, hatten einen Partner gefunden, mit dem sie zumindest einen Teil ihrer Lebensorientierungen verwirklichen konnten. Das „Reichte“: hier – biographisch in höherem Alter als bei der erstgenannten Gruppe – wurde die Partnerschaft nicht wegen der Kinderlosigkeit oder der Behandlung aufgegeben.

BEWÄLTIGUNG EINER NICHT ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG

Die Bewältigung des Faktums, kein Kind bekommen zu können, beginnt schon im Vorfeld. Sie läuft parallel zu einer Beratung, Untersuchung und Behandlung. Aufgrund unseres Materials stellen wir folgende Hypothesen zur Bewältigung einer nicht erfolgreichen Behandlung zur Diskussion:

- Bei einer stark lebensgeschichtlichen Problematik der Fruchtbarkeitsstörung (z.B. Wiedergutmachung erlittener Verletzungen) ist es schwieriger, eine erfolglose Behandlung zu beenden, als wenn soziale Faktoren, wie der Druck der Umwelt, wirksam sind. Die Verarbeitung der Lebensgeschichte und die Verarbeitung der Fruchtbarkeitsstörung sind verwoben. Die Behandlung hat einen spezifischen Stellenwert, der aufrechterhalten werden muß.
- Wenn bereits ein Kind da ist, ist es einfacher, auf ein zweites zu verzichten. Sie wissen, sagten einige Frauen, „daß es funk-

tioniert". Sozial bedeutete bereits ein Kind einen Anschluß an die Vorstellung von Familie, auch wenn es dann nicht die „richtige große“ Familie ist. Bewältigungsstrategien wurden z.B. formuliert als: „Besser mit einem glücklich als mit zweien/vielen unglücklich.“ Das führt aber zu dem Paradox, daß das zweite Kind häufiger als das erste geplant wird, daß aber die Realisierung des Wunsches weniger dringlich ist.

- Bewältigung bedeutet, daß andere Bereiche im Leben höher gewichtet werden und der Kinderwunsch relativiert wird. In den Interviews im Westen tauchten drei Aspekte auf: der Beruf, die Partnerschaft und ein freizügiger, mobiler Lebensstil (v.a. Reisen). Für Beruf und den Lebensstil gilt, daß diese Werte als relativ unvereinbar mit einem Kind angenommen werden.
- In den Interviews im Osten wurde häufiger als im Westen eine Haltung des „Dann haben wir uns damit abgefunden“ erwähnt. Dies sollte aber nicht so interpretiert werden, wie es bei einer Frau aus dem Westen interpretiert werden würde: als resignative, fatalistische Anpassung. Berücksichtigt werden muß, daß prinzipiell im Osten die Vereinbarkeit von Beruf und Familie galt und daß Frauen bei allen Kinderwünschen – die sogar stärker normativ verankert waren als im Westen – immer auch berufsorientiert waren (vgl. ALLENSBACH [1993]). Insofern ähnelten die Frauen aus Rostock den Frauen im Westen, die sich mit ihrem Beruf identifizierten und viel arbeiteten. Eine von ihnen war im Beruf „100% gefordert“, so daß sie keine Ausfallzeiten und Freizeiten hatte und auch „nicht so zum Nachdenken kommt (...) wie's wär, wenn man jetzt Kinder hätte“ (ROS319).

So ergaben sich jenseits lebensgeschichtlicher Motivationen soziale Aspekte, die für eine Weiterführung des Kinderwunsches oder für eine Verarbeitung der Kinderlosigkeit wirkten. In der Bewältigung wird nicht das abstrakte Faktum, sondern das bewertete Faktum bearbeitet, keine Kinder zu haben/bekommen zu können. Entsprechend mußten sich z.B. Frauen im ländlichen Bereich im Westen mit dem sozialen Stigma und den Folgen für ihre soziale Verankerung auseinandersetzen und ihre Sonderrolle als kinderloses Paar durchsetzen. Hochqualifizierte Frauen, die spät und beruflich „gesetzt“ Kinder haben wollten, mußten sich mit dem Versagen auseinandersetzen. Die Berufsorientierung bedeutete aber, daß sie auch noch „etwas anderes“ hatten. Immer aber gilt: Die Bewältigung geht weit über die Behandlung hinaus. Unter Umständen fängt – provokativ – die Bewältigung erst dort an, wo die Behandlung endet.

DER ALLTAGSMYTHOS, DAS FAZIT UND DIE FOLGERUNGEN FÜR DIE BERATUNG

Das Dilemma der Bewältigung liegt in einem Schwanken zwischen einem „Loslassen des Kinderwunsches“ und einem Beibehalten des Wunsches. Eigentlich wirksam müßte nach dem Alltagsmythos „Wenn man sich ein Kind zu stark wünscht, bekommt man erst recht keins“ nur die Haltung sein, sich gleichzeitig ein Kind zu wünschen und den Wunsch loslassen zu können. Frauen versuchen, in dem Prozeß der Verarbeitung eine solche Haltung zu entwickeln.

Der Alltagsmythos muß ernst genommen werden. Er wurde in einer Reihe von Interviews spontan geäußert, bei denen die Befragten keinerlei Fruchtbarkeitsstörungen hatten. Viele Beobachtungen bei Bekannten, Freunden oder die eigene Selbstwahrnehmung werden als Belege zitiert (wie die Geschichte der „Spinne in der Yucca-Palme“: BREDNICH[1990]). Die Vermittlung von „Loslassen des Wunsches“ einerseits und „Es klappt“ andererseits ist dabei vage und eher von einem tieferen Sinnbezug gefüllt. Eine Befragte löste sich von ihrem Kinderwunsch, traf längst fällige berufliche Entscheidungen, fuhr in Urlaub und beendete eine lange Inseminationsbehandlung. Sie schilderte dies als befreienden Neuanfang und setzte in logischen Bezug dazu, daß es „dann klappte“. Allerdings wurde sie nicht schwanger, sondern konnte ein Kind adoptieren.

Der Alltagsmythos läßt sich interpretieren als Widerstand gegen eine Rationalisierung, Beherrschbarkeit und Berechenbarkeit des Kinderkriegens. Er baut auf einem kulturellen Gegensatz zwischen „warmer Liebe“ und „kalter Technik“ auf, derzufolge Gefühle geschenkt, aber nicht produziert werden können. Er knüpft damit an gesellschaftliche Widersprüche an. Medizinische Behandlungsmethoden von Fruchtbarkeitsstörungen lösen diesen Widerspruch nicht, sie fügen nur ein neues Aktionsfeld zu den alten Feldern dazu.

FAZIT

Der Verarbeitungsprozeß von Fruchtbarkeitsstörungen beginnt mit der ersten Sorge über das Ausbleiben der erwarteten Schwanger-

schaft. Beratung und Behandlung sind nicht eine Lösung, sondern sie sind in diesen Verarbeitungsprozeß eingebunden. Da Behandlungen den medizinischen Erfolg vor Augen haben, bleibt das Feld, der nichtmedizinischen Faktoren des Verarbeitungsprozesses nicht bearbeitet. Auch wenn die Erfolgsquoten von Behandlungen höher wären, ist diese Vernachlässigung nicht zu rechtfertigen. Die fehlende Reflexion des Stellenwertes medizinischer Behandlung im Rahmen eines zeitlich und von den wesentlichen Dimensionen her größer gespannten Verarbeitungsprozesses führt mitunter dazu, daß Frauen die Behandlung für die psychische Verarbeitung als negativ einschätzen und erst wieder „zu sich kommen“, d.h. Handlungsautonomie gewinnen, wenn sie eine Behandlung abbrechen. Hier liegt ein Mißverhältnis vor, das nicht gegen medizinische Behandlungen per se spricht, sondern gegen die Blindheit der Behandelnden für die realen Lebensumstände der betroffenen Frauen, Männer und Paare.

Über die Notwendigkeit weiterer Forschung hinaus – die qualitativen Ergebnisse verlangen ihrerseits eine neue Quantifizierung – ergeben sich Folgerungen für die psychosoziale Beratungspraxis: Es ist ein Konzept zu entwickeln, das übergreifend ist, d.h. den gesamten Verarbeitungsprozeß umfaßt und zugleich die unterschiedlichen Dimensionen des Körperlichen, des Psychischen und des Sozialen einbezieht. Dabei ist das Augenmerk stärker auch auf nichtmedizinische „erfolgreiche“ Lösungen der Fruchtbarkeitsstörung zu richten. Anzumerken bleibt, daß nichtmedizinische Hilfen auch für jene Frauen wichtig sein können, die an einer „sozialen Fruchtbarkeitsstörung“ leiden. Sie hätten gern ein Kind, sind biologisch dazu vermutlich auch in der Lage, scheitern aber an

sozialen Konstellationen (z.B. falscher Partner, Angst vor Sexualität, keine Möglichkeit, einen Kinderwunsch zu realisieren). Auch diese Frauen müssen damit umgehen, daß sie gern Kinder hätten, aber nicht haben (können).

LITERATUR

Institut für Demoskopie ALLENSBACH (1993): Frauen in Deutschland. Die Schering-Frauenstudie 1993. Lebensverhältnisse, Lebensstile und Zukunftserwartungen, Köln, Bund

BAIRD, DD., WILCOX, AJ., WEINBERG CA. (1986): Use of time to pregnancy to study environmental exposures, in: *Am J Epidemiol* 124, S. 470-480

BREDNICH, R.W. (1990): Die Spinne in der Yucca-Palme, München, Beck

MARCHBANKS, PA., PETERSON, HB., RUBIN GL., WINGO PA. (1989): Research on infertility: definition makes a difference. The Cancer and Steroid Hormone Study Group, in: *Am J Epidemiol* 130, S. 259-267

MOSHER, WD. (1985): Reproductive Impairments in the United States, 1965-1982, in: *Demography* 1985, Vol 22, No 3, S. 415-430

PAGE, H. (1989): Estimation of the prevalence and incidence of infertility in a population: a pilot study, in: *Fertil Steril* 1989, 51, S. 571-577

RACHOOTIN, P., OLSEN J. (1982): Prevalence and Socioeconomic Correlates of Subfecundity and Spontaneous Abortion in Denmark, in: *International Journal of Epidemiology* 1982, 11, S. 245-249

RANTALA, M.L., KOSKIMIES, A.I. (1986): Infertility in women participating in a screening program for cervical cancer in Helsinki, in: *Acta Obstet Gynecol Scand* 65, S. 823-825

SANDELOWSKI, M. (1986): Sophie's Choice: a Metaphor for Infertility, in: *Health Care Women Int* 1986, 7, S. 439-453

SIEGRIST, J. (1988): Medizinische Soziologie, München, Urban & Schwarzenberg

THONNEAU, P., SPIRA, A. (1990): Prevalence of infertility: international data and problems of measurement, in: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 38, S. 4 3-52

SELBSTHILFE UNGEWOLLT KINDERLOSER, DÜSSELDORF

ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

1990 wurde ich durch gynäkologische Störungen bei mir mit der Frage konfrontiert, ob und wann ich Kinder haben möchte. Nachdem ich meine Lebenssituation überdacht hatte, war ich zu dem Schluß gekommen, daß nun die richtige Zeit, eine Familie zu gründen, gekommen war. Die vorliegende gynäkologische Störung machte eine Sterilitätsbehandlung notwendig.

Die Informationen, die ich im Vorgespräch beim Arzt erhielt, ließen mich glauben, daß ich in einigen Monaten schwanger sein würde, wenn ich mich nur an die Verordnungen hielt. Schon bald mußte ich erfahren, was eine Kinderwunschbehandlung an zusätzlichen Belastungen und Problemen mit sich bringt. Dies war in dem Vorgespräch für mich nicht deutlich genug herausgestellt worden. Neben den zeitlichen Problemen, dem Sexualleben nach Vorschrift, den ständigen Wechselbädern zwischen Hoffnung und Enttäuschung, litt ich besonders darunter, daß niemand im Ärzteteam bereit war, die emotionalen Belastungen mit mir zu besprechen und meine Vorschläge zur Streßreduktion für uns Patienten und Patientinnen zu überdenken. Die nur unvollständigen Informationen über die Behandlung führten zudem dazu, daß ich mir kein eigenes Bild über die Behandlung machen konnte und so

häufig in der Angst lebte, Behandlungsfehler zu machen, die den gewünschten Erfolg der Behandlung – ein Baby – gefährden würden.

Nach ca. einem Jahr Behandlung war ich mit meiner Kraft am Ende und bat den mich behandelnden Arzt nach Möglichkeiten der psycho-sozialen Betreuung. Dieser war darüber entsetzt und hielt das bei meinem Krankheitsbild für völlig überflüssig. Er hatte nicht im geringsten gemerkt, daß ich am Ende meiner Kraft angelangt war. Die Erfahrung mit der einseitig somatisch orientierten Sterilitätsbehandlung und die Auseinandersetzung mit der kritischen Literatur zur Reproduktionsmedizin führten schließlich dazu, daß ich meine „Karriere als Patientin“ beendete und mich darauf konzentrierte, eine Gesprächsgruppe für ungewollt kinderlose Frauen, Männer und Paare einzurichten. Ich wollte durch die Gruppenarbeit von meinem Kinderwunsch Abschied nehmen, mir andere Bereiche erschließen, in denen ich „fruchtbar“ sein konnte und wollte für eine bessere psycho-soziale Betreuung ungewollt Kinderloser eintreten.

Fast gleichzeitig mit der Beendigung meiner Sterilitätsbehandlung gab ich meinen Beruf als Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege auf und begann mit dem Studium der Sozialarbeit. Hier nutzte ich meine Erfahrungen aus der Arbeit mit

Betroffenen für meine Diplomarbeit und belegte, daß das Problem des unerfüllten Kinderwunsches nicht nur ein persönliches oder medizinisches Problem ist, sondern vor allem ein gesellschaftliches Problem.¹

Mit Hilfe der Selbsthilfekontaktstelle schrieb ich 130 Gynäkologen und Gynäkologinnen in Düsseldorf an und bat sie, einen von mir verfaßten offenen Brief an betroffene Frauen weiterzugeben bzw. in ihren Praxisräumen auszuhängen. Diese Aktion brachte nicht den gewünschten Erfolg. Lediglich eine reproduktionsmedizinische Praxis war bereit, mein Anliegen zu unterstützen. In den anschließend geführten Gesprächen brüsteten sich die übrigen Ärzte damit, wie erfolgreich sie im Vergleich zu ihren Kollegen sind, oder wie sie sich für das Wohl ihrer Patienten und Patientinnen einsetzten, als die Sterilitätsbehandlung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen wurde. Vereinzelt mußte ich mir aber auch anhören, daß Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch hysterisch und neurotisch seien.

In einem zweiten Anlauf über die örtliche Zeitung erhielt ich Kontakt zu sechs betroffenen Frauen. Somit konnte ein Jahr nach Beginn meiner Aktivitäten am 24.4.91 das erste Gruppentreffen durchgeführt werden.

DIE GRUPPE

Während zu Beginn überwiegend Frauen die Gruppe besuchten, kommen in letzter Zeit vermehrt Paare zu den Gruppenveranstaltungen. Häufig handelt es sich dabei um Paare, bei denen die Kinderlosigkeit durch den Mann verursacht ist.

¹ RADERMACHER, U. (1994): Ungewollte Kinderlosigkeit – ein soziales Problem wird geboren, Diplomarbeit, FH Düsseldorf

Die Teilnehmer/-innen der Gruppe sind in der Regel 30–45 Jahre alt; die Paare gehören zu 100% der Mittelschicht an. Während die meisten Frauen einen höheren Bildungsabschluß haben, findet sich bei den männlichen Teilnehmern eine breite Streuung vom Arbeiter bis zum Akademiker. Auffallend häufig besuchen Frauen mit einem sozialen Beruf (Krankenschwestern, Erzieherinnen, Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen, Heilpädagoginnen) die Gesprächsgruppe.

BAUSTEINE DER GRUPPENARBEIT

1. OFFENE ANGELEITETE GESPRÄCHSGRUPPE

Die Gesprächsgruppe trifft sich regelmäßig alle 14 Tage für ca. 2–3 Stunden zu einer Gesprächsrunde. Es handelt sich dabei um eine offene Gruppe, d.h. zu jeder Zeit können neue Interessenten in die Runde aufgenommen werden. In der Regel verläuft die Sitzung nach folgender Struktur:

- Vorstellungsrunde für neu hinzugekommene Teilnehmer/-innen. Neben dem Namen werden hier auch kurze Angaben über den bisherigen Leidensweg gegeben.
- Information von der Leiterin für die Betroffenen
- Blitzlicht
Jede/r Teilnehmer/-in berichtet von den Erlebnissen seit dem letzten Treffen, von der aktuellen Befindlichkeit, oder was in nächster Zeit zur Klärung ansteht. Hier werden auch Fragen und Themen für die Gruppensitzung angekündigt.

- Themenbesprechung

Nach Abschluß des Blitzlichts werden in der verbleibenden Zeit die Fragen und Probleme der Gruppenteilnehmer/-innen diskutiert. Ziel der Diskussion ist, möglichst viele Aspekte eines Themas zu behandeln und damit die Betroffenen (entgegen der einseitigen Ausrichtung der Medizin) zu einer möglichst umfassenden Meinungsbildung anzuregen. Neben den medizinischen Fakten sollen auch psychische, ethische, juristische, pädagogische, politische und gesellschaftliche Aspekte der Problematik diskutiert und bei der Meinungsbildung berücksichtigt werden. Nur die ganzheitliche Bearbeitung kann Betroffenen neue Wege erschließen und sie zu einer verantwortungsvollen eigenverantwortlichen Entscheidung führen.

Die offene Struktur der Gruppe verhindert die klare Erfassung der Gruppenstärke. So kommen zu einigen Treffen nur sechs bis acht Betroffene, zu anderen wiederum bis zu 28 Personen, was neben dem Raumproblem auch zu gruppendynamischen Problemen führt.

Da es sich bei der Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit um ein temporäres Geschehen handelt, verlassen viele Betroffene nach unterschiedlicher Verweildauer die Gruppe wieder. Dies geschieht zumeist bei eingetretener Schwangerschaft, erfolgreicher Adoption, Übernahme eines Pflegekindes oder nach erfolgter Umorientierung des Lebens ohne Kind. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei ca. einem Jahr. Häufig bleiben Betroffene während den Behandlungszyklen der Gruppe fern und kommen nach erfolgloser Behandlung in die Gruppe zurück. Außer mir gibt es nur noch eine Teilnehmerin, die seit der Gruppengründung vor fünf Jahren noch an den Gruppen-

treffen teilnimmt. Während sie zu Beginn ihrer Teilnahme die Durchführung einer IVF-Behandlung für sich ablehnte, hat sie inzwischen zwei erfolglose Behandlungen abgeschlossen.

Andere Betroffene kommen von vornherein nur für zwei bis drei Sitzungen, um sich die notwendigen Adressen und Informationen zu besorgen. Dies stört den kontinuierlichen Gruppenprozeß und könnte durch ein zusätzliches Angebot einer Beratung beseitigt werden, wenn hierzu der Gruppe entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt würden.

Bei den telefonischen Erstkontakten höre ich immer wieder folgende Aussage: „Ich trage Ihr Falblatt schon lange bei mir, aber ich habe geglaubt, das ist ein Problem, mit dem ich alleine fertig werden muß, aber inzwischen geht es mir so schlecht, daß ich gerne erfahren möchte, ob nur ich so unter der Behandlung und dem unerfüllten Kinderwunsch leide, oder ob es den anderen Frauen genauso geht.“ In der Regel haben diese Frauen und Paare bereits eine lange Strecke der Sterilitätsbehandlung erfolglos hinter sich gebracht. Neben dem dadurch entstehenden Leidensdruck und der berechtigten Befürchtung, die Behandlung erfolglos abschließen zu müssen, läßt die Zusammensetzung der Düsseldorfer Gruppe vermuten, daß dem behandelnden Arzt eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung zu einer Teilnahme an einer Gruppe zukommt. Die in der Gründungsphase genannte reproduktionsmedizinische Praxis informiert bereits an ihrer Rezeption durch unser Falblatt über die Arbeit der Düsseldorfer Gesprächsgruppe. Dabei läßt sie erkennen, daß sie die Initiative unterstützt und die Teilnahme als wünschenswert betrachtet. Folglich setzt sich

die Gruppe überwiegend aus Patienten und Patientinnen dieser Spezialpraxis zusammen. Auch den übrigen reproduktionsmedizinisch arbeitenden Praxen der Region ist unsere Gruppe bekannt. Von hier kommen aber zumeist nur sporadisch interessierte Männer und Frauen in die Gruppe, die dann aber über andere Medien und durch Mundpropaganda ebenfalls Betroffener informiert wurden.

Da das Netz der Gesprächsgruppen und Selbsthilfegruppen in der BRD noch sehr große Löcher enthält, entstehen für Interessierte lange Anfahrtswege. So reicht das Einzugsgebiet der Gruppe in Düsseldorf von Hagen bis Aachen und von Krefeld, Mönchengladbach bis nach Frechen/Euskirchen.

2. EXPERTENGESPRÄCHE

Neben den regelmäßigen Gesprächsrunden ist ein weiterer wichtiger Baustein der Selbsthilfe ungewollt Kinderloser Düsseldorf der Kontakt zu Fachleuten aus kinderwunschrelevanten Fachgebieten. Zeigt sich bei den Gruppentreffen ein Informationsbedarf zu einem bestimmten Themenkreis, werden entsprechende Experten/Expertinnen zu einem Informationsgespräch in die Gruppe eingeladen. Dazu gehörten bisher u.a. Adoptionsvermittler städtischer und kirchlicher Vermittlungsstellen, Vermittler/-innen ausländischer Adoptivkinder, Fachleute aus Psychotherapie, Reproduktionsmedizin, Andrologie, Politik auf Landes- und Bundesebene, anthroposophisch orientierte Gynäkologen/-ginnen, Heilpraktiker/-innen, Akupunkteure, Journalist/-innen und Umweltexperten/-tinnen. Ziel dieser Gespräche ist es, neben der Wissensvermittlung die Sichtweise zu erweitern und durch neue Impulse neue Bewältigungsstrategien entstehen zu lassen.

3. FREIZEITAKTIVITÄTEN

Mit dem Problem der ungewollten Kinderlosigkeit geht der Verlust an Kontakten zu Gleichaltrigen und Freunden einher. Befreundete gleichaltrige Paare oder Geschwister z.B. bekommen häufig gleichzeitig ihre Kinder. In vielen Fällen ziehen sich dann Paare, besonders Frauen, von ihrer Familie und ihren Freunden zurück, da der Kontakt mit Schwangeren zu Gefühlen wie Neid, Wut und Kränkung führt. Während die beste Freundin nur noch über das freudige Ereignis berichtet oder von der guten Entwicklung des Spröbblings erzählt, wartet das ungewollt kinderlose Paar vergebens auf Nachwuchs. Zur Vermeidung weiterer schmerzlicher Gefühle wird der Kontakt zum Freundeskreis abgebrochen. Die selbst gewählte Isolation bewirkt eine weitere Einengung auf den unerfüllten Kinderwunsch.

Die gemeinsamen Freizeitaktivitäten unter Betroffenen schaffen so neue soziale Kontakte und zusätzliche Unterstützung in schwierigen Phasen des Bewältigungsprozesses. Während einer gemeinsamen Fahrradtour erleben Betroffene neue Lebensfreude, entdecken neue Stärken und Interessengebiete und können ganz nebenbei über ihre Ängste und Enttäuschungen sprechen, ohne dabei Gefahr zu laufen, als verrückt und hysterisch bezeichnet zu werden. Neben der schon genannten Fahrradtour können auch Grillfeste, gemeinsame Kochabende, Restaurantbesuche, Kegelabende oder Theaterbesuche den belasteten Alltag entspannen.

4. VEREINSARBEIT

Anfang 1995 gründeten 12 Betroffene den Verein Selbsthilfe ungewollt Kinderloser. Hiermit wurde eine Institution geschaffen,

die die Organisation und Finanzierung der Gruppenarbeit übernimmt und Betroffene auf der örtlichen Ebene nach außen hin vertritt.

Der Verein ist Ansprechpartner für professionelle Helfer/-innen, Reproduktionsmediziner/-innen, Krankenkassen, Medien, Verbände und Politik. Der Verein übernimmt die Öffentlichkeitsarbeit und ist erster Ansprechpartner für Betroffene. Darüber hinaus organisiert und plant er die Projekte.

Die Übernahme der Vereinsarbeit bewirkt eine Stabilisierung des durch die ungewollte Kinderlosigkeit gestörten Selbstwertgefühls und kann eine Alternative zum eigenen Kind werden.

5. PROJEKTARBEIT

Durch den Erfahrungsaustausch in der offenen Gruppe entstand der Wunsch, einige bisher nur oberflächlich bearbeitete Themen intensiver anzugehen. Daher entschloß sich die Gruppe dazu, ein Wochenende mit einer Psychotherapeutin zu arbeiten. Das Wochenende sollte dazu genutzt werden, einen neuen Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit zu erlernen und so der Entstehung von Depressionen durch die unverarbeitete Kinderlosigkeit vorzubeugen. Mit Hilfe der psychotherapeutischen Methode des Psychodramas wurde durch intensive Selbsterfahrung und den in dieser Methode enthaltenen Möglichkeiten des sozialen Lernens die unbewußten Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit bearbeitet.

An dem Projekt beteiligten sich insgesamt zehn Personen: drei Paare und vier Frauen. Für das Projekt wurde von mir ein Konzept erarbeitet, das die Teilnehmer/-innen zu-

sammen mit einer Teilnahmebescheinigung ihrer Krankenkasse einreichen. Während zunächst nur einige wenige Kassen bereit waren, die Kursgebühren zu erstatten, gelang es uns in weiteren Verhandlungen, daß zukünftig mindestens 50% der Kursgebühren übernommen werden.

Weitere Projekte befinden sich in Planung und werden sich auf körperorientierte Verfahren konzentrieren. Vorstellbar sind Projekte wie Luna-Yoga und Bauchtanz zur intensiven Körpererfahrung für Frauen.

Kontaktadresse:

Selbsthilfe ungewollt Kinderloser
c/o U. Radermacher
Maikammer 3
40589 Düsseldorf
Tel. 02 11/75 48 00
Fax 02 11/75 22 25
seit 1. Juli 1996 neuer Name:
KIWI – Kinderwunsch Initiative

KONTRAZEPTION UND KONZEPTION ALS KONFLIKTLÖSUNG

Ungewollte Schwangerschaften werden als Zeichen von mangelnder Vernunft und Planungsfähigkeit sowie unvollständig ausgeprägtem Bewußtsein angesehen. Dabei wird vielleicht außer acht gelassen, daß die Menschen die Fähigkeit zu planen, nach Vernunftgesichtspunkten zu handeln, erst vor ungefähr 12 000 Jahren entwickelten, sie aber seit zwei bis vier Millionen Jahren existieren. Bis dahin bestimmte die direkte Umsetzung von Trieben/Instinkten das menschliche Verhalten. Um 10 000 v. Chr. begannen die Menschen ihre Toten zu begraben und die Gräber mit Gaben zu versehen. Diese Handlungen setzten Vorstellungen von Leben und Tod voraus und die Fähigkeiten, über sich selbst, über Kommen und Gehen, die Grundlagen unseres Bewußtseins, nachzudenken. Parallel dazu entwickelten sich Pflug und Ackerbau. Ackerbau setzt planerische Fähigkeiten, also Vernunft, und Vorstellungen von morgen und übermorgen voraus. Was im Frühjahr angebaut wird, wird im Sommer geerntet und im Winter verzehrt. Mit dem Wissen von Leben und Tod kam zu der bereits vorhandenen Beziehungsangst die existentielle Angst, die Vorläufer der neurotischen Angst. Mit der Herausbildung des Bewußtseins und der damit verbundenen existentiellen Ängste entstand das Unbewußte. Mit dem Wissen um die Zusammenhänge zwischen Kopulation und Zeugung begannen Planung und Verantwortung den bislang rein trieb-

gesteuerten Vorgang der Kopulation zu beeinflussen. Schwangerschaft erhielt eine individuelle lebensgeschichtliche Bedeutung, die in Abhängigkeit von der existentiellen Angst bewußt und/oder unbewußt eingesetzt werden konnte und in Konkurrenz zu Planung und Vernunft zu treten vermochte. Die individuelle Bedeutung reicht von der einzigartigen Fähigkeit, Leben hervorzubringen, über Verantwortung für die Existenzsicherung bis hin zu grundsätzlichen Fragen der Partnerschaft, die durch eine Schwangerschaft zur Sprache kommen. Diese Bedeutungen eignen sich, um als Lösungsstrategien in bestimmten, Konflikte aktivierenden Situationen, z. B. über Selbstwertstabilisierung oder Regressionsbefriedigung, eingesetzt zu werden.

EINE FALLBESCHREIBUNG

An einer Fallbeschreibung sollen die Mechanismen und auslösenden Konfliktsituationen deutlich gemacht werden. Pat kommt mit 26 Jahren in meine Praxis. Nach Abitur und Lehre beginnt sie ein Studium. Grund ihres Kommens ist ihre Unzufriedenheit mit ihren Liebesbeziehungen und ihre Arbeitsstörung. Nur zu Beginn ihres Liebeslebens hatte sie eine einjährige, halbwegs befriedigende Liebesbeziehung mit einem zwei Jahre älteren Mann. Seither hat sie mehrere Beziehungen zu deutlich älteren, gebundenen Männern. Sie hatte sich schon mehrmals in etwa

gleichaltrige Kommilitonen verliebt, aber die Liebesgefühle seien genauso schnell gegangen wie gekommen. Darüber sei sie verzweifelt, wolle das unbedingt ändern. Ihre Arbeitsstörungen bagatellisiert sie, spielt die damit verbundenen Tagträume herunter. Sie wolle eine dauerhaft befriedigende Liebesbeziehung und Kinder. Sie betreibt einen konsequenten und sicheren Antikonzeptionsschutz.

Zur Herkunftsfamilie: Sie hat eine drei Jahre ältere Schwester, verheiratet, zwei Kinder, die in der Nähe der Eltern lebt; einen vier Jahre älteren Bruder, der ausgewandert ist, eine Einheimische heiratete, vier Kinder hat, die nicht deutsch sprechen. Ihr Verhältnis zur Mutter besitzt symbiotische Züge, mit dem Vater verbindet sie eine tiefe Liebe. Die Therapie erstreckt sich über vier Jahre.

Insgesamt drei ungefähr einjährige Liebesbeziehungen hat sie während der Therapie, die alle durch Rückzug der Männer beendet werden, was für Pat schmerzhaft ist. Die Trennungsphase erstreckt sich auf zwei bis vier Monate, ist äußerst turbulent, es kommt zu mehreren kurzfristigen Versöhnungsversuchen. Pat bleibt in all den verführerischen, vermeintlichen Versöhnungssituationen bei ihrem sicheren Antikonzeptionsschutz.

In Trennungssituationen treten verstärkt ungewollte Schwangerschaften auf, wobei die Schwangerschaft für die Frau die Funktion hat, ihren Selbstwert durch ihre Fruchtbarkeit zu stabilisieren. Für den Mann ist es eine Potenzdemonstration, die ihm ebenfalls über Selbstwertstabilisierung den Abgang erleichtert.

Zwischen den längerfristigen Beziehungen geht sie mehrere Beziehungen mit gebunde-

nen Männern ein, die ihr aus ihrer Sicht alle Hoffnungen machen auf eine stabile Beziehung und die sie alle grob vor den Kopf stoßen.

Zu Beginn einer Partnerschaft stellen sich ungewollte Schwangerschaften ein, wenn die männlichen Partner unzuverlässig sind, die Frauen das nicht erkennen wollen und versuchen, über eine ungewollte Schwangerschaft Themen wie Zuverlässigkeit und gemeinsame Zukunft zur Sprache zu bringen. Pat widersteht diesen Versuchungssituationen.

Die Kinder ihrer Schwester sterben in Abständen von anderthalb Jahren an einer Gehirndystrophie unklarer Genese. Weitere leibliche Kinder kommen aus genetischen Gründen für die Schwester nicht in Frage. Ein ihr zur Adoption vorgesehenes Kind wird nach drei Monaten von der leiblichen Mutter zurückgeholt. Die Verzweiflung in der Familie ist groß.

Ungewollte Schwangerschaften treten als Reaktion auf tragische Todesfälle auf, der Tod soll durch Leben überwunden werden. Eine archaische Reaktion. Wiederum widersteht Pat der tragischen Versuchungssituation.

Eine Freundin kommt aus einem gemeinsamen Urlaub aus der Karibik schwanger zurück und trägt aus. Der Erzeuger läßt trotz aller Schwüre nichts mehr von sich hören. Der Vorfall ist für sie Anlaß, um noch mal zu betonen, daß eine ungewollte Schwangerschaft prinzipiell für sie nicht in Frage käme. Die Arbeitsstörung geht zurück. Sie erwirbt alle Scheine, schließt mit der Diplomarbeit und -prüfung ab und überlegt, ob sie promovieren oder eine ihr in Aussicht gestellte

Stelle annehmen soll. Den Eintritt ins Berufsleben – eine typische Schwellensituation, Verantwortung versus Regression, in der regressive Wünsche oft in Form einer ungewollten Schwangerschaft die Oberhand gewinnen – meistert sie ebenfalls ohne Schwangerschaft. Wiederum hat sie eine Liebesbeziehung zu einem gebundenen Kommilitonen, der ihr von vornherein keine Hoffnung auf eine feste Beziehung macht. Sie verstehen sich gut, Sexualität macht richtig Spaß. Sie schützen sich konsequent mit Kondomen. Für sie völlig unerwartet kommt es im Laufe eines Freitagabends zu einem „Nachschlag“, einem zweiten Sexualkontakt, bei dem sie sich – im Gegensatz zum ersten – nicht schützen. Wieso, warum, ist ihr völlig unklar. Sie habe am Samstagmorgen danach ein ungutes Gefühl gehabt, überlegt, ob sie sich die „Pille danach“ besorgen soll, was eigentlich kein Problem gewesen wäre, unternimmt dann doch nichts. Sie wird mit 30 Jahren zum ersten Mal schwanger – „es hätte einfach sein müssen“. Die Schwangerschaft klärt die Beziehung, der Mann trennt sich von ihr, erledigt mit ihr noch alle Formalitäten, die für den Abbruch notwendig sind, holt sie auch von der Klinik ab. Seine nunmehr fadenscheinige Begründung lautet: Die Beziehung wäre zu schön gewesen und somit gefährlich für seine Hauptbeziehung. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Trennungen kämpft Pat nicht, fällt auch nicht in tiefe Verzweiflung. Was ist passiert? Der Mann bereitet seine Trennung vor mit seinem „ungeschützten Nachschlag“, den sie annimmt, der offensichtlich auch besonders verführerisch ist. Er demonstriert nochmals seine Potenz, macht aber zugleich die Grenzen ihrer Beziehung deutlich – kein gemeinsames Kind, keine gemeinsame Zukunft. Die Enttäuschung ist tief, obwohl sie es wohl

schon seit längerem ahnte. Endlich hat sie einen Partner, der rundum in Ordnung war. Sie braucht zur Trennung die Stabilisierung durch eine ungewollte Schwangerschaft, zugleich macht sie den gemeinsamen Nachwuchs nieder, Ausdruck ihrer aggressiven Gestimmtheit.

Der Fall zeigt die vielfältigen, möglichen auslösenden Situationen, die zu einer ungewollten Schwangerschaft führen können. Er zeigt, daß es ungewollte Schwangerschaften immer geben wird, auch bei Menschen, die eigentlich konsequent und sicher verhüten und daß es wichtig ist, die individuelle Funktion und Bedeutung einer ungewollten Schwangerschaft zu verstehen und zu vermitteln, um zumindest Wiederholungen zu vermeiden.

ZUSAMMENFASSENDE ÜBERSICHT ÜBER TYPISCHE KONFLIKTSITUATIONEN

In einer Studie, bei der 1979/80 in einem Berliner Krankenhaus bei N = 228 Patientinnen mit einer Abruptio ausführliche Anamneseerhebungen und eine telefonische Nachbefragung durchgeführt und ausgewertet wurden, wurde eine Zusammenstellung typischer Konfliktsituationen erarbeitet (GOEBEL [1984]).¹

„Wie bereits erwähnt, sind ‚ungewollte Schwangerschaften‘, die abgebrochen werden, nicht als zufälliges Ereignis anzusehen, sondern haben eine Funktion in der psychischen Organisation. Um diese Funktion besser zu verstehen, beschreiben wir im folgenden psycho-soziale Situationen zum

¹ Die folgende Übersicht ist zitiert nach GOEBEL ([1982], S. 114f.).

Konzeptionszeitpunkt. Diese beschriebenen Konfliktsituationen treten selten isoliert auf, sondern meist in Verbindung mit anderen. Eine eindeutige Gewichtung ist daher häufig schwierig.

STÖRUNG DER WEIBLICHEN GESCHLECHTSIDENTITÄT

Diese Patientinnen fallen durch ihre Klagen über vielfältige gynäkologische Beschwerden auf, die häufig verbunden sind mit der Angst, nicht konzipieren zu können. Häufig waren oder sind die Patientinnen sehr daran interessiert, schwanger zu werden, was diese Zweifel beseitigen würde. Ähnliche Angst beobachteten wir bei Frauen, die jahrelang ohne Pause die Pille einnahmen. Die Schwangerschaft ist Nachweis und Beruhigung zugleich, daß es doch noch klappt.

ERÖFFNUNGSKONFLIKT – SCHWELLENSITUATION IN DER PARTNERSCHAFT

Die „ungewollte Schwangerschaft“ stellt sich hier in der Anfangsphase einer Beziehung und kurz vor einer für die Beziehung wichtigen definitiven Entscheidung ein. Die Entscheidungssituation besteht u. a. darin, daß einer der Partner eine Ehe oder eine dauerhafte Beziehung hinter sich hat und der offizielle Scheidungstermin und/oder der neue Hochzeitstermin ansteht. Die Schwangerschaft führt in dieser Situation zu einer Beziehungsklärung. Ängste und Wünsche werden auf diese Weise zur Sprache gebracht.

TRENNUNGSKONFLIKT

Diese Patientinnengruppe wird in einem denkbar ungünstigen Moment schwanger, denn ihre Beziehung ist im Auflösen begriffen oder zur Zeit besonders problematisch. Die Patientinnen sind oft voller Vorwürfe gegenüber ihrem Partner, ohne daß deutlich wird, daß sie an einer Fortsetzung der Partnerschaft interessiert sind. Durch diese Vorwürfe machen diese Patientinnen ihren Partnern Schuldgefühle, zeigen ihnen, wie schlecht sie sind, entwerten sie und erleichtern sich dadurch emotional die Trennung. Außerdem demonstrieren sie durch die Schwangerschaft, daß sie vollwertige Frauen sind. Die Schwangerschaft hat daher nicht das Ziel, eine Trennung zu verhindern, sondern trägt dazu bei, die Trennung emotional durchzustehen.

REAKTION AUF VOLLZOGENE TRENNUNG

Diese Frauen haben innerhalb des letzten Jahres eine schmerzhaft Trennung einer längeren Beziehung durchgemacht. Sie suchten sich plötzlich mehr oder weniger wahllos eine kurzfristige sexuelle Bekanntschaft, meist mit einem entwerteten Partner, und achteten dabei nicht auf den Antikonzeptionsschutz. Die ungewollte Schwangerschaft hat hier die Funktion, die mit der zurückliegenden Trennung verbundene Gefährdung des Selbstwertgefühls zu bewältigen.

LEBENSWICHTIGE ENTSCHEIDUNGEN UND SCHWELLEN SITUATIONEN

Beruflich gesehen, stellt sich für die meist jüngeren Frauen die Schwangerschaft in einem besonders ungünstigen Moment ein, kurz vor dem Ende des Examens, der Lehre oder sonstiger beruflich wichtiger Veränderungen. Der zugrundeliegende Konflikt besteht in der Angst vor der Übernahme von Verantwortung und dem dadurch ausgelösten, verstärkten Drang zu regressiven Bedürfnissen. Zu dieser Gruppe gehören auch Frauen, die mit einem Partner zusammenleben, der dazu neigt, ihnen im Lebenskampf die alleinige Verantwortung aufzubürden, z.B. durch provozierte Arbeitslosigkeit. Durch die Schwangerschaft appelliert die Frau an ihren Partner, doch mehr Verantwortung zu übernehmen und stärkt das in dieser Schwellensituation angeschlagene Selbstwertgefühl.

REAKTION AUF GEPLANTE STERILISIERUNG

Diese Frauen erwägen seit längerem, sich sterilisieren zu lassen, verschieben diesen Entschluß aber immer wieder. Dieser nicht mehr rückgängig zu machende Eingriff, der den Verlust der Zeugungsfähigkeit bedeutet, kommt durch den Abbruch der „ungewollten Schwangerschaft“ zur Durchführung. Es scheint, daß dieser letzte Beweis der Zeugungsfähigkeit dazu dient, die psychischen Belastungen der Sterilisierung zu ertragen.

BEZIEHUNGSKONFLIKT

Die Frauen dieser Gruppe haben seit längerem einen festen Partner, schützten sich selten, wurden aber nicht schwanger. Die Schwangerschaft stellt sich jetzt infolge eines Urlaubsabenteuers oder als Folge eines Seitensprungs ein. Ihre Konzeptionsbereitschaft und Konzeptionsfähigkeit kann sich nur entfalten, wenn für sie die Gewißheit besteht, daß nach erfolgter Konzeption keine feste Beziehung entsteht.

VERWAHRLOSUNGSKONFLIKT

Diese Patientinnen geben an, kein Geld für die Pille oder keine Zeit, sich ein Rezept zu holen, gehabt zu haben. Die Pille wurde häufig vergessen oder unregelmäßig eingenommen.

ABLÖSUNGSKONFLIKT

Dieser Konflikt betrifft sowohl junge Frauen, die sich schwer von ihren Eltern lösen können, als auch ältere Frauen, die sich schwer von ihren Töchtern zu trennen vermögen. Durch die Schwangerschaft signalisiert die Tochter ihrer Mutter, daß sie eine geschlechtsreife Frau ist, sich lösen und von ihrer Mutter losgelassen werden möchte. Bei älteren Frauen wird der Konflikt oft dadurch ausgelöst, daß die Tochter dabei ist, auszuziehen oder sich vor kurzem verliebt oder verlobt hat. Die Ablösung der Tochter wird als Verlust erlebt und soll durch die erneute Schwangerschaft erträglich gemacht werden.

ALTERSKONFLIKT

Dieser Konflikt wird durch das Herannahen der Wechseljahre aktualisiert. Die Patientinnen erleben den Wechsel nicht als eine wertneutrale Veränderung, sondern als eine Bedrohung ihrer weiblichen Identität, die sie mit einer Schwangerschaft abzuwehren versuchen.

ARCHAISCHES AUFBÄUMEN

Bei mehreren Patientinnen fällt zeitlich gesehen die „ungewollte Schwangerschaft“ mit dem unerwarteten Tod eines nahe stehenden Familienmitglieds zusammen oder mit schweren gesundheitlichen Schicksalsschlägen innerhalb der Herkunftsfamilie oder bei der Patientin selbst. Wir vermuten, daß die „ungewollte Schwangerschaft“ ein Aufbäumen gegen diesen Schicksalsschlag bedeutet.

Die beschriebenen Konfliktsituationen erfassen nicht alle Möglichkeiten. In unserer Untersuchung blieb in ungefähr einem Fünftel der Fälle die Schwangerschaft von der Psychodynamik her unverständlich. Die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch ist weitgehend determiniert durch die Motivation, die zur ungewollten Schwangerschaft führt. Die Motivation wird in der Funktion deutlich. Das Verständnis um die Funktion einer „ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wird“, ist Voraussetzung für eine sinnvolle Beratung und für präventive Maßnahmen.“

LITERATUR

GOEBEL, P. (1982): Die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch – Ergebnis einer Untersuchung an 228 Patientinnen, in: POETTGEN, H. (Hrsg.): die ungewollte Schwangerschaft, Köln-Lövenich, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 110–116

GOEBEL, P. (1994): Abbruch der ungewollten Schwangerschaft. Ein Konfliktlösungsversuch? Berlin u.a., Springer

VERBREITUNG VON UND UMGANG MIT SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN

Die Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen ist ein wesentliches Ziel des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes. Ein Ansatzpunkt ist die Verbesserung der Sicherheit und Zuverlässigkeit von Verhütung, damit weniger Schwangerschaften ungeplant eintreten. Doch dies ist nicht der einzige Zugang zu dem Problem. Denn da der Anteil ungeplanter Schwangerschaften auch an den ausgetragenen Schwangerschaften hoch ist (vgl. HELFFERICH/KANDT in diesem Band), kommt der Entscheidungssituation *nach* dem Eintreten einer ungeplanten Schwangerschaft ebenfalls eine Bedeutung zu.

HOLZHAUER (1991) hatte in einer Fall-Kontrollstudie festgestellt, daß Frauen, die eine Schwangerschaft abbrachen, und Frauen, die Konflikte hatten, sich aber doch für das Austragen der Schwangerschaft entschieden, sich vor allem in der Stabilität der Partnerschaft und der Reaktion des Partners unterschieden, aber sonst sehr ähnliche objektive Lebensumstände berichteten, d.h. wesentliche Aspekte der „Vorgeschichte“, die zu einer ungeplanten Schwangerschaft führten, waren ähnlich. Die beiden für die Erklärung von Schwangerschaftsabbrüchen wichtigen Aspekte, die Vorgeschichte bis zum Eintreten der Schwangerschaft, zu der

z.B. Geschlechtsverkehr, Planung, fehlende oder versagende Verhütung sowie körperliche Konzeptionsbereitschaft gehören, und die Entscheidungssituation selbst nach Eintreten der Schwangerschaft, sind zwar miteinander verknüpft, unterliegen aber zusätzlich je eigenen Bedingungsfaktoren.

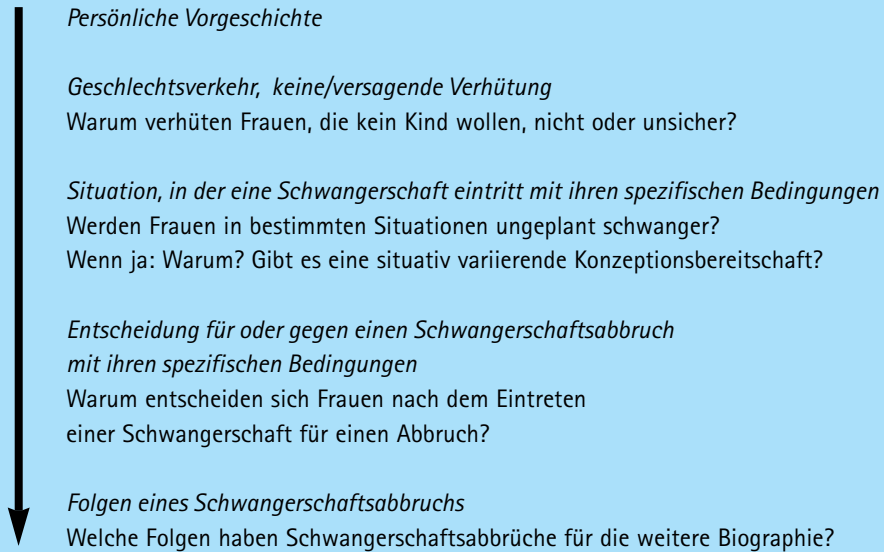
Die Bedeutung situativer Faktoren für die Entscheidung läßt sich auch dadurch verdeutlichen, daß sich aus einer allgemeinen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch nicht mit genügender Genauigkeit das Eintreten eines späteren Abbruchs einer ungeplanten Schwangerschaft vorhersagen läßt. Schwangerschaftsabbrüche kommen z.B. auch bei religiös gebundenen Frauen vor, und Frauen mit einer liberalen Einstellung zu einem Abbruch tragen auch Konfliktschwangerschaften aus.

Möglicherweise ist der Zusammenhang komplizierter: Eine Einstellung gegen Schwangerschaftsabbrüche als Teil eines übergreifenden Orientierungsmusters kann das Lebenslaufmuster, die Partnerwahl und die Sicherheit der Verhütung beeinflussen und so Auswirkungen darauf haben, ob eine Entscheidungssituation überhaupt eintritt oder nicht. Umgekehrt kann die Erfahrung eines

Abb. 1

FRAGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER ERKLÄRUNG VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN IM LEBENS LAUF

Biographische Zeitachse



Welche Bedingungsfaktoren spielen auf den einzelnen Ebenen eine Rolle?
Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Ebenen?

Abbruchs die Einstellung sowohl in eine liberalere als auch in eine restriktivere Richtung verändern.

Auf die Frage, wie es zu ungeplant eintretenden Schwangerschaften kommt, wird in einem anderen Beitrag eingegangen. Hier werden einige ergänzende Aussagen zusammengestellt, die sich aus der DESIS-Studie zur Frage der Schwangerschaftsabbrüche gewinnen lassen. Da es weder Ziel der Studie war, Aussagen zu Schwangerschaftsabbrüchen zu machen, noch Teil des Auftrages zur Sekundärauswertung, bleiben die Aussagen notwendigerweise an der Oberfläche.

Insbesondere eine tiefergehende Auswertung des qualitativen Materials steht noch aus.

Der Auswertung zugrunde liegen vor allem die mit der reproduktiven Biographie der Befragten erhobenen Angaben auch zu abgebrochenen Schwangerschaften. Damit sind Aussagen zur Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen und zu einem Vergleich zwischen Frauen, die einen Abbruch hatten, und Frauen, die keinen Abbruch hatten, möglich. Da in der standardisierten Befragung das Jahr des Abbruchs erfragt wurde, konnte die Positionierung abgebrochener Schwangerschaften im Lebenslauf bestimmt und hier die

Ergiebigkeit einer biographischen Perspektive ansatzweise gezeigt werden. Zusammen mit der Diskussion der Entstehung ungeplanter Schwangerschaften zeichnen sich so erste Konturen eines Bildes von Schwangerschaftsabbrüchen als biographischem Ereignis ab: mit einer biographischen Vorgeschichte, einer zugrundeliegenden in einer spezifischen Situation getroffenen Entscheidung und mit biographischen Folgen (vgl. auch HELFFERICH/v. TROSCHKE [1985]).

In der standardisierten Erhebung sind außer dem Jahr des Schwangerschaftsabbruchs keine weiteren Angaben zur Planung, zur Partnersituation etc. erhoben worden. In der qualitativen Befragung war der Bericht von Schwangerschaftsabbrüchen eingebettet in die gesamte biographische Erzählung. Ergänzend zu den Angaben zur Datenqualität allgemein (vgl. S. 17) wurde die Möglichkeit diskutiert, daß aus Gründen der sozialen Erwünschtheit Schwangerschaftsabbrüche verschwiegen werden. Zur Überprüfung wurde die Relation von Abbrüchen zu Lebendgeburten, wie sie sich in den DESIS-Daten ergab, verglichen mit den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes. Bei einer Betrachtung aller Schwangerschaftsergebnisse wurde in der DESIS-Studie eine Relation von

Abbrüchen zu Lebendgeborenen in der Größenordnung 349 : 2141 (etwa 1 : 5) festgestellt. Das Statistische Bundesamt kam 1990, 1991 und 1992 zu einer Relation von etwa 1 : 10. Auch wenn eine Jahresprävalenz nicht mit einer Lebenszeitprävalenz verglichen werden kann und eine Kumulierung der Abbrüche im Leben der einzelnen Frau mitbedacht werden muß, ergeben sich keine Hinweise auf ein „Underreporting“. Im Vergleich zwischen C1 und C3 wurde in C3 von zwei Befragten ein Schwangerschaftsabbruch nicht berichtet, der in C1 angegeben war. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß gerade die neutrale Fassung des C1-Fragebogens es erleichtert, Abbrüche anzugeben.

HÄUFIGKEIT VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN

Aus den Daten der DESIS-Studie läßt sich die Lebenszeitprävalenz (mindestens) eines Schwangerschaftsabbruchs für die befragten 25- bis 45jährigen Frauen berechnen: Von allen Frauen hatten ein Drittel im ländlichen Gebiet um Rostock (31,2%) und ein knappes Fünftel in Freiburg und Hamburg und der ländlichen Umgebung der Städte (18,6%) mindestens einen Schwangerschaftsabbruch

Tab. 1a

FRAUEN MIT SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN (NACH PROZENT/ANZAHL UND NACH OST/WEST)

	nie schwanger	kein Abbruch	1 Abbruch	2 Abbrüche	3 Abbrüche
Ost	3,1% (7)	65,5% (149)	23,3% (53)	5,7% (13)	2,2% (5)
			überhaupt Abbruch: 31,2%		
West	21,2% (276)	60,3% (786)	14,4% (188)	3,1% (40)	1,1% (14)
			überhaupt Abbruch: 18,6%		
gesamt	18,5% (283)	61,1% (935)	15,8% (241)	3,5% (53)	1,2% (19)

Tab. 1b

**FRAUEN MIT SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN
(IN PROZENT/ANZAHL UND NACH OST/WEST),
PROZENTUIERT AUF DIE JEMALS SCHWANGEREN**

	kein Abbruch	1 Abbruch	2 Abbrüche	3 Abbrüche
Ost	67,7%	24,1%	5,9%	2,3%
	überhaupt Abbruch: 32,3%			
West	76,5%	18,3%	3,9%	1,4%
	überhaupt Abbruch: 23,6%			

in ihrem Leben (vgl. Tab. 1a). Der Anteil der Frauen, die nie schwanger waren, ist im Westen deutlich höher als im Osten, so daß die Unterschiede sich etwas ausgleichen, wenn man auf die Frauen prozentuiert, die jemals schwanger waren: Die Bezugsgröße verkleinert sich dadurch im Westen stärker als im Osten; die Prävalenz von mindestens einem Abbruch bezogen auf die Bezugsgröße der jemals Schwangeren beträgt im Osten 32,3%, im Westen 23,6% (vgl. Tab. 1b).

durch folgende Merkmale charakterisieren läßt: Die Frauen ...

... leben in der Stadt,
... haben eine längere Ausbildungszeit bzw. einen Universitätsabschluß.

- Im Osten ist die Gesamtgruppe kaum zu differenzieren: (fast) alle haben Kinder. Für diese Frauen gilt: Ausbildung und religiöse Bindung haben keinen Einfluß.

**SOZIALE HINTERGRÜNDE
VON SCHWANGERSCHAFTS-
ABBRÜCHEN**

In der Auswertung wurden Gruppen von Frauen nach sozialen Merkmalen gebildet und die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen verglichen, sowie die sozialen Merkmale der Frauen ohne einen Schwangerschaftsabbruch verglichen mit den Merkmalen der Frauen mit einem Abbruch. Dabei ergab sich folgendes Bild:

- Im Westen hat eine Gruppe von Frauen mehr Schwangerschaftsabbrüche, die sich

**BEDEUTUNG DER REGION
STADT – LAND IM WESTEN**

Frauen, die in der Stadt lebten, berichteten mehr Abbrüche. 73,3% der Frauen auf dem Land hatten keinen Schwangerschaftsabbruch, verglichen mit 49,2% der Frauen in der Stadt. 12,6% der Frauen auf dem Land hatten einen Abbruch, in der Stadt waren es 23,6% (vgl. Tab. 2).

Der Zusammenhang kann in zwei Richtungen interpretiert werden: Frauen auf dem Land brechen seltener eine Schwangerschaft ab, z.B. aufgrund der familiärereren Eingebundenheit und der eigenen Familienperspektive. Zum anderen sind Kinder ein Grund, auf

Tab. 2

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IM WESTEN (NACH STADT UND LAND)

	nie schwanger	kein Abbruch	1 Abbruch	2 Abbrüche	3 Abbrüche
Stadt	27,1% (191)	49,2% (347)	17,4% (123)	4,4% (31)	1,8% (13)
	überhaupt Abbruch: 23,6%				
Land	14,2% (85)	73,3% (439)	10,9% (65)	1,5% (9)	0,2% (1)
	überhaupt Abbruch: 12,6%				
gesamt	21,2% (276)	60,3% (786)	14,4% (188)	3,1% (40)	1,1% (14)

das Land zu ziehen, so daß in der Stadt ein höherer Anteil von Frauen lebt, die nur Abbrüche, aber keine Kinder haben. Diese Frauen erhöhen das Abbruchvorkommen bei Städterinnen.

BEDEUTUNG DER AUSBILDUNG (OST UND WEST)

Mehr Frauen mit einem Universitätsabschluß hatten Schwangerschaftsabbrüche. 31% der Frauen mit beruflicher Ausbildung, die jemals schwanger waren, hatten jemals (mindestens) einen Abbruch. Bei Frauen mit Universitätsabschluß, die jemals schwanger waren, betrug der Anteil 39,7% (9,3% der Frauen mit Hochschulabschluß hatten zwei und 2,8% drei Abbrüche). Damit hat diese Ausbildungsgruppe die höchsten Abbruchraten. Eine Kontrolle der Region zeigt, daß dieser Einfluß höherer Bildung nur im Westen anzutreffen ist.

BEDEUTUNG DER HEUTIGEN KINDERZAHL

Frauen, die jemals einen Abbruch hatten, hatten zu ähnlichen Anteilen keine, ein, zwei, drei oder mehr Kinder als Frauen

ohne einen Abbruch (jemals schwanger oder nie schwanger gewesen).

BEDEUTUNG DES ALTERS ZUM ZEITPUNKT DES INTERVIEWS

Die Altersgruppe der 40- bis 45jährigen im Westen (jemals schwanger) hat den höchsten Anteil an Frauen ohne Abbruch (80,6%), verglichen mit jüngeren Altersgruppen im Westen. Im Osten hat diese Altersgruppe den niedrigsten Anteil an Frauen ohne Abbruch (42,9%). Im Osten wächst mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs. Im Westen bleibt in den Altersgruppen der Anteil der Frauen ungefähr konstant; in den städtischen Bereichen hat die älteste Altersgruppe, anders als im Osten, einen höheren Anteil von Frauen ohne Abbruch. Hier sind Alters- und Kohorteneffekte zu diskutieren.

WELCHE SCHWANGERSCHAFTEN IN DER BIOGRAPHISCHEN REIHE VON SCHWANGERSCHAFTEN WERDEN ABGEBROCHEN?

Eine Analyse der Schwangerschaftsbiographien erlaubt weitere Aussagen. Am häufigsten werden die ersten oder die letzten Schwangerschaften abgebrochen. Im Westen werden am häufigsten die ersten Schwangerschaften, im Osten die letzten abgebrochen.

der letzten Schwangerschaft angeht. Auf sie bezieht sich die folgende Auswertung:

EINFLUSS DER REGION OST, WEST-STADT UND WEST-LAND

Von den Frauen, die im Westen in der Stadt lebten, hatten 22,8% die erste Schwangerschaft abgebrochen. Im Westen auf dem Land waren es 9,2%. Im Osten betrug der Anteil der abgebrochenen an allen ersten Schwangerschaften 5,1%.

Tab. 3

ANTEIL DER FRAUEN, DIE DIE ERSTE RESP. DIE LETZTE SCHWANGERSCHAFT ABBRACHEN (NACH REGION)

prozentuiert auf alle Frauen mit erster Schwangerschaft

	erste	erste	letzte	letzte
	Schwangerschaft nicht abgebrochen	Schwangerschaft abgebrochen	Schwangerschaft nicht abgebrochen	Schwangerschaft abgebrochen
West Stadt	77,2%	22,8%	89,7%	10,3%
West Land	91,8%	9,2%	94,2%	5,2%
Ost	94,9%	5,1%	78,7%	21,3%

170 von 1 028 Frauen im Westen, die überhaupt eine erste Schwangerschaft hatten, brachen die erste Schwangerschaft ab (16,5%; prozentuiert auf alle $n = 1304$ Frauen im Westen, incl. die, die niemals schwanger waren: 13,0%). Im Osten betrug der Anteil der abgebrochenen an den ersten Schwangerschaften überhaupt 6,4% (14 von 220; prozentuiert auf alle $n = 227$ Frauen im Osten, incl. die niemals Schwangeren: 6,2%; vgl. Tab. 4a und Tab. 4b, S.152).

Von 168 dieser 184 (= 170 + 14) Schwangerschaften verfügen wir über vollständige Daten, was den Ausgang der ersten und

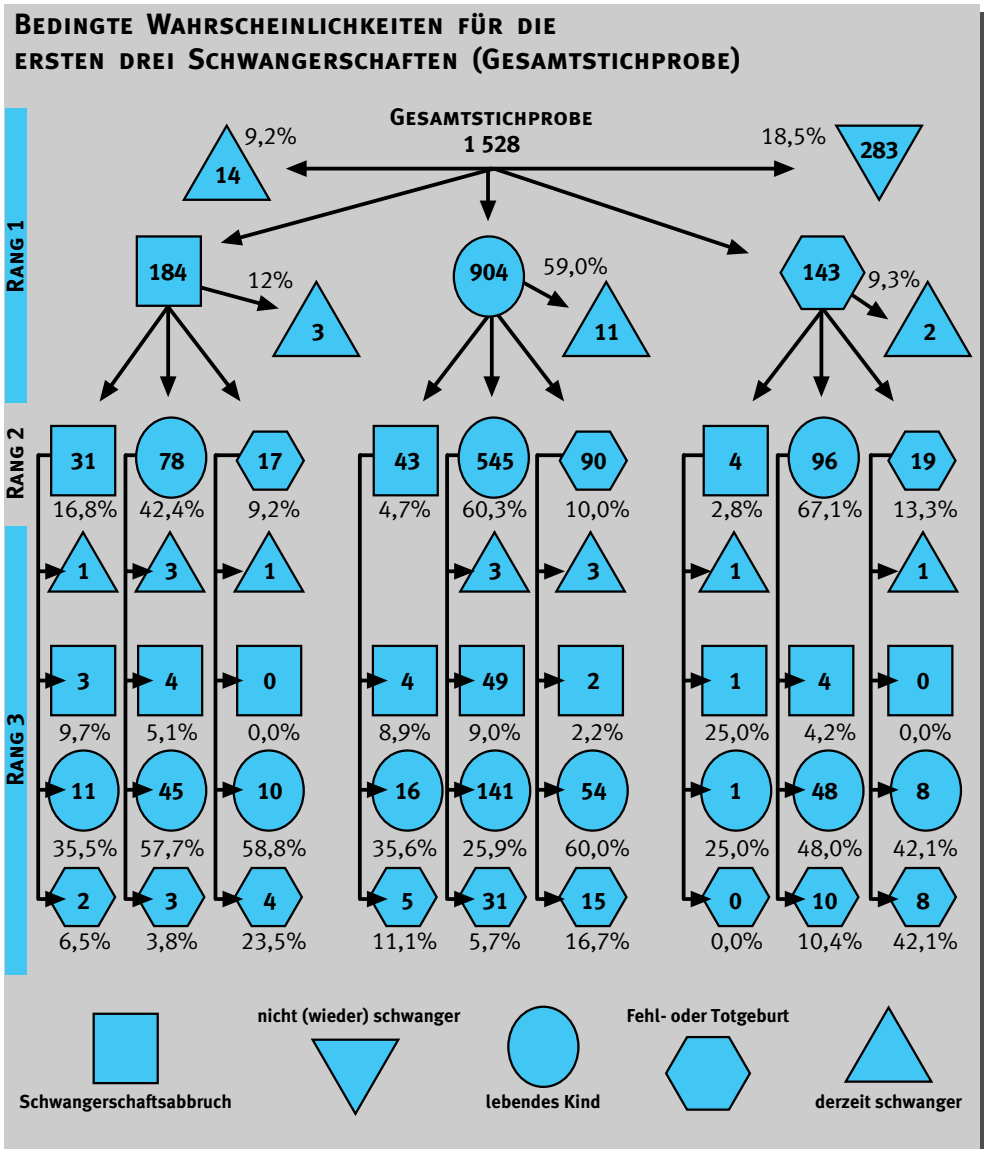
Von den Frauen, die im Westen in der Stadt lebten, hatten 10,3% die letzte Schwangerschaft abgebrochen (Anteil an allen letzten Schwangerschaften). Im Westen auf dem Land waren es 5,2%. Im Osten betrug der Anteil der abgebrochenen an allen ersten Schwangerschaften 21,3% (vgl. Tab. 3).

Wenn man sich nicht auf die letzte Schwangerschaft konzentriert, sondern auf die dritte, was in einigen Fällen nicht dasselbe ist, sind die Zahlen ähnlich. Für diese Auswertung wurden für die einzelnen Befragten die Biographien zu Ereignisketten codiert. Ein Beispiel für eine solche Kette ist die Abfolge

A-K-K-F, die bedeutet: erste Schwangerschaft abgebrochen, zweite endete mit lebendem Kind, dritte endete mit lebendem Kind, vierte endete mit einer Fehl- oder Totgeburt oder Tod im ersten Lebensjahr. Aus diesen Ketten wurden Wahrscheinlichkeitsbäume von Schwangerschaftsabfolgen berechnet (Abb. 2). An jeder Gabelung lassen

sich hier die durch die vorangegangenen Ereignisse, die zu dieser Gabelung führen, bedingten Wahrscheinlichkeiten eines Schwangerschaftsergebnisses darstellen (zur ausführlichen Darstellung des Vorgehens: KARMAUS/DÄSSLER/HELFFERICH [1996]). Bezugsgröße der Prozentangaben ist das vorangegangene Ereignis. Nicht wieder

Abb. 2



Schwangere sind in Rang 2 und 3 nicht ausgewiesen.

Zwei Ausschnitte aus den „Schwangerschaftsbäumen“, also „Gabelungen“ nach vorangegangenen Ereignissen sind hier von besonderem Interesse: Die erste Gabelung in der Biographie überhaupt und die Gabelung,

nachdem die erste und die zweite Schwangerschaft jeweils mit einem lebenden Kind geendet hatten.

Hatten die Frauen zwei lebende Kinder in der ersten und zweiten Schwangerschaft, sahen die entsprechenden Anteile so aus:

Tab. 4a

SCHWANGERSCHAFTSAUSGANG AUF RANG 1 DER SCHWANGERSCHAFTS BIOGRAPHIE, WEST/OST

n = befragte Frauen, *) = 1 missing, **) = 2 missing

	keine erste Schwangerschaft	erste Schwangerschaft abgebrochen	keine erste Schwangerschaft lebendes Kind	keine erste Schwangerschaft Fehl- o. Totgeburt	derzeit Schwanger
West n = 1 303 *)	21,2%	13,0%	55,2%	9,6%	1,1%
Rostock-Land n = 225 **)	3,1%	6,2%	82,7%	8,0%	0%

Tab. 4b

SCHWANGERSCHAFTSAUSGANG AUF RANG 1 DER SCHWANGERSCHAFTS BIOGRAPHIE, WEST/OST

Berechnung bezogen auf die Frauen mit einer ersten Schwangerschaft

n = befragte Frauen, jemals schwanger

	erste Schwangerschaft abgebrochen	erste Schwangerschaft lebendes Kind	erste Schwangerschaft Fehl- o. Totgeburt	derzeit Schwanger
West n = 1 028	16,5%	69,8%	12,2%	1,4%
Rostock-Land n = 220	6,4%	84,5%	8,2%	0%

Tab. 5a

**SCHWANGERSCHAFTSAUSGANG AUF RANG 3
DER SCHWANGERSCHAFTS BIOGRAPHIE**

bedingte Wahrscheinlichkeit, nachdem die ersten beiden Schwangerschaften je mit einem lebenden Kind geendet hatten, West/Ost

n = befragte Frauen mit bisherigen Ereignissen K-K

	keine dritte Schwangerschaft	dritte Schwangerschaft abgebrochen	dritte Schwangerschaft lebendes Kind	dritte Schwangerschaft Fehl- o. Totgeburt	derzeit schwanger
West n = 420	62,6%	5,0%	27,4%	5,0%	0,7%
Rostock-Land n = 125	48,8%	22,4%	20,8%	8,0%	0%

Tab. 5b

**SCHWANGERSCHAFTSAUSGANG AUF RANG 3
DER SCHWANGERSCHAFTS BIOGRAPHIE**

bedingte Wahrscheinlichkeit, nachdem die ersten beiden Schwangerschaften je mit einem lebenden Kind geendet hatten, West/Ost
Prozentuierung bezogen auf die Frauen mit einer dritten Schwangerschaft

n = befragte Frauen mit bisherigen Ereignissen K-K und einer dritten Schwangerschaft

	dritte Schwangerschaft abgebrochen	dritte Schwangerschaft lebendes Kind	dritte Schwangerschaft Fehl- o. Totgeburt	derzeit schwanger
West n = 157	13,4%	73,2%	13,4%	1,9%
Rostock-Land n = 64	43,7%	40,6%	15,6%	0%

INTERPRETATION DES OST-WEST-UNTERSCHIEDES

Für die Interpretation dieser Ergebnisse konnten wir auf die biographischen Erzählungen in dem Erhebungsteil C3 zurückgreifen, in dem die subjektiven Entscheidungs-

prozesse für einen Schwangerschaftsabbruch Thema waren, sowie auf Ergebnisse, die bereits in einem anderen Aufsatz dieses Bandes (HELFFERICH/KANDT) dargestellt wurden, in dem es darum ging, die unterschiedlichen Muster der Lebensplanung mit Kindern in Ost und West und innerhalb des Westens

nach Sozialgruppen nachzuzeichnen. Die Angaben, die sich auf Schwangerschaftsabbrüche beziehen, lassen sich in diese bereits dargestellten Muster einbetten.

Warum wird im Westen häufiger die erste Schwangerschaft abgebrochen?

Im Osten war es sehr viel selbstverständlicher, jung Kinder zu bekommen. Die Absicherung und die in Aussicht stehende Vereinbarkeit von Beruf und Familie machten es auch nicht zu einem Handicap, ledige Mutter zu sein. Ergänzend sei hier darauf hingewiesen, daß der Anteil lediger Mütter gerade in den jungen Altersgruppen in der DDR resp. den neuen Bundesländern deutlich höher lag als im Westen (vgl. Tab. 6). Im Westen sind Frauen stärker damit beschäftigt, den „richtigen“ Mann für die „richtige“ Familie zu finden. Sie „warten“ länger und prüfen, bevor sie sich binden. Der Grund liegt u.U. darin, daß die Lösung des Vereinbarkeitsproblems von Beruf und Familie im Westen einer privaten Regelung und Aushandlung zwischen Mann und Frau überlassen ist. In diesem Sinne sind Frauen im

Westen abhängiger von den Aushandlungsprozessen und -ergebnissen und damit von dem konkreten Partner und seiner Bereitschaft, die Wünsche der Partnerin zu akzeptieren.

Es fehlt zudem im Osten das „psychosoziale Moratorium“, das im Westen insbesondere qualifizierte Frauen haben – eine Phase, in der sie sich weder in bezug auf Partnerschaft noch auf Kinder festlegen wollen, müssen oder können. Insgesamt ist im Westen eher die Einstellung für einen Abbruch der ersten Schwangerschaft ausschlaggebend, „zu jung“ zu sein, sich „noch nicht binden“ oder „festlegen“ zu können.

Die genannten Aspekte waren auch für das Planungsverhalten wichtig. Für die konkrete Entscheidungssituation war darüber hinaus im Osten ein funktionierendes Unterstützungssystem (Herkunftsfamilie/„die Oma“, Kinderbetreuungsmöglichkeiten, entgegenkommende Regelungen am Arbeitsplatz) offenbar selbstverständlich. Alle diesbezüglichen Zweifel von Frauen im Westen werden

Tab. 6

LEBENDGEBORENE KINDER NACH ALTER DER MUTTER UND LEGITIMITÄT, 1991

	Früheres Bundesgebiet			Neue Bundesländer und Berlin-Ost		
	insgesamt Anzahl	darunter nichtehelich Anzahl	%	insgesamt Anzahl	darunter nichtehelich Anzahl	%
bis 20	20 498	8 292	40,5%	7 428	6 458	86,9%
20-25	136 705	24 753	18,1%	45 918	23 121	50,4%
25-30	288 371	24 726	8,6%	36 604	10 446	28,5%
ab 30	276 676	22 457	8,1%	17 819	4 934	27,7%
gesamt	722 250	80 228	11,1%	107 769	44 959	41,7%

Quelle: Wirtschaft und Statistik 9/1993, Tab. 5 (Auszug)

in den Interviews mit den Rostocker Frauen nicht geäußert – bzw. als Unterschied zwischen der Zeit nach und vor der Wende beschrieben. Kinder waren in der DDR einfach akzeptierter – auf allen Ebenen.

Warum wird im Osten häufiger eine dritte/letzte Schwangerschaft abgebrochen?

Als Grund für den Abbruch der letzten Schwangerschaft geben Frauen im Osten in den Interviews das an, was bereits als Grund, keine Schwangerschaft mehr zu planen, genannt worden war: sie sind „zu alt“ und könnten „schon Großmutter sein“ (tatsächlich war die Generationenabfolge schneller und einige Befragte mit 44 bereits Großmütter). Ein weiterer Grund war Enge der Wohnung, ein dritter „nicht noch einmal von vorn anfangen zu wollen“, nachdem die Phase der Einschränkungen mit kleinen Kindern vorbei war.

Im Westen ist die Altersnorm für eine (späte) Mutterschaft nach oben hin flexibler, in bestimmten sozialen Gruppen bis über das 40. Lebensjahr hinaus. Haben Frauen im Westen bereits zwei Kinder, so sind sie für eine längere Phase eingeschränkt oder gar nicht berufstätig; in jedem Fall sind zunächst die Weichen gestellt auf eine Reduktion der Berufsorientierung. In dieser Situation akzeptieren sie auch ein drittes oder viertes Kind (häufig nach entsprechenden Konflikten, weil damit eine weitere Dequalifikation und ein Aufschub des Wiedereinstiegs in den Beruf verbunden ist). Interessanterweise sind diese dritten und vierten Kinder seltener geplant; ist eine Schwangerschaft (ungeplant) eingetreten, wird sie aber mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als im Osten ausgetragen.

INTERPRETATION DES BILDUNGS- UND STADT-LAND-UNTERSCHIEDES IM WESTEN

Frauen auf dem Land und Frauen mit kurzer Schulausbildung zeigen eine deutlichere Familienorientierung, zum einen, was einen Zusammenhalt mit der Herkunftsfamilie betrifft (mit einer geringen sozialen und räumlichen Mobilität), zum anderen, was eine eigene Familiengründung angeht. Für Frauen auf dem Land ebenso wie für Frauen mit einer kurzen Ausbildung sind Aussagen typisch wie: „Lieber eins auf dem Kissen, als auf dem Gewissen.“ Oder: „Wo zwei schlafen, schlafen auch drei.“ Auch nicht eheliche Schwangerschaften werden akzeptiert. Eine milieuspezifische soziale Selbstverständlichkeit, (jung) Kinder zu haben und unterstützende familiäre Netzwerke beeinflussen die Entscheidung, eine Schwangerschaft auszutragen. Die soziale Unterstützung durch die Herkunftsfamilie und/oder die frühe Gründung einer eigenen Familie lassen frühe Schwangerschaftsabbrüche seltener auftreten.

Diese Voraussetzungen fehlen für die jungen Städterinnen weitgehend: aufgrund der Mobilität im Ausbildungssystem, aber auch aufgrund fehlender Betreuungsmöglichkeiten bildet sich eine – vor allem, aber nicht nur studentische – Kultur der Ungebundenheit heraus, die erst nach Berufseintritt entweder in einer familiären Festlegung – mit entsprechenden Abstrichen und Dequalifizierungen im Berufsbereich – endet oder in einem Beibehalten dieses Lebensstils weitergeführt wird. Da der Besuch einer Hochschule die räumliche Mobilität vor allem der jüngeren Frauen bis 30 Jahre fördert, überschneiden sich hier die Einflüsse einer städtischen und einer akademischen Kultur.

Aufgrund der fehlenden Kinderbetreuungs-möglichkeiten kann im Westen auch ein umgekehrter Zusammenhang festgestellt werden: Nicht nur beeinflusst der Zugang zu einer längeren Ausbildung das Aufschieben von Schwangerschaften, sondern umgekehrt sind Frauen mit Kindern bezogen auf die Nutzung von Bildungsangeboten benachteiligt.

MEHRFACHABBRÜCHE

3,5% (n = 53) der Befragten berichteten zwei, 1,2% (n = 19) drei Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Biographie. Ein wesentlich größerer Anteil hatte nur einen Schwangerschaftsabbruch: 15,8% oder n = 241. Es kann somit *nicht* davon ausgegangen werden, daß Mehrfachabbrüche eine häufige Erscheinung sind. Insbesondere fanden sich unter den n = 1528 Befragten nur 5 Frauen, die drei Schwangerschaftsabbrüche hintereinander hatten. Endete die erste Schwangerschaft in einem Abbruch, so war die darauf bezogene bedingte Wahrscheinlichkeit, daß die zweite Schwangerschaft ebenfalls abgebrochen wurde, leicht erhöht (18,2% gegenüber 13,0%). Die Wahrscheinlichkeit eines dritten Abbruchs nach zwei vorangegangenen Abbrüchen auf Rang 1 und Rang 2 der Schwangerschaftsbiographie sinkt dann wieder auf 9,7%.

Eine Analyse des qualitativen Interviewmaterials aus C3 bezogen auf Mehrfachabbrüche war nicht Teil der Sekundärauswertung, daher können hier keine weiteren Aussagen gemacht werden. HOLZHAUER, die in einer (quantitativ vorgehenden) Untersuchung nach Bedingungsfaktoren für eine Entscheidung für einen Abbruch gefragt hatte, stellte fest: „Zum einen wirk-

ten Schwangerschaftsabbrüche in einem direkten Pfad hemmend auf die Entscheidung, wiederum einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, sei es, um der Stigmatisierung des ‚Mehrfachabbruchs‘ zu entgehen, sei es, weil die in der Regel belastende Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs schon einmal gemacht wurde. Andererseits wirkten frühere Schwangerschaftsabbrüche ‚liberalisierend‘ auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und trugen somit auch in gewisser Weise zu einer Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch bei.“ (HOLZHAUER [1991], S. 256)

LEBENSGESCHICHTLICHE KONFLIKTSITUATIONEN ALS HINTERGRÜNDE VON SCHWANGERSCHAFTS-ABBRÜCHEN

Quer zu diesen sozialen Bedingungen können wir die Wirksamkeit lebensgeschichtlicher Konflikte, auf die GOEBEL (vgl. Beitrag in diesem Band) hingewiesen hat, bestätigen. Aus zahlreichen Interviews wird mehr oder weniger deutlich geschildert, daß Beziehungstrennungen und Beziehungseingangssituationen vor allem – aber nicht nur – in der Gruppe der gut ausgebildeten städtischen Frauen eine deutliche Rolle spielen. Hier sind es vor allem Partnerschaftskonflikte um Nähe, die gewünscht und gleichzeitig gefürchtet werden kann. Es ist offensichtlich nicht so einfach, die Vorstellung von der „richtigen“ Partnerschaft zu realisieren. Weiterhin fanden wir ungeplante Schwangerschaften – auch nach längeren Zeiten ohne Verhütung und ohne Eintreten einer Schwangerschaft – in allgemeinen Krisen-

situationen und im Zusammenhang mit der Ablösung vom Elternhaus. Unsere Beobachtungen, die noch systematischer aufbereitet werden müssen, unterstützen die These, daß eine Partnerschaftskrise nicht nur die Kontrazeption, sondern auch die Konzeptionsbereitschaft und ganz wesentlich die situative Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch beeinflusst.

Insgesamt scheint der Abbruch der letzten Schwangerschaften von Frauen im Osten weniger von diesen lebensgeschichtlichen Konflikten bestimmt als der Abbruch der ersten Schwangerschaften im Westen. Möglicherweise sind nicht nur die Konflikte in soziale Kulturen eingebettet – mit den jungen und gut ausgebildeten Frauen als Gruppe, die die Konflikte am verschärftesten erfährt –, sondern auch die Konfliktlösungen.

Insgesamt scheint das Paradoxon für die abgebrochenen Schwangerschaften anders zu formulieren zu sein als für die ausbleibenden erwünschten. Es gilt nicht: „Wenn es kommt, dann kommt es. Wenn man will, kommt es gerade nicht.“ Sondern: „Es kommt gerade dann, wenn es nicht kommen soll.“

HINWEISE AUF KÖRPERLICHE FOLGEN ODER PSYCHISCHE VERARBEITUNGSPROBLEME

Aus den Daten der standardisierten Erhebung C1 der DESIS-Studie läßt sich für die auf einen Abbruch folgenden Schwangerschaften, verglichen mit ersten Schwangerschaften und Schwangerschaften mit einer anderen Vorgeschichte, weder eine verlängerte „Wartezeit“ feststellen noch eine erhöhte Rate an reproduktiven

Verlusten (vgl. KARMAUS/DÄSSLER/HELFFERICH [1996]). Die Verarbeitung reproduktiver Ereignisse spielt aber eine Rolle in einem umgekehrten Zusammenhang: Nach einem reproduktiven Verlust trat in den Schwangerschaftsbiographien deutlich seltener ein Schwangerschaftsabbruch auf als nach einem anderen Ergebnis der Schwangerschaft.

In C3 fanden sich nur wenige Frauen mit anhaltenden Verarbeitungsproblemen. Deutlich wurde aber auch, daß Frauen sich mit dem Ereignis einer ungeplant eingetretenen und abgebrochenen Schwangerschaft auseinandersetzten und – in unterschiedlicher Intensität – mit der Verarbeitung beschäftigt waren.

LITERATUR

HELFFERICH, C., v. TROSCHKE, J. (1985): Ursachen unzureichender Verhaltensweisen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften. Abschlußbericht im Auftrag des BMJFG, Freiburg/Bonn

HOLZHAUER, B. (1991): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen, Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Bd. 38, 2. Auflage, Freiburg

KARMAUS, W., DÄSSLER, U., HELFFERICH, C. (1996): The Reproductive History of Women in East and West Germany, erscheint 1996 in: Sozial- und Präventivmedizin

TEILNEHMER/-INNEN

Gabriele Abild-Schindler

Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend
Rochusstraße 8-10
53123 Bonn
0228/930-29 10 o. 21 45

Heike Albrecht

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

Stefanie Amann

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/89 92-355
0221/89 92-300

Dr. Jutta Begenau

Humboldt-Universität Berlin
Abt. Psychosoziale Frauenheilkunde
Tucholskystraße 2
10117 Berlin
030/28 02-53 12
030/28 02-64 55

Prof. Dr. Jürgen Bengel

Universität Freiburg
Abt. für Rehabilitationspsychologie
Belfortstraße 16
79098 Freiburg
0761/2 03-21 22

Stefanie Boos

Lore Agnes-Haus, Beratungszentrum AWO
Bezirksverband Niederrhein
Lützowstraße 32
45141 Essen
0201/31 20 51

Prof. Dr. Elmar Brähler

Universität Leipzig
Abt. Med. Psychologie und Med. Soziologie
Liebigstraße 21
04103 Leipzig
0341/9 71 (09)-88 00

Dipl.-Psych. Berit Brockhausen

Familienplanungszentrum Berlin e.V.
Balance-Haus 19
Ruschestraße 59
10365 Berlin
030/5 53 67 92
dto.

Dr. Elke Brüser

Wissenschaftsjournalistin
Süddeutsche Zeitung München
Selerweg 31
10169 Berlin
030/7 95 95 35
030/7 95 13 12

Dipl.-Soz. Päd. Christine Büchl

Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen
Am Kastenstadel 1
86152 Augsburg
0821/15 20 36
0821/31 27 03

Prof. Dr. Günter Burkart

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg
0761/6 82-2 11 o. 2 19
0761/6 82-4 60

Ulrich Däßler

Universität Rostock
Inst. für Gesundheitswissenschaften
Abt. Sozialmedizin
Schillingallee 70
18055 Rostock
0381/4 94-59 46

Angelika Diggins-Rösner

Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend
Godesberger Allee 140
53175 Bonn
0228/9 30-72 65

Miriam Engelhard

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

Dipl.-Psych. Jörg Fichtner

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 13
79104 Freiburg
0761/20 35 27

Monika Fränznick

Feministisches Frauen
Gesundheitszentrum e.V.
Bamberger Straße 51
10777 Berlin
030/2 13 95 97
030/2 14 19 27

PD Dr. Peter Goebel

Niedergelassener Therapeut
Südendstraße 3
12169 Berlin
030/7 92 35 57 (Praxis)

Christina Goethe

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

Gabriele Grafenhorst

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Frauen des Landes Brandenburg
Heinrich-Mann-Allee 103
15573 Potsdam
030/8 66 52 71

Karin Griese

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

Brigitte Gutmann

Freiburger Institut
für Gesundheitswissenschaften
Postfach 968
79009 Freiburg
0761/2 03 55 21

Dipl.-Volksw. Ursula Häberlein

Universität Freiburg
LSt. Betriebswirtschaftslehre IV
Abt. Management im Gesundheitswesen
Europa Platz 1
79098 Freiburg
0761/2 03-24 12

Dr. Cornelia Helfferich

Ev. Fachhochschule Freiburg
Buggingerstr. 38
79144 Freiburg
0761/4 78 12-48 u. 70 66 32 (pr.)

Angelika Heßling

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/89 92-238
0221/89 92-300

Dr. Cornelia Kaloff

Deutsche Forschungsanstalt für
Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR)
Projektträger:
Gesundheitsforschung des BMBF
Südstraße 125
53175 Bonn
0228/38 21-1 41

Dr. Petra Kaltwaßer

Universitätsfrauenklinik Halle
Klinikum Kröllwitz
Ernst-Grube-Straße 40
06097 Halle
0345/5 57 25 25

Dipl.-Sozialök. Ingrid Kandt

NORDIG-Institut für
Gesundheitsforschung und Prävention
Alte Kollaustraße 32
22529 Hamburg
040/55 77 72 13

Dr. Wilfried Karmaus

NORDIG-Institut für
Gesundheitsforschung und Prävention
Alte Kollaustraße 32
22529 Hamburg
040/55 77 72 10

Prof. Dr. Heribert Kentenich

Universitätsfrauenklinik
Virchow-Klinikum
Pulsstraße 4-14
14050 Berlin
030/30 35-44 95 (Skr.)

Notker Klann

Katholische BAG für Beratung
Kaiserstraße 163
53113 Bonn
0228/10 32 31
0228/10 33 34

Dipl.-Psych. Regina Könnecke

Universität Heidelberg
Psychosomatische Klinik
Thibautstraße 2
69115 Heidelberg
06221/56-58 75 o. 58 37

Dr. Günter Kolz

Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend
Godesberger Allee 140
53175 Bonn
0228/9 30-75 15

Marion Küppers-Chinnow

NORDIG-Institut für
Gesundheitsforschung und Prävention
Alte Kollaustraße 32
22529 Hamburg
040/55 77 72 10

Heike Lauer

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/88 48 43

Sabine Maier

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

Dipl.-Psych. Daniela Mauthe

Freiburger Institut
für Gesundheitswissenschaften
Postfach 968
79009 Freiburg
0761/2 03 55 30

Bettina Nickel

Universität Augsburg
Fakultät für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften, LSt. für Soziologie
Universitätsstraße 16
86135 Augsburg
0821/5 98-41 02

Dr. Gisela Notz

Universität/Gesamthochschule Essen
Probsteistraße 2a
53639 Königswinter
02244/29 49 (pr.)

Dr. Corinna Onnen-Isemann

Universität Oldenburg
Institut für Soziologie
Postfach 25 03
26111 Oldenburg
0441/7 98-29 39 o. 29 61
0441/7 98-29 19

Mechthild Paul

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/89 92-320
0221/89 92-300

Dr. Elisabeth Pott

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/89 92-241
0221/89 92-400

Uschi Radermacher

Selbsthilfe ungewollt Kinderloser
Maikammer 3
40589 Düsseldorf
0211/75 48 00

Eckhard Schroll

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Postfach 91 01 52
51071 Köln
0221/89 92-210
0221/89 92-300

Dr. Ursula Sottong

Malteser Arbeitsgruppe NFP
Steinfelder Gasse 9
50670 Köln
0221/1 60 29 46
0221/1 60 19 49

Dipl.-Psych. Heike Stammer

Universität Heidelberg
Abt. für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg
06221/56-81 39 o. 81 51

PD Dr. Bernhard Strauß

Universität Kiel
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Niemannsweg 147
24105 Kiel
0431/5 97-26 55

Hanne Thiemann-Zickfeld

Ministerium für Frauen, Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken
0681 / 5 01-32 62
0681 / 5 01-32 39

Prof. Dr. Jürgen v. Troschke

Universität Freiburg
Abt. für Medizinische Soziologie
Stefan-Meier-Straße 17
79104 Freiburg
0761 / 2 03-55 18
0761 / 2 03-55 16

Christine Tsolodimos

BRIGITTE-Redaktion
Gruner & Jahr AG & Co.
Ressort Beruf, Medizin, Psychologie
Am Baumwall 11
20444 Hamburg
040 / 37 03-24 59
040 / 37 03-57 80

Maren Weidner

PRO FAMILIA Hamburg
Halstenbeker Straße 79 B
22457 Hamburg
040 / 5 59 15 97

Dr. Birgit Werkmeister

PRO FAMILIA Mainz
Quintiusstraße 6
55116 Mainz
06131 / 2 87 66 10

Claudia v. Zylinicki

Wochenpost - Berliner Verlag GmbH
Redaktion Wissen
Ritterstraße 3
10969 Berlin
030 / 4 25 45 09 (pr.)

LITERATUR

BAIRD, DD., WILCOX, AJ., WEINBERG CA. (1986): Use of time to pregnancy to study environmental exposures, in: *Am J Epidemiol* 124, S. 470-480

BARTH, E. und STRAUSS, B. (1986): Männer & Verhütung, Ergebnisse einer Untersuchung und Überlegungen zur Entwicklung von Empfängnisverhütung, Braunschweig, Holtzmeier

BAYROPHARM, Leverkusen (1989): Ungewollte Kinderlosigkeit im Spiegel der Betroffenen, Dr. Emil Bruckert GmbH, Mafer-Institut, Schwalbach

BECK-GERNSHEIM, E. (1991): Technik, Macht und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt a.M., Fischer Verlag

BECKER, G. S. (1981): *A treatise on the family*. Cambridge, Harvard University Press

BENTS, H. (1988): Psychosomatische Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit, Diss., Münster

BERTAUX, D. (1981): From the Life-History Approach to the Transformation of Sociological Practise, in: BERTAUX, D. (Hrsg.): *Biography and Society*, Beverly Hills, London

BIRG, H., FELBER, W., FLÖTHMANN, E.-J. (o.J.): Arbeitsmarktdynamik, Familienentwicklung und generatives Verhalten – Eine biographische Konzeption für Untersuchungen demographisch relevanter Verhaltensweisen, IBS-Materialien Band 16, Köln: Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik

BIRG, H., FLÖTHMANN E.-J., REITER I. (1991): *Biographische Theorie der demographischen Reproduktion*, Frankfurt, Campus

BOHNSACK, R. (1993): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*, Opladen, Leske + Buderich, 2. Auflage

BRÄHLER, C. (1990): *Familie, Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit. Motivationen und Behandlungsverläufe bei künstlicher Befruchtung*, Westdeutscher Verlag, Opladen

BRÄHLER, E., MEYER, A. (1991): *Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin. Jahrbuch der medizinischen Psychologie* 5, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

BRÄHLER, E. (1993): *Fruchtbarkeitsstörungen – Trends in der psychosomatischen Forschung*, PPMp, 43, S. 298-303

BRÄHLER, E., GOLDSCHMIDT, S., RICHTER, Y. (1995): *Paarbeziehung und Behandlungsverlauf bei In-vitro-Fertilisation. Unveröffentlichter Zwischenbericht*, Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

BREDNICH, R.W. (1990): *Die Spinne in der Yucca-Palme*, München, Beck

BURGER, A., SEIDENSPINNER, G. (1988): *Töchter und Mütter. Ablösung als Konflikt und Chance*, Opladen, Leske + Budrich

- BURKART, G. (1992): Lebenszeitperspektiven – Ergebnisse qualitativer Milieustudien, in: GRAEBE, Sylvia (Hrsg.): Alltagszeit – Lebenszeit, Zeitstrukturen im privaten Haushalt, Frankfurt, Campus, S.139-164
- BURKART, G. (1994): Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien, Stuttgart, Enke
- BURKART, G. (1995): Biographische Übergänge und rationale Entscheidungen, BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, Heft 2, S. 1-30
- BURKART, G., KOHLI M. (1992): Liebe, Ehe, Elternschaft. Die Zukunft der Familie, München, Piper
- CALDWELL, J. C. (1980): Mass education as a determinant of the timing of fertility decline, Population and Development Review, 6, S. 225-255
- CARTWRIGHT, A. (1988): Unintended pregnancies that lead to babies, in: Soc. Sci. Med. 27 (3), S. 249- 254
- DÄSSLER, U., HÄBERLEIN, U., HELFFERICH, C., KANDT, I., KARMAUS, W., KÜPPERS-CHINNOW, M., MÜLLER, E., NEUMANN, H.-G., PENNANEN, P., RUNGE, J., SCHEHR, K., WANITSCHKE, A. (1995): Untersuchungen zur Infertilität und Subfertilität. Deutscher Beitrag zur EG-Studie, Institut für Gesundheitswissenschaften, Rostock
- DAVIES-OSTERKAMP, S. (1991): Psychologie und Gynäkologie, Edition Medizin VCH, Weinheim
- DELAISI DE PARSEVAL, G., JANAUD, G. (1986): Ein Kind um jeden Preis. Ethik und Technik der künstlichen Zeugung, Beltz, Weinheim, Basel
- DIEDRICH, K. (1992): Vortrag der 1. Gießener Endokrinologischen Fortbildung, in: Gießener Allgemeine vom 3. 2. 1992.
- ENGFER, A. (1988): Kindesmißhandlung, Enke, Stuttgart
- FREUD, S. (1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, Gesammelte Werke, Bd. I, S. 491-516, Studienausgabe, Bd. 5, Frankfurt, Fischer, S. 11-35
- GEISSLER, B., OECHSLE M. (1994): Lebensplanung als Konstruktion: Biographische Dilemmata und Lebenslauf-Entwürfe junger Frauen, in: Beck/Beck-Gernsheim (Hrsg.): Riskante Freiheiten, Frankfurt, Suhrkamp, S. 139-167
- GLOGER-TIPPELT, G., GOMILLE B., GRIMMIG R. (1993): Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht, Opladen, Leske und Budrich
- GOEBEL, P. (1982): Die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch – Ergebnis einer Untersuchung an 228 Patientinnen, in: POETTGEN, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft, Köln-Löwenich, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 110-116
- GOEBEL, P. (1994): Abbruch der ungewollten Schwangerschaft. Ein Konfliktlösungsversuch, Berlin u.a., Springer

HELFFERICH, C., v. TROSCHKE, J. (1985): Ursachen unzureichender Verhaltensweisen von Frauen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften, Abschlußbericht im Auftrag des BMJFG, Freiburg, 1985

HELFFERICH, C., SCHEHR, K., WEISE, E. (1996): HIV-Prävention und Kontrazeption als sinnhaftes Handeln bei Frauen, Abschlußbericht im Auftrag des BMFT, Freiburg

HIMES, N. E. (1963): Medical History of Contraception, New York, Gamut Press

HÖLZLE, C. (1986): Nächster Zyklus – Neue Hoffnung. Medizinische und psychologische Aspekte der extrakorporalen Befruchtung, Film, 47 Min., Institut für den wissenschaftlichen Film, Göttingen

HÖLZLE, C. (1990): Die psychische Bewältigung der In-vitro-Fertilisation, Lit. Verlag, Münster

HÖLZLE, C., WIESING, U. (1991): In-vitro-Fertilisation – Ein umstrittenes Experiment, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

HOLZHAUER, B. (1991): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen, Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Bd. 38, 2. Auflage, Freiburg

Institut für Demoskopie ALLENSBACH (1993): Frauen in Deutschland. Die Schering-Frauenstudie 1993. Lebensverhältnisse, Lebensstile und Zukunftserwartungen, Köln, Bund

KARMAUS, W., DÄSSLER, U., HELFFERICH, C. (1996): The Reproductive History of Women in East and West Germany, erscheint 1996 in: Sozial- und Präventivmedizin

KNORRE, P. (1991): Fertilität und Infertilität aus psychosomatischer Sicht, in: BRÄHLER, E. (Hrsg.) (1991)

KOHLI, M. (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37, S. 1-29

LÄPPLER, M. (1989): Pilotstudie zur Ermittlung medizinischer, psychischer und psychosozialer Spontanaborte, Wiener Klinische Wochenschrift 101, S. 666-673

LÄPPLER, M. (1991): Andrologische und psychologische Aspekte des Abortgeschehens, Zeitschrift für klinische Medizin, 46, S. 894-900

LANGENBUCHER, H. (1991): Sprache des Körpers – Sprache der Seele. Wie Frauen sich wohlfühlen können, Herder, Freiburg i. B.

MANN, L. (1984): Sozialpsychologie, Weinheim, Beltz

MARCHBANKS, PA., PETERSON, HB., RUBIN GL, WINGO PA. (1989): Research on infertility: definition makes a difference. The Cancer and Steroid Hormone Study Group, in: Am J Epidemiol 130, S. 259-267

MAYER, A. (1925): Psychogene Störungen der weiblichen Sexualfunktion, in: SCHWARZ, O. (Hrsg.) (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

MENKEN, J. A. (1985): Age and fertility: How late can you wait?, *Demography*, 22, S. 469-483

MOSHER, WD. (1985): Reproductive Impairments in the United States, 1965-1982, in: *Demography* 1985, Vol 22, No 3, S. 415-430

NAVE-HERZ, R. (1988): Kinderlose Ehen. Eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit, Juventa, Weinheim, München

PAGE, H. (1989): Estimation of the prevalence and incidence of infertility in a population: a pilot study, in: *Fertil Steril* 1989, 51, S. 571-577

PÖHLER, K. (1991): Psychische Verarbeitung und Bewältigung des Sterilisationsproblems, unveröffentl. Vortrag bei der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie in Halle

PROJEKTGRUPPE DESIS (1994): Untersuchungen zur Infertilität und Subfekundität. Deutscher Beitrag zur EG-Studie. Abschlußbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie, Rostock/Hamburg/Freiburg

RACHOOTIN, P., OLSEN J. (1982): Prevalence and Socioeconomic Correlates of Subfecundity and Spontaneous Abortion in Denmark, in: *International Journal of Epidemiology* 1982, 11, S. 245-249

RANTALA, M.L., KOSKIMIES, A.I. (1986): Infertility in women participating in a screening program for cervical cancer in Helsinki, in: *Acta Obstet Gynecol Scand* 65, S. 823-825

ROEMER, H. (1963): Gynäkologische Organneurosen, Einführungsvorlesungen in die Psychosomatik, Thieme, Stuttgart

SANDELOWSKI, M. (1986): Sophie's Choice: a Metaphor for Infertility, in: *Health Care Women Int* 1986, 7, S. 439-453

SCANZONI, J., Dawson L. (1988): Men, women, and change. A sociology of marriage and family, Third edition, New York, McGraw-Hill

SIEGRIST, J. (1988): Medizinische Soziologie, München, Urban & Schwarzenberg

SCHWARZ, O. (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

SCHWARZ, O. (1925): Psychogene Störungen der männlichen Sexualfunktion, in: SCHWARZ, O. (Hrsg.) (1925): Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Springer, Wien

STAUBER, M. (1979): Psychosomatik der sterilen Ehe, Grosse Verlag, Berlin

STRAUSS, B. (1991): Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung, Enke, Stuttgart

STRAUSS, B. (1992): Quantitative Einzelfallforschung, in: BASLER, H. D., REHFISCH, H. P., ZINK (Hrsg.): Psychologie in der Rheumatologie, Jahrbuch der medizinischen Psychologie 8, Springer, Berlin

THONNEAU, P., SPIRA, A. (1990): Prevalence of infertility: international data and problems of measurement, in: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 38, S. 4 3-52

WETTERER, A., WALTERSPIEL, G. (1983):
Der weite Weg von den Rabenmüttern
zu den Wunschkindern. Zur Logik der Be-
völkerungsentwicklung seit dem Mittelalter,
in: HÄUSSLER, M. et al.: Bauchlandungen.
Abtreibung, Sexualität, Kinderwunsch.
München, Frauenbuchverlag, S. 15-58