

## 6 Reproduktive Biographien und Reproduktive Gesundheit

Reproduktive Biographie und reproduktive Gesundheit sind die Schlüsselbegriffe für dieses Kapitel. Auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde „reproductive health“ mit Bezug auf das Verständnis von Gesundheit, wie es die Weltgesundheitsorganisation formuliert hat, als „Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit reproduktiver Krankheiten oder Beschwerden“ definiert. Der Begriff bezieht sich auf die reproduktiven Prozesse und Funktionen in allen Phasen des Lebens auch außerhalb der fruchtbaren Jahre (UN 1995). Er schließt die Fähigkeit zur Fortpflanzung, ein befriedigendes Sexualleben und die freie Entscheidung über die Kinderzahl ebenso ein wie das Recht auf den Zugang zu Informationen, zu sicheren, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Familienplanung und zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung.

Dem Begriff der reproduktiven Gesundheit liegt ein breites und lebensweltorientiertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde. Die Weltgesundheitsorganisation verweist darauf, daß reproduktive Gesundheit weder von einer Liste von Krankheiten oder Problemen bestimmt werden soll, wie z. B. sexuell übertragbare Krankheiten oder Müttersterblichkeit, noch in eine Liste von Programmen münden soll wie Schwangerenvorsorge oder Familienplanung in einem eng gefaßten Sinn. Reproduktive Gesundheit soll vielmehr im Kontext menschlicher Beziehungen verstanden werden. Sie umfaßt die Realisierung eines individuellen Potentials, die Minimierung von Risiken und die Möglichkeit, ein gewünschtes Kind zu bekommen ebenso wie eine ungewünschte und gesundheitsgefährdende Schwangerschaft zu vermeiden (Kunz 1996: 3; vgl. UN 1995: 2 - Übersetzung der Autorinnen). In diesen Formulierungen spiegelt sich der Einfluß sowohl der internationalen Organisationen für Bevölkerungs- und Familienplanung als auch der internationalen Frauengesundheitsbewegung wider (vgl. Thoß 1996). Reproduktive Gesundheit steht in diesem Zusammenhang für menschliche Entwicklungsmöglichkeiten. Sie ist ein wesentlicher Teil der allgemeinen Gesundheit, und als zentraler Aspekt der menschlichen Entwicklung (UN 1995: 1) ist sie in der internationalen Diskussion mit Menschenrechtsfragen verbunden (WHO 1995; Pro Familia 1995: 7).

Das Konzept der reproduktiven Biographie hebt hervor, daß in den einzelnen Phasen des Lebenslaufs reproduktive Gesundheit jeweils einen eigenen Stellenwert hat und jeweils unterschiedliche gesundheitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, Belastungen bewältigt werden müssen und phasenspezifische Versorgungsangebote erforderlich sind. Die klassischen Phasen sind die Jugend, die Familienphase und das Alter; als „Meilensteine“ gelten die erste Regelblutung, der erste Geschlechtsverkehr, die Spanne der sexuell aktiven Zeit bis zur Heirat oder dem gemeinsamen Haushalt, die Heirat, das erste Kind und die Beendigung des Kinderwunsches (Forrest 1993). In allen Phasen sind biologische und soziale Aspekte eng miteinander verwoben. Die Abfolgemuster und insbesondere die Vorstellungen davon, was das angemessene Alter für die Übergänge zwischen den Phasen ist, variieren zwischen historischen Perioden, Kulturen und sozialen Gruppen. Das Konzept der reproduktiven Biographie bezieht sich nicht allein auf die

Funktionen im Zusammenhang mit Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt. Auch Frauen, die nie eine Blutung, nie heterosexuellen Geschlechtsverkehr oder nie Kinder hatten, haben ihre eigene reproduktive Biographie.

Die Konzepte der reproduktiven Gesundheit und der reproduktiven Biographie sind insofern für einen Bericht zur Gesundheit von Frauen wichtig, weil sie es erlauben, die natürlichen Abläufe als solche zu beschreiben, Gesundheitsprobleme aufzugreifen, ohne die Tradition der Pathologisierung reproduktiver Phasen fortzuschreiben, wie z. B. der Schwangerschaft und Geburt und der Annahme einer besonderen Gefährdung des weiblichen Körpers durch die reproduktiven Funktionen. Dies erst eröffnet die Möglichkeit, angemessene Angebote im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit zu entwickeln.

Reproduktive Gesundheit umfaßt das Kontinuum von Gesundheit bis Krankheit, mit Einzelthemen vom Menarchealter bis zu Gewalterfahrungen, von Schwangerschaft und Geburt bis zu sexuell übertragbaren Krankheiten und Krankheiten der reproduktiven Organe. Diese Aspekte haben in den einzelnen Lebensabschnitten jeweils eine unterschiedliche Bedeutung.

Für den vorliegenden Bericht wurden einige Aspekte, der nationalen Diskussion entsprechend, nicht in einen Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit gestellt. Sie sind daher nicht in diesem, sondern in anderen Kapiteln zu finden. Müttersterblichkeit, sexuell übertragbare Krankheiten und Brustkrebs werden in Kapitel 3 aus epidemiologischer Perspektive dargestellt. Gewalt im Geschlechterverhältnis wird in Deutschland nicht vorrangig als Aspekt reproduktiver Gesundheit diskutiert; im internationalen Zusammenhang wird sie mit der Forderung „Schutz vor schädlichen Sexualpraktiken und Gewalt“ als Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit verstanden. Der Gewalt im Geschlechterverhältnis ist ein eigenes Kapitel gewidmet (Kapitel 5). Auch Prostitution wird international als Aspekt der sexuellen Gesundheit eingeordnet (z. B. WHO 1994); im vorliegenden Bericht wird auf Prostituierte als eine Gruppe eingegangen, die vom Gesundheitssystem unzureichend versorgt wird (Kapitel 2.4.2) und die häufig Gewalt erlebt (Kapitel 5). AIDS und HIV-Infektionen werden als zu bewältigende gesundheitliche Einschränkungen aufgegriffen (Kapitel 9.4). Der Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter ist ein eigenes Kapitel gewidmet (Kapitel 8).

Das Kapitel gliedert sich in mehrere Abschnitte. Es beginnt mit den Themen der ersten Regelblutung und des ersten Geschlechtsverkehrs (Kapitel 6.1), gefolgt von Familienplanung und Kontrazeption (Kapitel 6.2). Auf den Schwangerschaftsabbruch (Kapitel 6.3) als eine Option und auf Fruchtbarkeitsstörungen (Kapitel 6.4) als eine Einschränkung im Rahmen von reproduktiven Biographien wird in zwei weiteren Abschnitten eingegangen. Ein Abschnitt zu Schwangerschaft und Geburt (Kapitel 6.5) schließt das Kapitel reproduktive Biographien und reproduktive Gesundheit ab.

## 6.1 Erste Regelblutung und erster Geschlechtsverkehr

### 6.1.1 Einleitung

Die erste Regelblutung (Menarche) und der erste Geschlechtsverkehr (Kohabitarche) gelten als „Meilensteine“ der körperlichen und psychosozialen Entwicklung. Die Menarche bedeutet Geschlechtsreife und Beginn der Möglichkeit, Kinder zu bekommen. Sie hat aber über die physiologische Bedeutung hinaus als Zeichen für Frau-Sein und Fruchtbarkeit und als „Initiation des kindlichen Mädchens in seine erwachsene weibliche Rolle“ auch psychosoziale und kulturelle Bedeutung (Mahr 1985: 177). Als Teil einer körperlichen Wachstumsentwicklung, einer hormonellen Umstellung und einer äußerlich sichtbaren Veränderung des Körpers hat die Menarche zudem eine soziale Bedeutung für die Kontakte zu anderen Menschen.

Im Hinblick auf die Gesundheit kommt dieser Phase der Jugend mit der ersten Regelblutung und dem ersten Geschlechtsverkehr eine besondere Relevanz zu. Es gibt eine Reihe von Hinweisen, daß die Verarbeitung dieser Veränderung nicht immer unproblematisch verläuft. Deutlichster Indikator ist die ab der Pubertät zunehmende Unzufriedenheit von Mädchen mit ihrem Körper, während in derselben Entwicklungsphase die Zufriedenheit der Jungen mit der eigenen Erscheinung zunimmt (als Überblick vgl. Kracke/Silbereisen 1994: 303).

### Datenlage

Zum Menarche- und Kohabitarchealter liegt eine Vielzahl von Studien in Ost und West vor. Während die Menarche Thema schon im 19. Jahrhundert war, wurden zur Kohabitarche in Ost und West erst in den 60er Jahren Befragungen - zunächst bei speziellen Zielgruppen (z. B. Medizinstudierenden in der DDR: Rennert 1966), später als repräsentative Untersuchungen - durchgeführt. Kohabitarche wird dabei implizit als erster *heterosexueller* Geschlechtsverkehr verstanden; homosexuelle Erfahrungen werden meist nicht erfragt. Neuere Untersuchungen betrachten das relative Reifungstempo, d. h. das Menarche- bzw. Kohabitarchealter der Befragten in Relation zum entsprechenden Alter bei der Mehrzahl der Gleichaltrigen (Kracke/Silbereisen 1994).

Die empirische Erfassung des Menarche- und Kohabitarchealters birgt zwei mögliche Fehler: Werden *junge Frauen* befragt, dann ist die Erinnerung wenig verzerrt, aber die Daten sind rechtszensiert, d. h. das durchschnittliche Menarche- oder Kohabitarchealter bei 16jährigen liegt allein schon aus methodischen Gründen stets niedriger als bei 17jährigen, da keine Werte über 16 Jahre auftreten können. Werden *ältere Altersgruppen* befragt, liegt keine Rechtszensierung vor, aber die Erinnerung ist möglicherweise verzerrt. Retrospektive Angaben des Menarchealters gelten dennoch als weitgehend verlässlich (vgl. Kracke/Silbereisen 1994: 296f.). Für Angaben zum Kohabitarchealter liegen entsprechende Überprüfungen nicht vor.

Aussagen zur historischen Entwicklung des Alters bei der ersten Regelblutung oder dem ersten Geschlechtsverkehr unterliegen in den meisten Fällen methodischen Einschränkungen und sind mit Vorsicht zu interpretieren.

In den 80er Jahren entwickelte sich ein Interesse am subjektiven Erleben von Menarche und Menstruation in der Jugend. Angaben zum subjektiven Erleben unterliegen, stärker als Angaben zum Menarchealter, Verzerrungen (Strauß/Appelt 1991; vgl. Mahr 1985: 56ff.).

### **6.1.2 Die erste Regelblutung: Alter und Erleben**

Untersuchungen aus den 80er und 90er Jahren nennen ein für die alten und neuen Bundesländer jeweils sehr ähnliches Menarchealter, das dicht bei dem in der Shell-Studie von 1992 ermittelten Wert von 12,9 Jahren liegt (Jugendwerk der Deutschen Shell 1992, Bd. 4: 201; 13-29jährige; vgl. Starke 1990 für die DDR und Kluge 1998 ohne Unterscheidung nach alten und neuen Bundesländern). Das durchschnittliche Menarchealter von Frauen, die nach acht Schuljahren, nach zehn Schuljahren und mit Abitur ihre Ausbildung abgeschlossen haben, unterschied sich 1990 nur geringfügig (Fritsche 1992 für die neuen Bundesländer).

Die Vorbereitung und Vermittlung von Wissen wirken sich darauf aus, wie Mädchen die Menarche und später ihre Menstruation erleben. Heute werden Mädchen in den neuen wie in den alten Bundesländern in der Regel im Rahmen der Sexualaufklärung auf die Menarche vorbereitet. Dies galt 1994 für 78 % der 14-17jährigen Mädchen. 17 % waren vage und 4 % waren völlig unvorbereitet gewesen. Die Vorbereitung wird auch heute im wesentlichen von der Mutter übernommen. Qualitative Studien weisen darauf hin, daß trotz einer Offenheit im Umgang mit dem Thema durchaus Tabus weiter existieren können (z. B. Haase 1992).

1994 empfand ein knappes Drittel (31 %) der 14-17jährigen Mädchen die Menarche als "normal und natürlich", 32 % als "unangenehm" und 20 % hatten sehr ambivalente Gefühle ("gute und schlechte Gefühle"). Gut vorbereitete Mädchen erlebten die Menarche und die Menstruation häufiger als normal und natürlich als nur vage oder gar nicht vorbereitete Mädchen (Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 62). Eine retrospektive Befragung von 20-50jährigen Frauen in Partnerschaften zeigte, daß Bildung und Menarchealter das Erleben beeinflussten: Je höher die Bildung und je höher das Menarchealter, desto eher wurden "eher angenehme" oder "nur angenehme" Erinnerungen an die Menarche angegeben (Begenau/Rauchfuß 1992).

Mädchen, bei denen die Menarche und die körperlichen Reifungsprozesse in jüngerem Alter auftreten, sind auch in anderer Hinsicht frühreifer: Sie haben eher intime heterosexuelle Freundschaften und mehr Kontakte zu älteren Jugendlichen (rasches "relatives Entwicklungstempo"). Die im Vergleich mit Gleichaltrigen früh entwickelten Mädchen sind einerseits stärker verunsichert, andererseits profitieren sie davon, daß ihnen eher Selbständigkeit zugetraut wird (Kracke 1988, für die Bundesrepublik 1986). Kracke und

Silbereisen (1994: 320) beschreiben dabei einander ergänzende Mechanismen: Die (früh-) reifen Mädchen entwickeln von sich aus neue Interessen und die Umwelt reagiert auf ihre körperliche Erscheinung (vgl. Ewert 1989).

### **Menarchealter und -erleben im historischen Trend**

In den vergangenen 100 Jahren hat sich das Alter bei der ersten Regelblutung historisch vorverlagert (z. B. Tanner 1962; Hofmann/Soergel 1972). Besonders deutlich ging das Menarchealter im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts zurück. Lag 1890 das Alter bei der ersten Menstruation noch bei 15,5 Jahren, so wurde zwischen 1920 und 1940 mit 0,6 Jahren Rückgang in jeder der nach 10 Jahres-Abständen gebildeten Geburtskohorten eine sprunghafte Abnahme beobachtet, die in einen langsameren Rückgang seit den 30er Jahren überging (Hofmann/Soergel 1972: 970). Generationenvergleiche zwischen Müttern und Töchtern bestätigen die Vorverlagerung der Menarche (Schmid-Tannwald/Kluge 1998; Strauß et al. 1990). Gründe der Vorverlegung der Menarche - die in Kriegs- und Notzeiten aussetzte - werden in der Verbesserung der allgemeinen Lebens- und Ernährungsbedingungen gesehen. Angaben für die 50er Jahre und 80er Jahre unterscheiden sich nicht mehr wesentlich (DDR: Ahrendt 1985; vgl. Schmid-Tannwald/Urdze 1983). Daher - und angesichts der unzureichenden Datenbasis für Trendausagen - ist strittig, ob sich der Trend der Vorverlegung seit den 70er Jahren weiter fortsetzt.

Die zweite Entwicklung seit der Jahrhundertwende neben der Vorverlagerung der Menarche ist das Verschwinden der Unterschiede zwischen sozialen Gruppen bezogen auf das Menarchealter. Wurden um die Wende zum 20. Jahrhundert bis in die 50er Jahre noch z. T. deutliche soziale Unterschiede im Menarchealter festgestellt (Ewert 1983: 299; Ackermann 1959; Reißig 1981; Ahrendt 1985), so sind diese heute nicht mehr auffällig.

Im Generationenvergleich ist erkennbar, daß sich die Vorbereitung auf die Menarche und das Erleben der Regelblutung ebenfalls geändert hat. 1994 berichteten die Mütter in den neuen (39 %) und alten Bundesländern (27 %) zu einem wesentlich geringeren Anteil, sie seien auf die Menarche vorbereitet gewesen als ihre Töchter (78 %). Etwa ein Viertel der Mütter, aber nur noch 4 % der Töchter waren völlig unvorbereitet (Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 62 und 202; vgl. für eine kleine selektive Stichprobe: Strauß et al. 1990). Mahr (1985) fand in Westdeutschland eine deutlich positivere Erinnerung an die Menarche bei den nach 1953/54 Geborenen, die ihre Pubertät in der Zeit der sexuellen Liberalisierung erlebt hatten, verglichen mit vorangegangenen Kohorten. Obwohl Mädchen heute deutlich besser auf die Menarche vorbereitet sind und wesentlich häufiger positive Erinnerungen äußern, wird die erste Blutung dennoch nur von einem Drittel der jungen Frauen als normal und natürlich erlebt (ebd.), und auch Strauß et al. (1990) zeigen, daß neben deutlich mehr positiven Reaktionen nach wie vor auch negative und ambivalente Reaktionen zu finden sind. Die Menarche bedeutet die Möglichkeit der Fruchtbarkeit, diese stellt aber zunächst nur ein Risiko dar, denn das Mädchen soll von

dieser Möglichkeit unter keinen Umständen Gebrauch machen (Mahr 1985: 177). Nach der Menarche tritt aber eine Normalisierung ein, so daß das Erleben der Menstruation später positiver ausfällt als das Erleben der ersten Blutung (Kluge 1998: 34; vgl. BZgA 1999c).

### **6.1.3 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr**

Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (Kohabitarche) betrug 1994, Mädchen und Jungen zusammengefaßt, 16,6 Jahre mit einer Standardabweichung von 1,7 Jahren und einer Streuung zwischen 11 und 23 Jahren. In den neuen Bundesländern lag es mit 16,3 Jahren deutlich niedriger als in den alten Bundesländern mit 16,8 Jahren. Der Altersgipfel lag bei den jungen Frauen und Männern bei 16 Jahren, d. h. im Alter von 16 Jahren machten, verglichen mit anderen Lebensjahren, prozentual am häufigsten Jugendliche diese Erfahrung (26 %) (Nickel et al. 1995: 30). Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind kaum noch vorhanden, was den Anteil der Koituserfahrenen unter den 16jährigen angeht (ebd.; vgl. Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 142ff. und die Schweizer Übersichtsstudie Koffi-Blanchard et al. 1994).

Einen leichten Einfluß hat die Bildung: Eine höhere Bildung verzögerte die Kohabitarche um 0,4 Monate von 16,4 Jahren auf 16,8 Jahre (Nickel et al. 1995: 30). Untersuchungen aus dem Jahr 1990 zeigen ebenfalls für die neuen Bundesländer einen leichten Bildungseffekt. Bei Fritsche (1992) lag das durchschnittliche Kohabitarchealter der Frauen mit einem Schulabschluß nach acht Klassen bei 17,04, bei Abiturientinnen dagegen bei 17,64 Jahren (vgl. auch Starke 1990).

### **Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr im historischen Trend**

Auch beim ersten Geschlechtsverkehr zeigt ein Generationenvergleich sowie ein Vergleich von Ergebnissen aus den 60er Jahren und aus den 80er Jahren eine Vorverlagerung des Alters: Töchter und Söhne haben heute früher Geschlechtsverkehr als ihre Mütter und Väter (Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 266). In der DDR lagen in den 60er Jahren die Altersangaben für den ersten Geschlechtsverkehr für Frauen bei über 19 Jahren (Rennert 1966; für die Bundesrepublik Clement 1986: 108). Auch hier ist strittig, ob der Trend anhält. Während Replikationsstudien von Schmidt für den Westen, die Befragungen des Zentralinstituts für Jugendforschung für den Osten sowie ein Generationenvergleich in der BZgA-Studie für Ost und West (BZgA 1999c) nahelegen, daß nach einer sprunghaften Vorverlegung des Kohabitarchealters in den 60er und 70er Jahren (in der Gruppe der um 1955 Geborenen) später keine statistisch signifikanten Veränderungen mehr stattgefunden haben, werten andere Autoren leichte Rückgänge des durchschnittlichen Kohabitarchealters als Fortsetzung des Trends (z. B. Schmidt 1993: 35; Schmidt et al. 1998: 121; Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 264).

Verglichen mit den 60er Jahren verschwinden die früher deutlichen Geschlechterdifferenzen und die Bildungsunterschiede, die heute nur noch einen geringen Einfluß haben (vgl. für die Schweiz: Institut für Sozial- und Präventivmedizin 1997: 5).

#### **6.1.4 Zusammenfassung**

Mädchen bekommen heute im Durchschnitt mit 12,9 Jahren ihre erste Regelblutung und haben im Schnitt etwa drei Jahre später das erste Mal mit einem Jungen Geschlechtsverkehr (in den neuen Bundesländern mit 16 Jahren, in den alten mit 16,6 Jahren). Im langfristigen Trend ist das Alter für die erste Regelblutung und für den ersten Geschlechtsverkehr gesunken, strittig ist aber, ob dieser Trend weiter anhält. Bildungsunterschiede haben ihren Einfluß auf das Menarche- sowie Kohabitätsalter weitgehend verloren. Bezogen auf das Alter beim ersten Verkehr unterscheiden sich auch Jungen und Mädchen heute nicht mehr. Mädchen sind heute - anders als ihre Mütter - überwiegend auf die Menarche vorbereitet, aber nur ein Drittel erlebt sie als normal und natürlich.

## 6.2 Familienplanung und Kontrazeption

### 6.2.1 Einleitung

Ein wichtiger Bestandteil der reproduktiven Gesundheit und eine Voraussetzung für die Verwirklichung des reproduktiven Rechts, die Zahl der Kinder frei und informiert selbst zu bestimmen, ist der Zugang zu nicht gesundheitsschädigenden, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Empfängnisverhütung. Empfängnisverhütung wird Thema bei dem ersten heterosexuellen Geschlechtsverkehr und bleibt es für die gesamte Dauer der fruchtbaren Jahre im Leben einer Frau.

Ob verhütet wird oder nicht, kann - nicht nur beim ersten Geschlechtsverkehr - in besonderer Weise als ein Indikator dafür gelten, in welchem Maß Frauen die Möglichkeit haben, sexuelle Begegnungen in ihrem Sinn zu gestalten. Frauen können unter einer Reihe verschiedener Methoden der Empfängnisregelung wählen, wenn sie nicht schwanger werden wollen. Darunter zählen das hormonelle Verhütungsmittel „Pille“, das Kondom, das Diaphragma, das IUP (Intrauterinpessar, „Spirale“), die Kalendermethode, die Schleimmethode, die Sterilisation des Mannes oder der Frau, die Kombination der Schleim- und Temperaturmethode, der coitus interruptus sowie weitere, heute nur noch gering verbreitete Methoden. Die Wahl einer Methode zur Schwangerschaftsverhütung hängt vom Bildungsstand, der Partnerschaftssituation, der Religion ebenso ab wie von rechtlichen Regelungen, Kenntnissen und Erfahrungen über Empfängnisverhütung, ihrer Zugänglichkeit sowie der Bewertung kontrazeptiver Methoden in der Öffentlichkeit.

Der Begriff Familienplanung wird hier weiter gefaßt als der Begriff der Verhütung. Er zielt auf die Gestaltung der privaten Lebensformen mit und ohne Kinder und in unterschiedlichen familiären Konstellationen. In diesem Sinn ist der Wortteil Planung irreführend; besser wäre ein Bezug zu dem von der WHO verwendeten Begriff der „reproductive choices“ (BZgA 1999a: 4). Zwar können aufgrund der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln Entscheidungen heute weitgehend bewußt getroffen werden. Gleichzeitig aber ist es schwieriger geworden, sich zu entscheiden, denn gesellschaftliche und private Ansprüche an Ehe und Familie sind vielfältiger geworden. Auch kann die Verhütung, nur begrenzt aber das Eintreten einer Schwangerschaft geplant werden.

Insbesondere in den neuen Bundesländern hat sich die gesellschaftliche Situation, d. h. auch der soziale Hintergrund nach der Wende radikal verändert. Das Verhältnis von Kinderwunsch, Kinderplanung und realisierter Kinderzahl bzw. von gewünschten und realisierten Lebensformen kann als Indikator für Wahlschwierigkeiten herangezogen werden.

Der Abschnitt enthält Angaben zur Verhütung beim „ersten Mal“, zur Verhütung im weiteren Lebenslauf unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Sterilisa-

tionen in den neuen Bundesländern sowie zu Kinderwunsch, Kinderplanung und Planung von Lebensformen.

### **Datenlage**

Zur Frage, ob und wie beim ersten Mal verhütet wurde, liegen mehrere Jugenduntersuchungen vor, die insbesondere im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wurden, darunter nach 1990 auch Ost-West vergleichende Untersuchungen und z. T. Wiederholungsbefragungen. Wie bei Angaben zur Menarche und Kohabitarche sind bei der Interpretation Verzerrungen durch eine Rechtszensierung der Daten bei Jugendbefragungen und eine Erinnerungsverzerrung bei retrospektiven Befragungen älterer Frauen zu diskutieren. Die meisten Fragestellungen richten sich auf die Effektivität der Verhütung, während die Qualität der sexuellen Beziehung meist vernachlässigt wird. Durch die AIDS-Aufklärung seit Mitte der 80er Jahre wird das Augenmerk nicht nur auf die Schwangerschaftsverhütung, sondern auch auf die Verhinderung einer HIV-Infektion gerichtet und verstärkt die Kondomnutzung untersucht.

Auch bei erwachsenen Frauen, bei denen seit den 70er Jahren in größerem Umfang das Verhütungsverhalten untersucht worden ist, konzentrieren sich die Fragestellungen auf die Wahl von Verhütungsmitteln und in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Aspekte der Sicherheit, der Unschädlichkeit und der Bequemlichkeit als Einflußgrößen. Repräsentative Erhebungen werden in regelmäßigen Abständen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Zusammenhang mit der Erhebung des Sexualverhaltens und der Kondomnutzung zur HIV-Prävention in Auftrag gegeben. Ergebnisse aus der Studie der BZgA von 1998 (BZgA 1999c), die Verhütungsbiographien von 20-44jährigen Frauen erhoben hat, werden ebenfalls dargestellt.

Bei einigen Untersuchungen wurden auch Männer befragt. In diesen Fällen wird meist die Frageformulierung verwendet, ob die Befragten selbst oder ihr Partner/ihre Partnerin verhütet haben. So steht auch Männern die Antwortmöglichkeit Pille offen, obwohl sie selbst nicht die Pille einnehmen.

Die Datenlage über die Einstellung zu möglichen oder vorhandenen Kindern, über generatives Verhalten und die Familienbildung ist - aus bevölkerungspolitischem Interesse verstärkt angesichts des Geburtenrückgangs - gut und vielfältig. In einer vergleichenden Übersicht über Ergebnisse von Studien zum generativen Verhalten für die Bundesrepublik und andere europäische Länder zwischen 1976 und 1984 wird ausführlich auf methodische Probleme eingegangen (ebd.). In Kapitel 6.2.3 wird vor allem auf Ergebnisse des DJI-Familiensurveys (1988, N = 10.043, 18-55jährige in den alten Bundesländern) und des DJI-Jugendsurveys (1992, N = 4.526, 16-29jährige im Bundesgebiet) zurückgegriffen.

## 6.2.2 *Verhütung bei der Kohabitarche*

### **Verhütung beim „ersten und zweiten Mal“**

Nur ein geringer Prozentsatz der 14-17jährigen Frauen verhütet „beim ersten Mal“ nicht: Bei einer Wiederholungsbefragung 1996 und 1998 betrug dieser Anteil bei den Mädchen 13 % und 11 %, bei den Jungen 1996 12 % respektive 16 % (BZgA 1998: 26; vgl. Tabelle 6.2-1).

Berechnet auf die Gesamtgruppe der koituserfahrenen Mädchen bzw. Jungen in Deutschland nahmen 1998 31 % der Mädchen (Angaben der Jungen: ebenfalls 31 %) die Pille beim ersten Mal. Bevorzugtes Mittel sind aber Kondome: 68 % der Mädchen (und 55 % der Jungen) verwendeten sie. 15 % der Mädchen (13 % der Jungen) kombinierten beim ersten Mal Pille und Kondome. Alle anderen Mittel spielten eine untergeordnete Rolle und machten zusammengenommen bei den Mädchen 8 % aus (bei den Jungen 12 %; ebd.).

Für das Erhebungsjahr 1994 wurden die Anteile der verwendeten Mittel nach neuen und alten Bundesländern aufgeschlüsselt. Kondome werden als Mittel der Wahl beim ersten Geschlechtsverkehr von den Mädchen aus den alten Bundesländern häufiger angegeben als von denen aus den neuen Bundesländern, die dafür häufiger die Pille nahmen (34 % gegenüber 25 %; Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 147). Diese Unterschiede sind auch in früheren Untersuchungen festgestellt worden (vgl. Knopf/Lange 1993: 150) und finden sich auch im Verhütungsverhalten älterer Gruppen. Die Problemgruppe beim Verhüten sind die männlichen Jugendlichen aus dem ländlichen Raum der alten Bundesländer - sie verhüteten zu 24 % beim ersten Mal nicht (BZgA 1996: 49).

Beim „zweiten Mal“ wird besser verhütet als beim ersten Mal. Beim letzten (erfragten) Geschlechtsverkehr unterließen 1994 beide Geschlechter nur zu 3 % die Verhütung (BZgA 1996: 48ff.). Insgesamt geht in den alten wie in den neuen Bundesländern der Anteil des Kondoms als Verhütungsmittel im Laufe der Verhütungsbiographie wieder zurück und Mädchen übernehmen sukzessive mehr die Verhütungsverantwortung. Beim letzten Geschlechtsverkehr verwendeten (unter Angabe von Mehrfachnennungen) 63 % der Mädchen die Pille und nur noch 43 % Kondome (bei den Jungen bleibt der Anteil der Kondomnutzer gleich hoch, die Pille nimmt von 25 % auf 47 % vom ersten bis zum letzten erfragten Geschlechtsverkehr zu). Wieder liegt der Anteil der mit der Pille Verhütenden in den neuen Bundesländern höher als in den alten.

Mit dem Alter steigt das Verantwortungsgefühl bei Mädchen und Jungen, aber Mädchen fühlen sich weiterhin verantwortlicher als Jungen. Für die Zeit nach dem ersten Geschlechtsverkehr berichteten 1994 79 % der Mädchen, daß sie immer genau darauf achten, nicht schwanger zu werden, und übernahmen damit mehr Verantwortung als die Jungen, bei denen es 69 % so genau nahmen (BZgA 1996: 56). Die Angst, schwanger zu werden, war trotz zugänglicher Verhütung für 30 % der 1990 befragten 14-17jährigen

Mädchen aber immer noch ein Grund, sich nicht auf einen Geschlechtsverkehr einzulassen (Schmidt-Tannwald/Kluge 1998: 246; vgl. Nickel et al. 1995: 82).

In der Untersuchung von 1994 verhüteten Mädchen in Ost und West um so sicherer, je enger die Partnerbeziehung war, je älter das Mädchen beim ersten Mal war, je mehr sie selbst die Initiative ergriffen hatte, und je später die Mädchen die ersten sexuellen Erfahrungen machten. War der Partner nur flüchtig bekannt, verhüteten 56 % der Mädchen mit Pille oder Kondom, bei einer festen Freundschaft waren es 90 % (Schmidt-Tannwald/Kluge 1998: 91ff.; Zahlen für 1998: BZgA 1998: 23). Wollte das Mädchen bzw. wollten beide den Geschlechtsverkehr, wurde zu 88 % bzw. 89 % sicher verhütet; wollte nur der Partner, betrug der Anteil der sicher Verhütenden 67 % (Schmidt-Tannwald/Kluge 1998: 94).

Als Grund, warum bei den zurückliegenden Begegnungen nicht (immer) verhütet wurde, spielte 1998 bei den 14-17jährigen Mädchen und Jungen die Spontaneität eine große Rolle („Es kam zu spontan“ war die Antwort bei fast der Hälfte der Fälle, in denen nicht immer verhütet wurde). Neben dem Vergessen der Pille spricht aus den Ergebnissen von 1994 (BZgA 1996: 59) und 1998 (BZgA 1998) vor allem eine gewisse Sorglosigkeit, die sich an Äußerungen wie „Es wird schon nichts passieren“ und „Auf Partner/Partnerin verlassen“ festmachen läßt. Unkenntnis von Verhütung und Vorenthalten von Mitteln sowie fehlender Mut, Kondome zu kaufen, kommen heute nur noch selten vor. Mehr Mädchen als Jungen hatten Angst davor, die Eltern könnten etwas erfahren, mehr Jungen als Mädchen gaben als Grund an „Kann nicht drüber reden“. Bei den Jungen spielte 1998 der Alkohol die zweitwichtigste Rolle in 33 % der Fälle, in denen nicht immer verhütet wurde, aber auch 27 % der Mädchen gingen unter Alkoholeinfluß ein Schwangerschaftsrisiko ein (ebd.: 24).

In der qualitativen Teilstudie der Erhebung „FrauenLeben“ (BZgA 1999c) standen hinter den Angaben „kein fester Partner“ und „nicht geplant“ Risikokonstellationen dafür, daß beim ersten Mal nicht verhütet wurde - je jünger die Befragten waren, desto häufiger - jedoch auch Überraschungen und Übergriffe, bei denen das Mädchen keine Möglichkeiten hatte, die Situation aktiv zu gestalten und der Partner sich nicht der Verhütungsverantwortung stellte. In einer festen Partnerschaft war eher Zeit für eine (gemeinsame) Vorbereitung, wie sie die Verschreibung der Pille und die Besorgung von Kondomen erfordern.

Neben den situativen Faktoren spielt der Umgang der Eltern mit dem Thema Sexualität und Verhütung eine wichtige Rolle. Wenn im Elternhaus über Verhütung gesprochen wurde, verhüteten 11 % der Mädchen nicht (bei den Jungen: 12 %). Wurde nicht über das Thema gesprochen, lag dieser Anteil mit 19 % der Mädchen und 29 % der Jungen fast doppelt so hoch. Der Einfluß der Offenheit der Eltern ist beim Verhütungsverhalten der Jungen deutlicher als bei dem der Mädchen (BZgA 1996: 51). Können die Jugendlichen mit den Eltern über Verhütung sprechen, so fällt es ihnen auch leichter, mit dem Partner bzw. der Partnerin darüber zu sprechen (BZgA 1998: 22). Die Verhütungsbera-

tung der Eltern ist stark von der Bildung der Eltern beeinflusst. In der Befragung zu Lebensläufen und Familienplanung korrelierten folgende Faktoren: die Möglichkeit, mit der Mutter zu sprechen, ein offenes Familienklima und eine religiöse Erziehung positiv mit der Verhütung beim ersten Mal und mit der Einnahme der Pille (BZgA 1999c).

### Verhütung beim ersten Mal im historischen Trend

Wiederholungsbefragungen für die Bundesrepublik bzw. für die alten Bundesländer (Knopf/Lange 1993; Schmid-Tannwald/Urdze 1983; Hübner et al. 1998; vgl. Tabelle 6.2-1) und Einzeluntersuchungen zeigen, daß sich die Verhütung bei jungen Frauen und Männern deutlich verbessert hat.

Tabelle 6.2-1 Angaben zur Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr in unterschiedlichen Gruppen und Untersuchungen

| Studie                         | Grundgesamtheit                       | Jahr | Nicht verhütet                     | Anteil Pille/Kondome an der Gesamtgruppe                                                              |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wiederholungsstudie I</b>   |                                       |      |                                    |                                                                                                       |
| Schmidt (Knopf/Lange)          | 16- bis 17jährige hier: Mädchen, West | 1970 | West: 26 %                         | Kondome und/oder Pille: 39 %                                                                          |
| Schmidt (Knopf/Lange)          | 16- bis 17jährige hier: Mädchen       | 1990 | West: 17 %<br>Ost: 19 %            | Pille West: 26 %, Ost: 41 %<br>Kondome West: 57 %, Ost: 40 %                                          |
| <b>Wiederholungsstudien II</b> |                                       |      |                                    |                                                                                                       |
| EMNID (Schmid-Tannwald/Urdze)  | 14- bis 17jährige hier: Mädchen, West | 1980 | West: 20 %                         | Pille 18 %, Kondome 32 %                                                                              |
| EMNID/BZgA <sup>1)</sup>       | 14- bis 17jährige hier: Mädchen       | 1994 | gesamt 9 %<br>West: 8 %, Ost: 11 % | Pille gesamt: 27 %, Pille West: 25 %, Ost: 34 %<br>Kondome gesamt 63 %, Kondome West: 66 %, Ost: 52 % |
| EMNID/BZgA <sup>1)</sup>       | bis 17jährige hier: Mädchen           | 1996 | gesamt 13 %                        | Pille gesamt: 31 %<br>Kondome gesamt: 61 %                                                            |
| EMNID/BZgA <sup>1)</sup>       | bis 17jährige hier: Mädchen           | 1998 | gesamt 11 %                        | Pille: 31 %<br>Kondome gesamt: 68 %                                                                   |

1) BZgA 1998: 26.

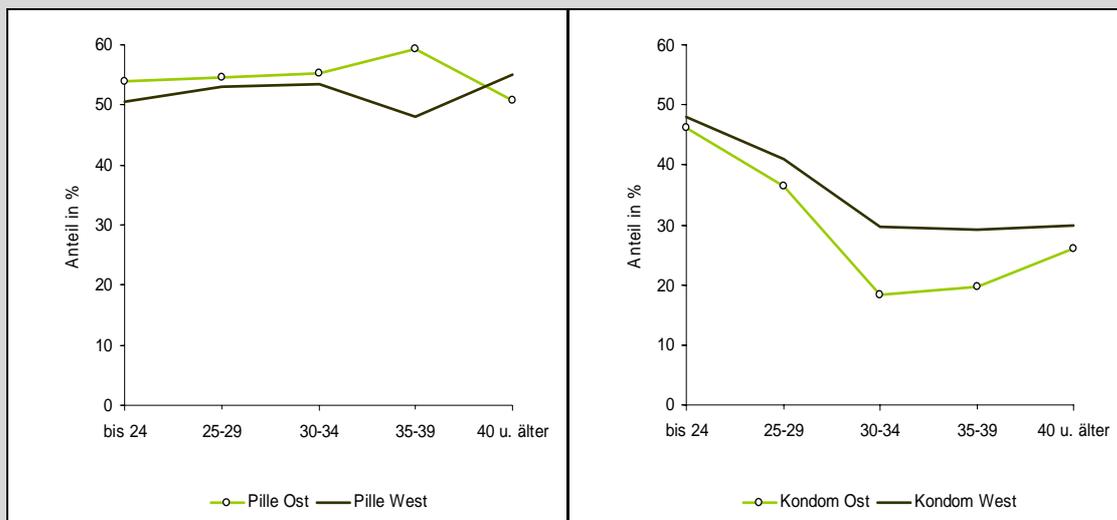
2) Angaben bezogen auf die Gesamtgruppe einschließlich derer, die angaben, nicht verhütet zu haben.

Quellen: Knopf/Lange 1993; Schmidt 1993: 150; BZgA 1998; vgl. Schmid-Tannwald/Urdze 1983, Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 147 und 206.

Die retrospektive Befragung „FrauenLeben“ der BZgA zeigt mehrere Trends im Altersgruppenvergleich und in Ost und West:

- Der Anteil derjenigen, die beim ersten Mal verhüteten, nahm in Ost und West kontinuierlich zu (von 56,5 % unter den 40-44jährigen auf 90,4 % bei den 20-24jährigen). Die höheren Altersgruppen hatten zu DDR-Zeiten beim ersten Mal seltener verhütet als die Altersgleichen in der Bundesrepublik, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß die Angst vor einer jungen und/oder nichtehelichen Schwangerschaft in der DDR weniger groß war (vgl. Kapitel 2.2.4). Die deutliche Verbesserung der Verhütung bei der Kohabitarche bei der jungen Generation kann entsprechend auf eine nach der Wende gestiegene Angst vor einer Schwangerschaft zurückgeführt werden.
- Unsichere Verhütung beim ersten Mal nahm ab (v.a. Coitus interruptus).
- Unter denen, die beim ersten Mal verhüteten, blieb die Beliebtheit der Pille in etwa konstant. Die Pille war in Ost wie West bereits relativ weit verbreitet, als die älteste Kohorte ihr „erstes Mal“ erlebte.

Abbildung 6.2-1: Anteile der Frauen, die die Pille bzw. das Kondom zur Verhütung beim ersten Mal nahmen, nach Altersgruppen und Regionen, berechnet auf alle, die beim ersten Mal verhütet haben



Quelle: BZgA 1999c, Sonderauswertung „FrauenLeben“.

Der Anteil der Kondome als Verhütungsmittel beim ersten Mal hat deutlich zugenommen. In Verbindung mit der Zunahme der Kombination "Pille + Kondome" beim ersten Mal in der jüngsten Generation läßt sich diese Veränderung als Auswirkung der Kampagnen für einen sicheren HIV-Schutz interpretieren, die - in den neuen Bundesländern ab 1990, in den alten Ländern ab Mitte der 80er Jahre - Wirkung zeigte (vgl. für die Schweiz: Koffi-Blanchard et al. 1994). Auch hat sich die Bedeutung des Kondoms verändert: War es früher - wie der Coitus interruptus - ein Mittel, das von Männern benutzt wurde, ohne daß darüber gesprochen wurde oder werden mußte, wird die Anwendung

des Kondoms heute mehr als eine gemeinsame und kommunikativ ausgehandelte Angelegenheit gehandhabt (BZgA 1999c).

Die Zunahme der Kondomverwendung wird auch von anderen Studien berichtet (BZgA 1994), wobei der Wandel im Osten gravierender ausfällt als im Westen (BZgA 1996: 54f.).

Neben den Kampagnen für einen sicheren HIV-Schutz spielt für die Veränderung des Verhütungsverhaltens in Ost und West der Wandel des Kontextes der Jugendsexualität und der Verhütung eine Rolle. Verändert hat sich weniger der Anteil fester Partnerschaften, die Anzahl der Sexualpartnerinnen oder -partner oder die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs in den letzten 12 Monaten (Hübner et al. 1998), sondern vor allem die Offenheit der Eltern, die liberalere Einstellungen haben und häufiger als früher ihre Töchter und – nach wie vor seltener als die Töchter - ihre Söhne über Verhütung beraten. Unwissenheit und Unzugänglichkeit von Verhütungsmitteln sind kaum noch Gründe dafür, nicht zu verhüten, zugenommen hat aber auch der Druck der Frauenärztinnen und -ärzte, die anders als früher heute auf eine Pilleneinnahme dringen und von anderen Mitteln abraten (Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 260). Auch die Altersdifferenz zwischen dem Mädchen und dem Jungen hat sich verringert. War der Junge älter - und damit häufig auch erfahrener - sorgten die Partnerinnen seltener selbst für die Verhütung, mit dem Effekt, daß häufiger nicht verhütet wurde, weil der Junge die in ihn gesetzte Erwartung an Verantwortlichkeit nicht übernahm (Schmid-Tannwald/Urdze 1983: 199f.). Mehr als früher - wenn auch immer noch weniger als die Mädchen - stellen sich Jungen in den 90er Jahren der Verantwortung für Verhütung.

### **6.2.3 Verhütung im Lebenslauf**

#### **Verhütung heute**

Die wichtigsten Verhütungsmittel sind das Kondom und die Pille, die - je nach Untersuchung - von etwa der Hälfte bis zu zwei Dritteln der Frauen, die aktuell verhüten, eingenommen wird. Die Angaben zur Verwendung von Kondomen liegen in einer Befragung von Frauen und Männern zu HIV-Prävention und AIDS deutlich höher als in einer Befragung von Frauen zu Verhütung im Lebenslauf (vgl. Tabelle 6.2-2). Die Spirale hat einen Anteil von ungefähr einem Zehntel der verwendeten Verhütungsmittel, ebenso wie die Sterilisation der Frau bei 20-44jährigen. Bei Angaben zur Verbreitung der Sterilisation muß auf das Alter der Befragten geachtet werden: Sterilisation wird vor allem von Frauen in höheren Altersgruppen gewählt (vgl. Kapitel 6.2.6).

Tabelle 6.2-2 *Verwendete Verhütungsmittel nach Region, berechnet auf Frauen, die verhüten*

| Jahr<br>Untersuchung     | 1998<br>BZgA 1999                                    |              |             | 1997<br>BZgA 1997 <sup>1)</sup>                                   |                           |
|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                          | Ost                                                  | West<br>in % | Gesamt      | Ost                                                               | West<br>in %              |
| Stichprobe               | 1.441 Frauen, 20-44 Jahre,<br>regional repräsentativ |              |             | 2.400 Frauen und Männer, 20-44 Jahre,<br>bundesweit repräsentativ |                           |
| Pille                    | 53,0                                                 | 39,4         | 45,7        | (incl. Kombination)<br>63                                         | (incl. Kombination)<br>56 |
| Pille + Kond.<br>Kondome | 2,8<br>12,5                                          | 3,4<br>13,5  | 3,1<br>13,1 | (incl. Kombination)<br>40                                         | (incl. Kombination)<br>33 |
| Kondome kom-<br>biniert  | 3,6                                                  | 5,8          | 4,8         |                                                                   |                           |
| Spirale                  | 11,6                                                 | 16,1         | 14,0        | 9                                                                 | 10                        |
| Diaphragma               | 0,2                                                  | 1,6          | 1,0         | 1                                                                 | 1                         |
| natürl. Methode          | 4,9                                                  | 5,6          | 5,3         | 7                                                                 | 8                         |
| Sterilisation Frau       | 10,3                                                 | 7,1          | 8,6         | 4                                                                 | 2                         |
| Sterilisation<br>Mann    | 0,6                                                  | 5,6          | 3,3         | 1                                                                 | 3                         |
| Sonstiges                | 0,6                                                  | 1,8          | 1,5         | 5                                                                 | 3                         |

1) unveröffentlichte Daten der BZgA (AIDS im öffentlichen Bewußtsein; forsa 1997)

Quelle: BZgA 1999c, Sonderauswertung „FrauenLeben“; BZgA 1998b.

In den alten Bundesländern werden weiche Verhütungsmittel (Zeitwahl- und Temperaturmethode mit oder ohne Schleimbeobachtung, Diaphragma) stärker genutzt und, bezieht man die Kombinationen von Methoden mit ein, auch das Kondom. Ein Ost-West-Unterschied besteht bei der Sterilisation. Der Anteil sterilisierter ostdeutscher Frauen ist seit der Wende rasch gestiegen und beträgt mittlerweile 10,3 %, während der Anteil sterilisierter Frauen aus den alten Bundesländern mit 7,1 % darunter liegt (BZgA 1999c). Die Sterilisation des Mannes ist in den neuen Bundesländern unüblich, macht aber in den alten Bundesländern einen Anteil von 5,6 % an der Verhütung aus.

### **Verhütung in Lebensphasen und Lebensformen**

Abgesehen von der Häufigkeit der Kondomanwendung speziell beim ersten Geschlechtsverkehr, ist die Pille das Mittel der Wahl vor allem für jüngere Frauen. 75,0 % der 20-24jährigen verhüten mit der Pille (mit oder ohne Kombination mit dem Kondom; berechnet auf alle, die verhüten sind dies 82,9 %; BZgA 1999c).

Tabelle 6.2-3 *Aktuell verwendete Verhütungsmittel nach Alter, 1998*

| Kontrazeptionsform                 | Altersgruppen in Jahren |       |       |       |       |
|------------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                                    | 20-24                   | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 |
| in % der jeweiligen Gruppe         |                         |       |       |       |       |
| Pille                              | 66,5                    | 40,9  | 33,1  | 29,9  | 27,0  |
| Pille u. Kondom                    | 8,5                     | 4,9   | 1,1   | 1,1   | 0,3   |
| Kondom                             | 11,7                    | 9,8   | 10,5  | 9,6   | 11,3  |
| Kondom kombiniert                  | -                       | 2,2   | 5,8   | 4,1   | 4,7   |
| Spirale                            | 2,1                     | 8,9   | 13,2  | 14,0  | 13,0  |
| Diaphragma/<br>natürliche Methoden | 1,6                     | 3,5   | 6,4   | 6,0   | 5,3   |
| Sterilisation Frau                 | -                       | 1,8   | 3,3   | 12,1  | 13,0  |
| Sterilisation Mann                 | -                       | 0,9   | 2,5   | 3,8   | 4,3   |
| Sonstiges                          | -                       | 1,8   | 0,6   | 1,4   | 1,0   |
| keine Verhütung                    | 9,6                     | 25,3  | 23,7  | 18,1  | 20,0  |

Quelle: BZgA 1999, Sonderauswertung.

Fast alle Frauen haben Erfahrungen mit der Pille. Unter den 23-24jährigen haben 91 % schon einmal die Pille genommen (Nickel et al. 1995). Nur 4,7 % der 20-44jährigen haben noch nie (länger als sechs Monate) die Pille genommen (BZgA 1999c). In einer repräsentativen Erhebung gaben 16-49jährige Frauen, die Erfahrungen mit der Pille hatten, eine Einnahmedauer von durchschnittlich 9,2 Jahren an, wobei in den neuen Bundesländern die Einnahmedauer noch deutlich höher lag als in den alten Bundesländern (BZgA 1995b). Mit zunehmenden Alter der Frauen verliert die hormonelle Kontrazeption an Bedeutung und andere Verhütungsmittel, insbesondere die Spirale und die Sterilisation, werden bevorzugt (BZgA 1999c; BZgA 1999b; BZgA 1995b).

Auch die Form der sexuellen Beziehungen spielt eine Rolle: Frauen ohne festen Partner verhüten häufiger mit Kondomen; haben sie einen festen Partner, nehmen sie häufiger die Pille (Nickel et al. 1995; vgl. Bellach 1996: 138). Verheiratete verhüten häufiger gar nicht - der Grund dafür dürfte vor allem ein Kinderwunsch sein.

Die Bildung beeinflusst die Wahl der Verhütungsmethode: Während Frauen in den neuen Bundesländern in allen Altersgruppen mit steigendem Bildungsgrad häufiger die Pille nahmen, zeigten westdeutsche Frauen eine gegenläufige Tendenz: Mit dem Bildungsgrad sank die Präferenz der Pille und es stieg die Skepsis gegenüber den gesundheitlichen Nebenwirkungen hormoneller Kontrazeption (Bellach 1996: 137).

Die Gewichtung von Sicherheit und Verträglichkeit der Verhütung beeinflusst die Entscheidung für eine bestimmte Methode bzw. für einen Wechsel. Die Pille wurde von 67 % der 16-49jährigen Frauen als sehr sicher eingestuft, verglichen mit 16 %, die Kondome, und 20 %, die die Spirale für sehr sicher hielten. Die Pille steht aber auch an der

Spitze, was Nebenwirkungen angeht: 27 % der Befragten stufen die Nebenwirkungen der Pille als sehr stark (Kondome: 1 %, Spirale: 12 %) und 35 % als eher stark (Kondome: 6 %, Spirale 31 %) ein (BZgA 1995b); dieser Zielkonflikt zwischen Sicherheit und Verträglichkeit wird auch für jüngere Altersgruppen beschrieben (Nickel et al. 1995: 47f. für 16-24jährige Frauen). Der Wechsel zu Pille und Spirale ist vor allem mit dem Wunsch nach mehr Sicherheit motiviert, das Absetzen der Pille vor allem mit befürchteten oder eingetretenen Nebenwirkungen (vgl. Schmidt et al. 1998; vgl. Kapitel 6.2.3). Dabei beurteilen Pillen-Nutzerinnen die Gesundheitsverträglichkeit positiver als Frauen, die die Pille nicht nehmen, und Frauen mit höherer Bildung sind bezogen auf Nebenwirkungen skeptischer als Frauen mit niedriger Bildung (Nickel et al. 1995: 48; vgl. Brigitte 15/1991: 92).

Der Wechsel von Verhütungsmitteln ist in der Biographie von Frauen eher die Regel als die Ausnahme: Nur 36 % waren bei dem Verhütungsmittel geblieben, mit dem sie - die Verhütung bei der Kohabitarche nicht einbezogen - ihre Verhütungsbiographie begonnen hatten. Meistens handelte es sich dabei um die Pille (32,1 %), seltener um Kondome (2,7 %). 30,3 % hatten einmal gewechselt, also mindestens zwei Methoden in ihrem Leben genutzt, 17,8 % hatten drei und 15,8 % vier und mehr Methoden oder Mittel zur Verhütung genutzt (BZgA 1999c).

Eine 1988-89 durchgeführte Studie schlüsselt das Verhütungsverhalten nach Altersgruppen auf (Begenau/Rauchfuß 1992). Sie zeigt neben der großen Bedeutung der Pille für die Verhütung in der DDR, daß nach realisiertem Kinderwunsch ein Wechsel der Verhütungsform nicht selten war und die ebenfalls sehr sichere Methode der intrauterinen Verhütung gewählt wurde. Es kann davon ausgegangen werden, daß diese Methode dann präferiert wird, wenn auf längere Sicht eine Schwangerschaft sicher verhütet werden soll.

Ein Vergleich zwischen Frauen mit mittlerer und Frauen mit höherer beruflicher Qualifikation zeigt, daß auch in der DDR Schwangerschaftsverhütung durch solche sozialen Faktoren beeinflußt war. Deutliche Unterschiede wiesen die Gruppen vor allem in den Lebensphasen zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr auf: Gaben Facharbeiterinnen dieser Altersgruppe mit 85 % an, eine Schwangerschaft regelmäßig zu verhüten, waren es bei den Hochschulabsolventinnen 100 % (ebd.).

Tabelle 6.2-4 Altersspezifische Verhütung am Ende des Bestehens der DDR

| Alter<br>(in Jahren) | Verhütung |      | Verhütungsmethoden (in Prozent) |         |         |                  |                   |                |         |
|----------------------|-----------|------|---------------------------------|---------|---------|------------------|-------------------|----------------|---------|
|                      | ja        | nein | Pille                           | Spirale | Kondome | Kal./<br>Temper. | Coitus<br>interr. | chem.<br>Verh. | Diaphr. |
|                      | in %      | N    | in %                            |         |         |                  |                   |                |         |

|       |    |    |     |    |    |   |    |   |   |   |
|-------|----|----|-----|----|----|---|----|---|---|---|
| 21-25 | 88 | 12 | 338 | 79 | 5  | 6 | 8  | 2 | - | - |
| 26-30 | 81 | 19 | 290 | 65 | 14 | 5 | 9  | 6 | - | - |
| 31-40 | 89 | 11 | 432 | 53 | 28 | 6 | 10 | 3 | - | - |
| 41-50 | 79 | 21 | 319 | 46 | 26 | 8 | 11 | 8 | - | - |

Quelle: Begenau/Helfferich 1997: 36.

### Verhütungsverhalten im historischen Trend

In der o. g. Untersuchung wurden die Frauen gefragt, in welchem Alter sie welche Verhütungsmethode angewendet hatten. Entsprechend diesen Angaben wurde eine biographisch orientierte Auswertung der in Lebensphasen praktizierten Verhütungsform vorgenommen. Der Vergleich zweier Alterskohorten (der über 40jährigen und der 30-39jährigen) zeigt, welche Veränderungen sich in einem Jahrzehnt vollzogen haben (ebd.).

Tabelle 6.2-5 Kontrazeption im historischen Wandel

| Alter                                     | Verhütung |      |     | Verhütungsmethoden |         |       |            |                |  |
|-------------------------------------------|-----------|------|-----|--------------------|---------|-------|------------|----------------|--|
|                                           | ja        | nein | N   | Pille              | Spirale | Kond. | Kal./Temp. | Coitus interr. |  |
|                                           | in %      |      |     | in %               |         |       |            |                |  |
| Verhütungsbiographien der über 40jährigen |           |      |     |                    |         |       |            |                |  |
| < 20 Jahre                                | 64        | 36   | 341 | 8                  | -       | 16    | 48         | 27             |  |
| 21-25 Jahre                               | 79        | 21   | 339 | 23                 | 1       | 18    | 36         | 22             |  |
| 26-30 Jahre                               | 87        | 13   | 296 | 55                 | 6       | 11    | 21         | 7              |  |
| 31-40 Jahre                               | 90        | 10   | 337 | 55                 | 20      | 7     | 12         | 6              |  |
| > 40 Jahre                                | 79        | 21   | 319 | 46                 | 26      | 8     | 11         | 8              |  |
| Verhütungsbiographien der 30-39jährigen   |           |      |     |                    |         |       |            |                |  |
| < 20 Jahre                                | 29        | 71   | 641 | 61                 | 1       | 3     | 25         | 10             |  |
| 21-25 Jahre                               | 90        | 10   | 649 | 83                 | 4       | 1     | 7          | 4              |  |
| 26-30 Jahre                               | 88        | 12   | 642 | 69                 | 15      | 15    | 8          | 3              |  |
| 31-40 Jahre                               | 88        | 12   | 434 | 53                 | 28      | 28    | 10         | 3              |  |

Quelle: Begenau/Helfferich 1997: 367.

Die Verhütungsbiographien der über 40jährigen Frauen weisen einen hohen Anteil an traditionellen bzw. konventionellen Formen wie Kalender- und Temperaturmethode sowie coitus interruptus aus, die unabhängig von ärztlicher Rezeptierung oder finanziellen Möglichkeiten durchgeführt werden können. 75 % der über 40jährigen Frauen gaben an, im Alter von unter 20 Jahren diese Methode verwendet zu haben. Weitere 16 % nannten Kondome als Verhütungsmittel in dieser Lebensphase. Die Verhütungs-

biographien dieser Altersgruppe zeigen, daß Frauen mit zunehmendem Alter häufiger hormonell verhüteten. Im Alter von 20 Jahren waren 8 % der Frauen Pillennutzerinnen, im Alter von 21-25 Jahre stieg dieser Anteil auf 23 %, zwischen dem 26-40 Lebensjahr verhüteten bereits 55 % mit der Pille. Bei den jüngeren, 30-39jährigen, Frauen, die mit einem völlig veränderten Selbstverständnis hinsichtlich des Rechtes auf Verhütung sowie einer größeren Anzahl von Verhütungsmethoden aufwuchsen, zeigt sich biographisch eine andere Entwicklung. Mit 61 % wählte ein hoher Prozentsatz im Alter von 20 Jahren die Pille als sichere Verhütungsform. Dieser Anteil stieg im Alter von 21-25 Jahren auf 83 %, um dann allerdings wieder zu sinken. Andere Verhütungsformen wie IUD (Spirale) gewannen nun an Bedeutung. Die Verhütung mit Kondomen, der Kalender- bzw. Temperaturmethode oder Coitus interruptus variierte in den einzelnen Lebensphasen zwischen 6 % und 15 %, wobei im Alter von 26-30 Jahren die Wahl dieser Formen am häufigsten war.

Untersuchungen ergaben bei erwachsenen Frauen im Westen im Zeittrend einen leichten Rückgang der Frauen, die mit der Pille verhüten, bei einer gleichzeitigen Zunahme der Verhütung mit Diaphragma und natürlichen Methoden (insbesondere in höheren Bildungsgruppen) sowie einen Rückgang bei Verhütung mit Spirale (Brigitte 1981 im Vergleich zu Brigitte 1991; vgl. Rothe 1990). Der Rückgang der Pilleneinnahme wurde vor allem unter dem Schlagwort Pillenmüdigkeit diskutiert. Diese Entwicklung ist insofern bedeutsam, als gerade die höheren Bildungsgruppen, die heute eine stärkere Distanz zur Pille zeigen, in den 70er Jahren in der Bundesrepublik diejenigen waren, die der reproduktiven Selbstbestimmung, der sexuellen Liberalisierung und der Pille am offensten gegenüberstanden, während bei Arbeiterfrauen die Distanz zur Pille viel größer war (BZgA 1970). In Ost und West nahm die Nutzung von Kondomen zu und die Häufigkeit des Coitus interruptus als Verhütungsmethode ab.

Mit dem Aufkommen moderner Verhütungsmethoden wie der hormonellen sowie der intrauterinen Kontrazeption hat sich die Zuständigkeit für Verhütung immer mehr auf die Seite der Frauen verlagert. Noch 1966 zeigte eine Untersuchung an Studentinnen, daß sich weniger als 30 % für Verhütung verantwortlich und zuständig fühlten (Giese/Schmidt 1968, zit. nach Appelt 1981). Seitdem Pille und Spirale als sichere Verhütungsmittel allen Frauen relativ problemlos zugänglich sind, verschob sich diese Zuständigkeit immer mehr auf die Seite der Frauen und betrug nach der Brigitte-Umfrage 1981 schon fast 80 % (Appelt 1981). Der Anteil an Männern, die sich selbst für Verhütung verantwortlich fühlten und sie auch praktizierten war hingegen gering (Brigitte 15/91).

#### **6.2.4 Verfügbarkeit von Kontrazeptiva in Ost und West**

In Deutschland ist davon auszugehen, daß fast jede Frau über Möglichkeiten, Verhütungsmittel zu erhalten, informiert ist. Die Kosten dafür sind in der Regel von den Frauen selbst zu tragen. Ausnahmen bestehen bei jungen Frauen unter 20 Jahren, an die nach dem Familien- und Schwangerenhilfegesetz ärztlich verordnete Verhütungsmittel kostenfrei abgegeben werden. Auch Frauen, die Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt)

beziehen, können sich die Spirale kostenfrei einlegen lassen, während sie Pille und Kondome selbst bezahlen müssen.

Die Preise der einzelnen Verhütungsmittel sind unterschiedlich. Eine Drei-Monats-Packung der Pille kostet je nach Präparat zwischen 19,- DM und 56,- DM (Rote Liste 1999). Die Apothekenpreise für Kupferspiralen liegen bei ca. 80,- DM, für die als sicherer geltenden Gestagenspiralen bei ca. 350,- DM, wobei die Liegedauer zwischen zwei bis fünf Jahren beträgt. Die Preisgestaltung der einzelnen Arztpraxen für das Einsetzen der Spirale ist sehr unterschiedlich, es ist daher außerordentlich schwierig, eine Kostenspanne anzugeben. Teilweise werden die Spiralen von den Ärztinnen und Ärzten zum Selbstkostenpreis an die Frauen abgegeben und einschließlich der Insertion wird ein Pauschalpreis verlangt. Teilweise werden die mit der Insertion verbundenen Einzelleistungen nach der ärztlichen Gebührenordnung berechnet. Das Einlegen eines Intrauterinrings ist eine ausgewiesene Leistungsziffer der ärztlichen Gebührenordnung, die jedoch nicht den Gesamtumfang der Leistung abdeckt, da Beratung und Untersuchung der Frau sowie eine Ultraschalluntersuchung zur Überprüfung der Lage der Spirale nicht in der Ziffer enthalten sind. Die Kosten für eine Kupferspirale mit Einlegen belaufen sich auf ca. 200,- DM bis 250,- DM, die für eine Gestagenspirale auf ca. 450,- bis 600,- DM.

Für ein Diaphragma ist in Apotheken ca. 45,- DM zu bezahlen. Die Anpassung des Diaphragmas und die Einweisung in die Handhabung wird in Arztpraxen und in Frauen- und Familienberatungsstellen (z. B. Pro Familia) vorgenommen. Dafür werden z. B. in Pro Familia Beratungsstellen bei zwei Beratungsterminen ca. 50,- DM verlangt. Zur Erhöhung der Sicherheit dieses Kontrazeptionsmittels wird die zusätzliche Verwendung einer spermiziden Creme empfohlen, die etwa 15,- DM kostet.

Kondome sind zu Preisen zwischen -,60 bis 1,- DM pro Stück zu bekommen.

### **Geschichte der Verfügbarkeit in Ost und West**

Die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln war in der DDR wie in der BRD bis zu Beginn der 60er Jahre sehr eingeschränkt. Gründe hierfür waren einerseits die noch immer geltende restriktive rechtliche Regelung, wie sie in der 1941 erlassenen sogenannte Himmlerschen Polizeiverordnung kodiert war, die die Anwendung empfängnisverhütender Mittel untersagte. Während diese Regelung in der SBZ bereits 1946 außer Kraft gesetzt wurde, wurde das Gesetz in der Bundesrepublik erst 1951 formal aufgehoben (Hahn 1998). Neben den rechtlichen Voraussetzungen trugen wirtschaftliche ebenso wie bevölkerungspolitische Gründe in Ost- wie in Westdeutschland zu einem eingeschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln bei. Der damaligen Situation gemäß wurden Schwangerschaften mit Methoden wie der Rhythmismethode nach Knaus-Ogino oder Coitus interruptus zu verhindern versucht. (Auf die Sterilisation wird in Kapitel 6.2.3 gesondert eingegangen).

In der Bundesrepublik brachte die Schering AG am 1.6.1961 das erste orale Kontrazeptivum Anovlar auf den Markt. In den ersten Jahren erfolgte die Verschreibung der Pille ausschließlich aufgrund medizinischer Indikationen. Später wurde dieser Kreis auf verheiratete Frauen erweitert. Im Jahr 1965 verwendeten 5 % der bundesdeutschen Frauen hormonelle Kontrazeptiva (Prill 1968). Aber bereits Ende der 60er Jahre wurde nicht mehr die Frage diskutiert, ob Frauen Schwangerschaften verhüten dürften, sondern welche Form der Verhütung die beste und sicherste sei. Im Jahr 1970 verfaßte die Bundesärztekammer Leitsätze zur Verordnung von Ovulationshemmern an junge Mädchen, in denen die Abgabe der Pille an Mädchen ab 16 Jahre befürwortet wurde (Dose 1989). Mitte der 70er Jahre hatte die Pille ihre größte Verbreitung erreicht, danach blieben die Anteile relativ konstant (Dose 1989). Im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte wuchs das Angebot an Pillen, die Dosierungen wurden abgestimmter und die Hormongaben geringer.

Die Durchsetzung der Pille war eng mit dem Prozeß der sexuellen Liberalisierung verknüpft; sie wurde in der zweiten Hälfte der 60er Jahre vor allem mit der sexuellen Befreiung als Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung assoziiert.

Die Spirale (IUD) wurde in der BRD erst mit der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchrechtes im Jahr 1974 zugänglich, weil sie kein empfängnis-, sondern ein nidationsverhinderndes Mittel ist und als sogenanntes Abortivum unter das Verbot des Schwangerschaftsabbruches fiel. Als Folge zweier Gesetzeskorrekturen wurden 1976 alle Handlungen, „die mit Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eis vorgenommen wurden“ (Appelt et al. 1991: 61) vom Abtreibungsverbot ausgenommen.

Bis in die 80er Jahre hinein war in der Bundesrepublik der Zugang zu natürlichen Verhütungsmethoden erschwert, weil Ärztinnen und Ärzte von dieser Wahl aus Zuverlässigkeitsgründen abrieten und den Gebrauch von arztabhängigen Mitteln wie Pille oder Spirale förderten (Appelt 1981). Durch das Engagement der Frauengesundheitsbewegung wurde auch Verhütung kritisch diskutiert und Wissen über Methoden angeboten und verbreitet, die weniger in das körperliche Geschehen eingreifen.

Auch in der DDR wurde lange Zeit ein generelles Recht auf freien Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln abgelehnt. Ihre regelmäßige Anwendung wurde nur in Verbindung mit medizinischen Erfordernissen akzeptiert, wenn Frauen entweder aus gesundheitlichen Gründen keine Kinder (mehr) gebären sollten, um die Abstände zwischen den Geburten zu regulieren oder bereits eine oder mehrere Schwangerschaften abgebrochen hatten. Auf diese Gruppe zielte auch die Abgabe des 1962 aus den Niederlanden importierten hormonellen Kontrazeptivums Lyndiol (Aresin 1991). Nach der offiziellen Zulassung des hormonellen Kontrazeptivums Ovosiston im Jahr 1964 und dem Beginn einer eigenen Pillenproduktion 1965 wurden die Kriterien für die Abgabe hormoneller Kontrazeptiva gelockert. Sie wurden nunmehr auch Frauen verschrieben, die bereits Kinder geboren hatten oder wenn körperliche bzw. berufliche Belastungen dies begründeten (Rothe/Fröhler 1966; Keller et al. 1968; Göretzlehner 1990; Goettle 1996). Die

postkoitale Kontrazeption durch Hormongaben innerhalb von 3 bis 5 Tagen wurde 1966 in der DDR eingeführt (Göretzlehner 1990).

Die anfängliche Zurückhaltung der Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung der Pille änderte sich mit wachsendem Bekanntheitsgrad dieser Verhütungsform, ihrer Sicherheit und der wachsenden Anerkennung des Rechtes auf Verhütung. Von 100 Frauen zwischen 14 und 44 Jahren waren 15 im Jahr 1967 Pillennutzerinnen (Mehlan 1972). Wurden im Jahr 1967 noch 41.000 monatliche Packungen abgegeben, waren es 1971 bereits 500.000 Packungen (Rothe 1972). Das Abgabalter, das sich bei Einführung der Pille noch auf 18 Jahre als unterste Altersgrenze beschränkte, wurde 1970 auf 16 Jahre gesenkt. Ab 1972 wurde die kostenlose, aber rezeptpflichtige Abgabe von Verhütungsmitteln im Gesetz zur Unterbrechung der Schwangerschaft verankert (Carol 1970).

Ebenfalls seit Mitte der 60er Jahre waren in der DDR über die Ehe- und Sexualberatungsstellen Intrauterinpressare verfügbar (Mehlan 1972; Thoms 1988). Sie wurden anfangs im Rahmen eines Programms zur Erforschung ihrer Wirkungsweise und möglicher Komplikationen in einigen Bezirkskrankenhäusern der DDR versuchsweise eingesetzt. In den nachfolgenden Jahren wurden immer mehr Krankenhäuser, die eng mit den Ehe- und Sexualberatungsstellen kooperierten, in dieses Programm einbezogen. Die Zahl der Frauen, die das Intrauterinpressar als Methode der Schwangerschaftsverhütung anwandten, stieg bis 1972 auf 40.000 an (Mehlan 1972).

### **6.2.5 Verträglichkeit und Nebenwirkungen von Kontrazeption**

Methoden zur Empfängnisverhütung können auf unterschiedliche Weise in Körperfunktionen eingreifen und ein gesundheitliches Risiko darstellen. Verhütungsmittel unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Sicherheit, den unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen, dem Zeitpunkt ihrer Wirksamkeit und dem Ausmaß des Eingriffs in den Körper.

Bei der Wahl einer Verhütungsmethode ist die Verträglichkeit ein gewichtiger Aspekt (vgl. Kapitel 6.2.3), wobei sich dies sowohl auf befürchtete wie auf bereits eingetretene Nebenwirkungen beziehen kann. Beide sind schwer voneinander abzugrenzen und werden durch ein komplexes Faktorenbündel beeinflusst (vgl. Appelt et al.).

#### **Nebenwirkungen oraler Kontrazeptiva**

Die jüngere Generation oraler Kontrazeptivumittel weist weniger Nebenwirkungen auf als frühere hochdosierte Hormonpräparate, dennoch ist Skepsis gegenüber der Pille verbreitet. In der Brigitte-Untersuchung '91, in der Frauen Verhütungsmittel benoten sollten, wurde die Pille bei den Items „Unschädlichkeit“ und „Angst vor Unfruchtbarkeit“ mit einer „6“ am schlechtesten benotet (Brigitte 15/91). 74,5 % der Befragten waren wegen körperlichen Nebenwirkungen, 75,6 % wegen seelischen Beeinträchtigungen zu einer anderen Methode gewechselt. Frauen, die die Pille nehmen, beurteilen ihre Verträglichkeit etwas positiver als die, die sie nicht nehmen. In den neuen Bundesländern

wurde ihre Gesundheitsverträglichkeit positiver eingeschätzt als in den alten Bundesländern; Befragte mit höherer Bildung waren der Pille gegenüber skeptischer als Befragte mit niedriger Bildung (BZgA 1995b; Nickel et al. 1995: 48; vgl. Brigitte 1991: 92).

Gesundheitliche Risiken durch Einnahme hormoneller Kontrazeptiva werden in bezug auf *kardiovaskuläre Erkrankungen* diskutiert. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Myokardinfarkt und der Pille wurde erstmals 1975 in einer retrospektiven epidemiologischen Studie nachgewiesen. Es zeigte sich ein erhöhtes Risiko von Myokardinfarkten bei Vorhandensein weiterer Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie, Adipositas sowie arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus. Diese Studie ermittelte ein großes Risiko bei Raucherinnen über 35 Jahren. Unter hoch dosierten Kombinationspräparaten fand sich bei ca. 5 % der Anwenderinnen eine arterielle Hypertonie. Hormonale Kontrazeption kann sich auch auf den Kopfschmerzrhythmus auswirken; Kopfschmerzen können häufiger auftreten, abgeschwächt aber auch ausgelöst werden (Teichmann 1996).

Verschiedene Studien zur Anwendung von Ovulationshemmern haben eine Risikominimierung von Endometriumkarzinomen untersucht. Die Schutzwirkung soll bereits nach einem Jahr nachweisbar sein und sich nach 10jähriger Einnahmedauer auf eine Minderung um bis zu 70 % erhöhen (Der Gynäkologe 1998). Ebenfalls seltener soll das Ovarialkarzinom nach der Einnahme von Ovulationshemmern sein. Große epidemiologische Untersuchungen ermittelten eine Senkung um 70-80 % bei einer Einnahmedauer von über 10 Jahren (Taubert/Kuhl 1995; Keck et al. 1997). Unsicherheiten bestehen hinsichtlich des Mammakarzinomrisikos. Hier weisen verschiedene Studien eine erhöhte Inzidenz bei der Langzeiteinnahme von hormonellen Kontrazeptiva aus (vgl. auch Kapitel 3.3).

Bisher diskutierte Kontraindikationen für die Anwendung hormoneller Kontrazeption sind: Thromboembolie, koronare Herzerkrankung, bekannte Gerinnungsstörungen in der Eigenanamnese, zerebrovaskulärer Insult, Leberfunktionsstörungen, Mammakarzinom, nicht abgeklärte vaginale Blutungen, Rauchen bei Frauen über 35 Jahren, schwere Hypertriglyceridämie sowie Diabetes mit Angiopathien (Teichmann 1996).

### **Nebenwirkungen des Intrauterinpessars**

Besonders bei Frauen, die noch keine Kinder geboren haben, kann es bei der Verwendung von Kupferspiralen zu Infektionen im Genitalbereich mit nachfolgender Sterilität kommen. Verschiedene epidemiologische Studien berichteten einen Zusammenhang zwischen sexuellen Praktiken und entzündlichen Prozessen des kleinen Beckens bzw. zwischen der IUP-Anwendung und entsprechenden Entzündungen (Odland 1998). Häufige Nebenwirkungen bei IUP sind stärkere Blutungen und Gebärmutterinfektionen. Bei etwa 15 % der Frauen wird es vom Körper kurze Zeit nach dem Einsetzen selbst wieder abgestoßen oder muß wegen Unverträglichkeit entfernt werden.

Wird eine Frau trotz Spirale schwanger, sind Bauchhöhlenschwangerschaften häufiger als bei Frauen, die nicht mit Spirale verhüten. Probleme können auch im Zusammenhang mit einer später gewünschten Schwangerschaft auftreten, weshalb das Intrauterin-pessar vor allem für Frauen mit abgeschlossener Familienplanung empfohlen wird.

Im Gegensatz zu den Kupfer freisetzenden Pessaren weisen die hormonfreisetzenden intrauterinen Systeme (IUS) wie das am häufigsten eingesetzte levonorgestrolfreisetzende (LNG-IUS) eine wesentlich geringere Schwangerschaftsrate auf (Odland 1998). Charakteristisch für diese Verhütungsform sind die nachlassenden Blutungen, die bei längerer Anwendung fast gänzlich verschwinden (ebd.). Im Vergleich mit dem Kupfer-IUP ist bei Anwenderinnen hormonfreisetzender Systeme das Risiko einer ektopischen Schwangerschaft erhöht.

Beide Methoden können auch Frauen anwenden, die noch nicht geboren haben. Sie werden jedoch nicht als Methode der ersten Wahl angesehen.

### **Nebenwirkungen anderer Verhütungsmittel**

Bei der Verwendung von *Kondom* bzw. *Diaphragma* kann eine Gummiallergie auftreten. Da Diaphragmen meist in Verbindung mit *spermiziden Cremen* angewendet werden, kann es hier darüber hinaus auch noch zu den für spermizide Mittel bekannten Nebenwirkungen wie Brennen oder Juckreiz kommen.

## **6.2.6 Sterilisation**

Eine Sterilisation bedeutet eine Entscheidung für eine irreversible Form der Verhütung. In diesem Abschnitt wird kurz auf die Sterilisation als Verhütung in den alten Bundesländern eingegangen. Besonderes Augenmerk gilt jedoch der Situation in den neuen Bundesländern, in denen nach der Wende die Zahl der sterilisierten Frauen drastisch zunahm.

### *6.2.6.1 Aktuelle Situation und die Entwicklung in den alten Bundesländern*

#### **Aktuelle rechtliche Regelung und Zugänglichkeit zur Sterilisation**

Seit dem 1. Dezember 1975 gehört die freiwillige Sterilisation als Mittel der Familienplanung in den Katalog der flankierenden Maßnahmen zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches und zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Ney 1986), nachdem zuvor 1969 der Deutsche Ärztetag im Anschluß an eine jahrelang währernde Diskussion die Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisation aus medizinischen, eugenischen sowie schwerwiegenden sozialen Gründen offiziell anerkannt hatte. Trotz einer Reihe in der bundesdeutschen Geschichte vorgelegter Gesetzentwürfe ist bis zum heutigen Tag keine Sterilisationsregelung rechtlich kodiert worden. Der einzige Paragraph, der in dieser Frage zur Anwendung kommt, ist der §226a StGB, der eine „Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten“ regelt. Im Spezialfall einer Behinderung

trat am 1.1.1992 das Betreuungsgesetz in Kraft, dessen §1905 die Sterilisation geistig behinderter Volljähriger regelt (Ratzel 1993).

In manchen Kliniken gab es Anweisungen, vorgegebene Altersgrenzen, meist in Kombination mit einer bestimmten Kinderzahl, nicht zu unterschreiten. Formale Regeln orientierten sich hierbei meist an den magischen Grenzen von 30 bzw. 35 Lebensjahren oder an der „rule of 120“. Danach wurde das Alter der Frau mit der Anzahl der Geburten multipliziert und durfte 120 nicht unterschreiten (Meyer 1991). In der medizinischen Praxis und Rechtsprechung konnten sich solche Altersgrenzen dauerhaft jedoch nicht durchsetzen. Ähnliches gilt für die zeitweilig geforderte und praktizierte Einwilligung des Ehepartners.

### **Entwicklung der Sterilisationen in der Bundesrepublik**

In der Bundesrepublik stiegen die Sterilisationszahlen nach 1970 allmählich an. Wie kontinuierlich dies geschah, zeigte eine Untersuchung an 17 bundesdeutschen Kliniken. Waren es 1960 noch zehn dieser Kliniken, die insgesamt 69 Sterilisationen durchführten, stieg die Zahl bis 1970 auf 14 Kliniken und 600 Sterilisationen an und umfaßte bis 1974 alle 17 Kliniken, die insgesamt schon 3.300 operative Sterilisationen vornahmen (Kunz/Probst 1975).

Im Verlauf eines Jahrzehnts – zwischen 1970 und 1980 - hatte sich ein Einstellungswandel zur Tubensterilisation mit dem Ergebnis vollzogen, daß fast alle großen Kliniken Sterilisationen durchführten. Trotz der steigenden Zahlen war auch in der Bundesrepublik die Verfahrensweise so, daß der Vorschlag zur Sterilisation vom Arzt oder der Ärztin kommen sollte, d. h. wenn sie aus verschiedenen Gründen und in geeigneten Fällen für geboten erachtet wurde. Sie wurde nicht als praktische und nebenwirkungsarme Verhütungsmethode popularisiert (Schneider 1972; Hahn 1998). Bis Mitte der 80er Jahre wurde sie in mehr als zwei Drittel der Fälle in Verbindung mit einem gynäkologischen oder geburtshilflichen Eingriff vorgenommen, nicht aber als Eingriff, der ausschließlich der Verhütung einer Schwangerschaft dient (Herrmann 1985).

#### *6.2.6.2 Entwicklung der Sterilisation in der DDR und in den neuen Bundesländern*

##### **Rechtliche Regelung bis 1990**

Im Jahr 1969 erließ das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR in der „Instruktion über die irreversible Kontrazeption bei der Frau“ ein Gesetz zur Legalisierung der Unfruchtbarmachung (MfG 1969). Diese Regelung war jedoch nicht als eine auf rechtliche Grundlage gestellte moderne Verhütungspraxis vorgesehen. An ein äußerst kompliziertes Procedere gebunden, durfte in der DDR eine Unfruchtbarmachung nur bei einer medizinischen Indikation und der Einhaltung absoluter Freiwilligkeit stattfinden. Die medizinische Indikation erforderte, daß ernsthafte Gefahren für Leben und Gesundheit der Frau drohten, deshalb eine absolut sichere Schwangerschaftsverhütung erforderlich war und diese Sicherheit nicht mit reversiblen Methoden erreicht werden konnte. Das Proce-

dere umfaßte laut Gesetz verschiedene Schritte, wobei mehrere medizinische Gutachten einzuholen waren und eine Ärztekommision über die Unfruchtbarmachung zu entscheiden hatte (Hahn 2000).

Versuche, die Sterilisation als Kontrazeptionsmethode zu etablieren und ihren Zugang aus dem engen und stark formalisierten Korsett zu befreien sowie das umständliche Verfahren abzuschaffen, verstärkten sich mit Beginn der 80er Jahre. Eine Änderung dieser Praxis begann etwa um 1987/88. Zu diesem Zeitpunkt setzte eine deutliche Liberalisierung der Genehmigungsverfahren ein.

### **Entwicklung der Sterilisation bis 1990**

Die Anzahl von Sterilisationen in der DDR bis 1990 war aufgrund der restriktiven Verfahrensweise gering. Sie beschränkte sich bei großen Kliniken auf etwa 3-4 Fälle jährlich und blieb bis Mitte der 80er Jahre relativ konstant. Die Zahl der Sterilisationen war regional unterschiedlich mit einem deutlichen Nord-Süd-Gefälle. Nach Einführung der gesetzlichen Regelung bis Ende 1970 variierten die Zahlen der beantragten Sterilisationen in den einzelnen DDR-Bezirken zwischen 3 in Suhl (Süd) und 98 in Rostock (Nord). An der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin wurden zwischen 1974 und 1983 insgesamt 42 Frauen sterilisiert (Lang 1983).

Welche Auswirkungen die gesellschaftlichen Veränderungen in der DDR auf das generative Verhalten ostdeutscher Frauen hatten, spiegelt nicht nur der in der deutschen Geschichte einmalige Rückgang der Geburten im Jahr 1990 wider, sondern auch die steigende Zahl von Frauen, die sich für eine irreversible Form der Schwangerschaftsverhütung entschieden (Münz/Ulrich 1994).

Wie stark dieser Anstieg war, zeigt eine vom Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen durchgeführte Analyse der Sterilisationszahlen (vgl. Tabelle 6.2-6) aus den Jahren 1991 bis 1993.

*Tabelle 6.2-6 Anstieg der Sterilisationen im Land Brandenburg zwischen 1991 und 1993*

| Jahr   | 1991 | 1992  | 1993  |
|--------|------|-------|-------|
| Anzahl | 827  | 1.225 | 6.224 |

Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (1993), Statistik über Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen im Land Brandenburg.

### **Der Anstieg der Sterilisationen in den neuen Bundesländern nach 1990 - Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen**

In den folgenden Abschnitten werden einige ausgewählte Untersuchungsergebnisse aus den neuen Bundesländern dargestellt, die Sterilisation als Methode der Schwangerschaftsverhütung unter dem Gesichtspunkt des gesellschaftlichen Umbruchs in der

DDR thematisieren. Bei diesen Studien handelt es sich um 1. eine Klinikuntersuchung in Schwedt, 2. eine Untersuchung der Klinik für Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin des Universitätsklinikums Halle-Kröllwitz sowie der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums Bernburg und 3. um eine Befragung in mehreren Kliniken des Landes Brandenburg (Kopp 1993; Hornig 1994; Hahn 1996; Ruppmann 1997).

Das durchschnittliche Alter der befragten sterilisierten Frauen lag zwischen 36 und 37 Jahren. Der Anteil der unter 25jährigen war verschwindend gering. Tabelle 6.2-7 stellt die Altersverteilung der befragten Frauen aus den drei Untersuchungen gegenüber. Ein Ländervergleich zeigt, daß das durchschnittliche Sterilisationsalter ostdeutscher Frauen ähnlich hoch liegt wie in anderen Industriestaaten (USA: 35 Jahre, England und Wales: 36,7 Jahre, Frankreich: 38 Jahre) (vgl. Ketting/van Praag 1985).

Tabelle 6.2-7 Altersverteilung der sterilisierten Frauen der drei Untersuchungen (in Prozent)

| Altersgruppen        | < 26 Jahre | 26-30 Jahre | 31-35 Jahre | 36-40 Jahre | > 40 Jahre |
|----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Schwedter Befragung  | 1,5        | 15,4        | 33,6        | 33,1        | 16,4       |
| Untersuchung Halle   | 1,0        | 13,7        | 20,6        | 42,2        | 22,6       |
| Brandenburger Studie | 0,3        | 13,0        | 33,6        | 33,1        | 20,1       |

Diese Altersverteilung deutet darauf hin, daß die Entscheidungen für eine Sterilisation in einer Phase der reproduktiven Biographien getroffen wurden, in der fast alle der befragten Frauen mindestens ein oder zwei Kinder geboren hatten. Ein Vergleich mit einer repräsentativen Statistik zeigt eine überproportional hohe Anzahl von Geburten zweiter und dritter Kinder.

Tabelle 6.2-8 Verteilung der sterilisierten Frauen entsprechend ihrer Kinderzahl (in Prozent)

| Anzahl der Kinder                         | ohne Kinder | 1 Kind | 2 Kinder | 3 Kinder | > 4 Kinder |
|-------------------------------------------|-------------|--------|----------|----------|------------|
| Repräsentativer Querschnitt <sup>1)</sup> | 6,9         | 32,5   | 48,2     | 9,0      | 3,4        |
| Schwedt                                   | -           | 10,9   | 60,4     | 20,8     | 7,9        |
| Halle                                     | 1,0         | 21,6   | 53,9     | 14,7     | 8,8        |
| Brandenburg                               | -           | 20,1   | 54,3     | 15,1     | 4,5        |

1) vgl. Trappe 1995: 105

Die Auswertung der Motive ergab, daß für die Wahl der Sterilisation als Kontrazeptionsmethode das Motiv der abgeschlossenen Familienplanung an erster Stelle rangiert; es wurde in der Brandenburger Untersuchung von 60,5 % der Frauen als ausschlaggebend und von weiteren 20 % als wichtig genannt. Die Untersuchungen in Halle und Schwedt zeigten ebenfalls, daß die abgeschlossene Familienplanung bei den meisten Frauen der wichtigste Grund war, diese Verhütungsform zu wählen. In Halle wurde dieser Grund von 99 % der Frauen genannt. Etwa 35 % der Brandenburgerinnen fühlten

sich zu alt für ein weiteres Kind und gaben diesen Grund als ausschlaggebend an, weitere 19 % schätzten ihn als wichtig ein.

Fast alle Frauen lebten in Partnerschaften, über drei Viertel waren verheiratet. Bei fast 70 % der Partnerschaften kam eine Sterilisation des Mannes grundsätzlich nicht in Betracht, d. h. es wurde nicht über diese Möglichkeit gesprochen. Alle Frauen hatten vor der Sterilisation langjährige Erfahrungen mit verschiedenen Verhütungsmethoden. In den meisten Fällen hatten sie die Pille oder Spirale verwendet.

Wesentliche Einflüsse auf die Sterilisationsentscheidung hatten die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Einkommen und dem Motiv, die Sterilisation als kostenlose Verhütungsmethode gewählt zu haben, erwies sich für arbeitslose Frauen als statistisch hoch signifikant (vgl. Hornig 1994). Für sie hat der Abbau sozialpolitischer Maßnahmen besonders starke Einschnitte in ihre Lebensqualität hervorgebracht. Sie gaben die obligatorisch gewordene Finanzierung von Kontrazeptiva sowie die fehlende staatliche Unterstützung für Familien mit Kindern als wichtigste Gründe an.

Eine differenzierte Betrachtung zeigt weiterhin, daß es eine Gruppe von Frauen gibt, deren Entscheidung zur Sterilisation durch die mit Erwerbsarbeit verbundenen Motive hochgradig beeinflußt wurde. Es sind beruflich orientierte Frauen, die im Arbeitsalltag stehen, sich unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen beruflich etablieren konnten, über höhere Einkommen verfügen und bei denen die Familienplanung abgeschlossen ist. Sie nannten Angst vor Arbeitsplatzverlust und den Erhalt ihrer ökonomischen Unabhängigkeit als wichtigste Gründe für ihre Entscheidung.

Unabhängig von der jeweiligen konkreten Arbeitssituation gaben fast drei Viertel der Frauen an, daß die rechtlichen Veränderungen zum Schwangerschaftsabbruch (§218 StGB) ihre Entscheidung beeinflußt haben (vgl. dazu ausführlicher Dölling et al. 1998).

### **6.2.7 „Planung“ von Kindern, Partnerschaften und Lebensformen**

Der folgende Abschnitt konzentriert sich darauf, welche Wünsche bezogen auf Kinderzahl, Partnerschaft und Lebensform Frauen haben und in welchem Maß sie diese realisieren. Die Untersuchung der Frage wird dadurch erschwert, daß unterschiedliche Konstrukte in der Diskussion verwendet werden, wie die gewünschte Kinderzahl (vorhandene Kinder + aktueller Wunsch nach weiteren Kindern), inhaltliche Kinderwunsch-Motive, persönlich erwartete und die allgemein ideale Kinderzahl. Ein weiteres Problem ergibt sich durch die Frageformulierungen zur Planung, die zwischen „gewollt“, „erwünscht“ und „bewußt geplant“ variieren und dazu führen, daß die Antworten sehr unterschiedlich ausfallen können. Die gewünschte Kinderzahl wird z. B. niedriger angegeben als die persönlich ideale Kinderzahl (Beschränkungen der Kinderzahl werden hier mitgedacht), die wiederum unter dem geschätzten gesellschaftlichen Ideal liegt (Kiefl/Schmid 1985: 247). Die bewußte Planung von Schwangerschaften wird seltener angegeben als die allgemeine Erwünschtheit. Die gewünschte oder ideale Kinderzahl ist

darüber hinaus häufig nicht eindeutig definierbar, wie die Praxis der Familien- oder Schwangerschaftsberatung zeigt, und bleibt auch nicht im Lebenslauf stabil, so daß Alter, Ehedauer und Zahl vorhandener Kinder bei der Interpretation immer miteinbezogen werden müssen (ebd.: 247). Daher kann man auch von einem geringen Kinderwunsch in Jugendstudien nicht auf gesellschaftliche Trends schließen, weil das junge Alter und damit die größere Distanz zu einer potentiellen Realisierung des Wunschs einen eigenen Effekt hat.

Vorstellungen zur Partnerschaft werden vor allem unter dem Aspekt betrachtet, ob eine traditionelle Vorstellung der Arbeitsteilung der Geschlechter verfolgt wird oder egalitäre Modelle. Vorstellungen von Lebensformen beziehen sich auf „relativ stabile Beziehungsmuster (...) im privaten Bereich (...), die allgemein mit Formen des Alleinlebens oder Zusammenlebens (mit oder ohne Kinder) beschrieben werden“ (Niemeyer/Voit 1995: 437).

#### 6.2.7.1 Die gewünschte Kinderzahl, die Planung von Schwangerschaften und das Verhältnis von gewünschter und realisierter Kinderzahl

##### Die gewünschte Kinderzahl

Der Wunsch nach einer Zwei-Kind-Familie dominiert allgemein, und zwar in den neuen Bundesländern noch etwas stärker als in den alten, wie alle Untersuchungen übereinstimmend zeigen. Eine Familie mit einem oder mehr als drei Kindern wollen deutlich weniger Frauen.

16-29jährige antworteten auf die Frage nach der gewünschten Kinderzahl 1992 auffallend oft mit „Weiß (noch) nicht“ (Hofmann-Lange 1995: 44f.; in Tabelle 6.2-9 nicht ausgewiesen). Diese Antwort wurde häufiger von Männern als von Frauen und häufiger im Westen als im Osten gegeben: 46,5 % der Männer und 32,6 % der Frauen in den neuen Bundesländern, 53,6 % der Männer und 40,3 % der Frauen in den alten Bundesländern. Mit dem Alter nimmt zwar die Unsicherheit ab, aber mit 27 bis 29 Jahren haben immer noch 32,9 % der Frauen in den alten und 15 % der Frauen in den neuen Bundesländern keine Vorstellung von einer späteren Familiengröße entwickelt (Hoffmann-Lange 1995: 44). Von denen, die sich mit ihrer Antwort festgelegt hatten, wollten Frauen im Osten am seltensten und Männer im Westen am häufigsten kein Kind. Ein Kind zu haben, können sich im Westen mehr Frauen als im Osten, drei und mehr Kinder zu haben, können sich im Osten mehr Frauen als im Westen vorstellen (Tabelle 6.2-9).

Tabelle 6.2-9: Kinderwunsch nach Geschlecht und Region, 16- bis 29jährig 1992

|                            | Ost    |        |        | West   |        |        |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                            | Gesamt | Frauen | Männer | Gesamt | Frauen | Männer |
| in % der jeweiligen Gruppe |        |        |        |        |        |        |
| kein Kind                  | 12,7   | 7,9    | 18,5   | 20,0   | 15,8   | 25,2   |
| ein Kind                   | 21,5   | 23,7   | 18,8   | 11,2   | 12,1   | 10,0   |

|                     |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| zwei Kinder         | 54,9 | 56,1 | 53,4 | 49,6 | 52,5 | 46,0 |
| drei u. mehr Kinder | 11,0 | 12,3 | 9,4  | 19,3 | 19,7 | 18,8 |
| insgesamt           | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |

Quelle: DJI-Jugendsurvey 1992 in: Hoffmann-Lange 1995: 45.

Werden erwachsene Frauen rückblickend nach ihrem Kinderwunsch im Alter von 17 Jahren gefragt, so ergibt sich ein ähnliches Muster: Die Zwei-Kind-Familie dominiert, ein oder drei und mehr Kinder werden weniger gewünscht. Zwei Kinder wollten 1998 im Rückblick auf das Alter von 17 Jahren 61,9 % der 20-44jährigen Frauen in den neuen und 45,0 % in den alten Bundesländern (BZgA 1999c). Der Ost-West-Unterschied zeigt sich auch darin, daß Befragte aus den alten Bundesländern deutlich häufiger „weiß nicht“, kein Kind und ein Kind, aber auch vier und mehr Kinder nannten als Befragte aus den neuen Bundesländern.

Alle Untersuchungen bestätigen übereinstimmend, daß mehr Männer als Frauen kinderlos bleiben wollen und Männer sich unsicherer bezüglich ihres Kinderwunsches sind (Hoffmann-Lange 1995: 43; vgl. Löhr 1991 für den Westen: 466).

Heirat und Kinderwunsch hängen eng zusammen. In den neuen wie in den alten Bundesländern wünscht sich nur ein geringer Anteil der Verheirateten keine Kinder (nach der BZgA-Studie: 3,6 % in den alten und 4,0 % in den neuen Bundesländern; vgl. auch Schneewind/Vascovic 1992: 383). In den neuen Bundesländern zeigt sich, daß die Institution Ehe für den Kinderwunsch keine Bedeutung hat. Verheiratet und unverheiratet mit dem Partner zusammenlebende Frauen wünschen sich gleichermaßen selten keine Kinder (mit einem Anteil von 4,3 %). In den alten Bundesländern wollen dagegen mit 22,3 % deutlich mehr der unverheiratet zusammenlebenden Frauen kein Kind verglichen mit den verheirateten Frauen (Hoffmann-Lange 1995: 44f.; vgl. Löhr 1991: 479).

Für den Westen beschreibt der Familiensurvey von 1988 (Löhr 1991) den Einfluß der Bildung auf den Kinderwunsch. Frauen mit (Fach-)Hochschulreife haben den höchsten Anteil an gewünschter Kinderlosigkeit, aber auch von Wünschen nach drei und mehr Kindern (vgl. auch BZgA 1999c). Für die in der DDR aufgewachsenen Frauen ergab sich kein deutlicher Bildungseffekt.

Im Rückblick zeigt sich eine erstaunliche Konstanz der Vorstellungen über die ideale Kinderzahl, die in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1982 zwischen 2,1 und 2,4 variierte (Kiefl/Schmid 1985: 365). Den langfristigen Trend im Westen zeigt ein Generationenvergleich beim Familiensurvey 1988: Der Wunsch nach drei und mehr Kindern ging von den 50-55jährigen hin zu den 18-19jährigen von 34,4 % auf 21,8 % zurück (Löhr 1991: 466). Da auch der Wunsch nach einem einzelnen Kind leicht zurückgeht, gewinnt die Zwei-Kind-Familie an Bedeutung. In allen Generationen wünschten sich Frauen mehr Kinder als Männer. Die höheren Zahlen gewünschter Kinderlosigkeit in jüngeren Generationen können ein Alters- oder ein Generationeneffekt sein.

Auch in der DDR veränderte sich der Kinderwunsch zwischen 1970 und 1990 kaum (Winkler 1990). Eine repräsentative Untersuchung bei 18-40jährigen Frauen und Männern ermittelte 1987 einen Kinderwunsch von durchschnittlichen 1,9 Kindern (Fritsche 1993). Die Wende brachte jedoch eine tiefgreifende Änderung. Alle Untersuchungen belegen noch 1990 sehr geringe Anteile von Frauen, die keine Kinder wünschten (0,6 %; bei Dorbritz 1992: 181; 3 % bei Fritsche 1993). Ein Vergleich mit aktuellen Zahlen zeigt eine Zunahme gewünschter Kinderlosigkeit zu Lasten des Wunsches nach einer Zwei-Kind-Familie in der jüngsten Generation. Neu sind auch die Unterschiede in den Wünschen zwischen Männern und Frauen - bis zur Wende war der Kinderwunsch in der DDR geschlechts- und altershomogen verteilt (Hoffmann/Trappe 1992: 47).

Ein Generationenvergleich bei der Frage nach dem Kinderwunsch mit 17 Jahren (BZgA 1999c) zeigt einen Bruch im Westen zwischen den Generationen der unter- und über 40jährigen (17. Lebensjahr vor und nach 1975), im Osten zwischen den Generationen der unter- und über 30jährigen (17. Lebensjahr vor und nach 1985; vgl. Tabelle 6.2-10).

Tabelle 6.2-10: *Kein Kinderwunsch mit 17 Jahren - Angaben nach Regionen und Alter, 1998*

| Region | Alter der Befragten |       |       |       |      | Gesamt |
|--------|---------------------|-------|-------|-------|------|--------|
|        | bis 24              | 25-29 | 30-34 | 35-39 | ≥ 40 |        |
| in %   |                     |       |       |       |      |        |
| West   | 16,3                | 18,8  | 22,4  | 28,0  | 19,7 | 21,9   |
| Ost    | 17,1                | 14,3  | 5,0   | 4,6   | 9,0  | 9,1    |

Quelle: BZgA 1999, Sonderauswertung.

### Kinderplanung

Der vorhandene Kinderwunsch und die Verfügbarkeit von Kontrazeption führen keineswegs zu einer „rationalen“ Planung von Kindern mit exaktem Timing. Nur etwas mehr als die Hälfte der in der BZgA-Studie befragten 20-44jährigen Frauen (57,1 %) hatten ihre erste „zugelassene“ Schwangerschaft als gewollt und den Zeitpunkt, zu dem sie eintrat, ebenfalls als gewollt bezeichnet. „Zugelassene Schwangerschaften“ umfaßt alle Schwangerschaften außer den abgebrochenen. 15,3 % der Frauen gaben an, ihre Schwangerschaft sei gewollt, aber sie hätte zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollen. Ungewollt war die erste zugelassene Schwangerschaft bei 15,4 % der Frauen. Die zweite zugelassene Schwangerschaft war in stärkerem Maß gewollt. Unterschiede zwischen Ost und West konnten nicht festgestellt werden.

Unterschiede zwischen den in den neuen und den in den alten Bundesländern Befragten zeigen sich vor allem bei den Umständen: Im Westen waren Schwangerschaften bei nicht verheirateten Müttern deutlich seltener auf diesen Zeitpunkt hin geplant als bei verheirateten (31,4 % versus 66,2 %). Im Osten war dieser Unterschied weniger bedeutsam (52,1 % versus 56,1 %). In Ost und West kommen Schwangerschaften von sehr jungen (unter 20 Jahre) und etwas älteren (über 35 Jahre) Müttern verglichen mit Frauen in den dazwischen liegenden Lebensjahren seltener zum geplanten Zeitpunkt. Allerdings

wurden Schwangerschaften, die vor dem 20. Lebensjahr eintraten, in der DDR und später in den neuen Bundesländern auch von unverheirateten und von jungen Frauen gezielter geplant und waren seltener nicht gewollt als in der Bundesrepublik und in den alten Bundesländern.

Insgesamt wird deutlich, daß Frauen nicht immer zeitlich genau Kinder planen (vgl. Schneewind/Vascovic 1992: 383f. für verheiratete Frauen). Etwa 40 % aller zugelassenen Schwangerschaften sind früher als geplant oder ungewollt eingetreten. Neben Mustern rational geplanter Elternschaft werden in der Fachliteratur die Muster der kulturell selbstverständlichen Mutterschaft, die ambivalente und die spontane Entscheidung beschrieben und darauf hingewiesen, daß Mutterschaft von nicht beeinflussbaren externen Faktoren abhängen kann (Schneider 1991; Burkart 1994). Bezieht man die Schwangerschaftsabbrüche ein, so wird deutlich, daß die reproduktiven Wahlen komplexen Bedingungen unterliegen. Es ist notwendig, über die Frage eigener Kinder nachzudenken, aber das erhöht weder den Kinderwunsch noch macht es in jedem Fall eine gradlinige Planung möglich.

*Tabelle 6.2-11: Gewolltheit der ersten und zweiten zugelassenen Schwangerschaft, 1998, 20-44jährige (Schwangerschaften im Zeitraum 1972-1998)*

| Antwortvorgaben                                               | 1. Schw.<br>Gesamt | 1. Schw.<br>Ost | 1. Schw.<br>West | 2. Schw.<br>Gesamt | 2. Schw.<br>Ost | 2. Schw.<br>West | alle Schw.<br>Ost und<br>West |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| in % der jeweiligen Schwangerschaften                         |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                               |
| Schw. war gewollt, auch der Zeitpunkt war gewollt             | 57,8               | 57,3            | 58,3             | 69,9               | 67,2            | 72,4             | 61,7                          |
| Schw. war gewollt, hätte aber später eintreten sollen         | 16,9               | 18,4            | 15,3             | 12,8               | 12,1            | 13,4             | 14,2                          |
| Gesamt der gewollten Schwangerschaften                        | 74,7               | 75,7            | 73,6             | 82,7               | 79,3            | 85,8             | 75,9                          |
| Schw. war weder gewollt noch ungewollt, Kinder kommen einfach | 4,8                | 5,5             | 4,1              | 3,7                | 3,7             | 2,5              | 4,8                           |
| Zwiespältig: sowohl gewollt, als auch ungewollt               | 4,9                | 3,4             | 6,5              | 4,6                | 3,7             | 5,9              | 4,9                           |
| Schw. war ungewollt eingetreten                               | 15,6               | 15,4            | 15,8             | 9,1                | 12,5            | 5,9              | 14,4                          |

Quelle: BZgA 1999 Sonderauswertung, Spaltenprozente.

In der Bundesrepublik zeigen die Daten bis 1960 niedrigere Raten geplanter Schwangerschaften (etwa 30 %: Lukesch 1981). Eine DFG-Studie von 1977 berichtet 64,6 % zu dem Zeitpunkt gewünschter bzw. 28,8 % eindeutig unerwünschter Schwangerschaften (Netter 1984; Schwangerschaften im Zeitraum von 1963-1976 eingetreten). 1978 startete die Zeitschrift Eltern eine Umfrage mit dem Ergebnis, daß 37 % der Kinder auf den Geburtszeitpunkt hin geplant waren, 9 % waren verspätete Wunschkinder. 25 % waren eigentlich erst später geplant. 33 % waren nicht geplant und akzeptiert und 5 % wurden

als völlig ungelegen bezeichnet (Eltern 1979). Eine Studie von 1992 verwendete den engeren Begriff der „Planung“. 55,4 % der ersten zugelassenen Schwangerschaften waren geplant, 34,5 % ungeplant und bei 10,1 % war die Planung offen. Eine begleitende qualitative Erhebung ergab, daß Frauen den Begriff „geplant“ enger fassen als den Begriff „gewollt“ und z. T. eine rationale Planung als negativ bewerten (Helfferich/Kandt 1996).

Untersuchungen aus der DDR zwischen den 70er und den 90er Jahren hatten einen etwas höheren, konstanten Anteil an gewollten Schwangerschaften und eine konsequente Familienplanung (Winkler 1990: 31) festgestellt. Allerdings ist ein direkter Vergleich schwierig, weil die Fragestellung („Wunsch Kinder“) differiert (vgl. Fritsche/Speigner 1992). Das Planungsmuster in der DDR läßt sich nach einer 1989 durchgeführten Studie so beschreiben: Erste zugelassene Schwangerschaften sind etwas häufiger keine Wunsch Kinder als zweite. Nach dem zweiten Kind nahm die Rate der auf diesen Zeitpunkt hin geplanten Kinder bei jeder weiteren Schwangerschaft ab und die Rate der ungewollten Kinder zu. Mütter unter 20 Jahren und ebenso Frauen in Schulausbildung gaben häufiger als alle anderen Altersgruppen an, die Schwangerschaft sei früher als geplant oder ungewollt eingetreten, und seltener (31 %), sie sei auf den Zeitpunkt hin geplant gewesen. Bei Verheirateten waren 75 % der ersten zugelassenen Schwangerschaften auf den Zeitpunkt hin geplant, bei Geschiedenen waren dies nur 25 %; bei ihnen waren 25 % zu früh und 50 % ungewollt eingetreten (Begenau/Helfferich 1997: 46f.; vgl. Fritsche/Speigner 1992).

Ein Vergleich der vor und nach 1990 eingetretenen Schwangerschaften in der retrospektiven Untersuchung der BZgA (BzGA 1999c) zeigt, daß nach 1990 der Anteil der gewollten Schwangerschaften im Osten leicht zurückgeht, während er im Westen ansteigt. Während vor 1990 keine Unterschiede zwischen DDR und Bundesrepublik festzustellen waren, sind nach 1990 eingetretene Schwangerschaften in den neuen Bundesländern doppelt so häufig ungewollt eingetreten wie in den alten (18,8 % versus 9,9 %).

### **Verhältnis von Kinderwunsch und realisierter Kinderzahl**

Die Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit, zwischen Kinderwunsch (idealer Kinderzahl) und realisierter Kinderzahl, drückt sich in der Unzufriedenheit mit der Zahl der eigenen Kinder aus. Etwas mehr als die Hälfte der Frauen gab in der BZgA-Studie am Ende der reproduktiven Phase an, genauso viele Kinder zu haben, wie sie wollten (58,1 % der 35-44jährigen). 36,7 % der befragten Frauen (in Ost und West) gaben an, daß sie gern mehr und 5,2 %, daß sie gern weniger Kinder hätten, als sie haben. So zeigte sich, daß 60,8 % der Frauen mit Abitur gegenüber 45,9 % der Frauen mit Hauptschulabschluß mehr Kinder wünschten als sie tatsächlich haben. Dies entspricht auch den Angaben des Familiensurveys für die Bundesrepublik. Frauen mit einer hohen Bildung haben sich im Durchschnitt am meisten Kinder gewünscht (am häufigsten mehr als drei Kinder, aber auch am häufigsten keine Kinder) und im Durchschnitt am wenigsten bekommen. Diese Frauen schieben die Eheschließung und die erste Geburt auf. Je län-

ger sie sie aufschieben, desto seltener wünschen sie sich (noch) Kinder (Löhr 1991: 472).

Einige Trends der Entwicklung der Familiengröße sind parallel auch beim Kinderwunsch zu finden: Der Wunsch sowie die Realisierung einer Familie mit zwei Kindern dominiert konstant; drei und mehr Kinder wurden im Westen sukzessive weniger gewünscht und auch weniger realisiert. In den neuen Bundesländern sind die Differenzen zwischen Wunsch und Realität für die Frauen über 36 Jahre weniger groß und Bildungsunterschiede machen sich bislang weniger bemerkbar. Aber die Geburtenzahlen gingen nach der Wende drastisch zurück und das Alter bei der Geburt des ersten Kindes steigt kontinuierlich an. Es wird sich zeigen, ob die zur Wende 20jährigen und jüngeren Frauen die Verwirklichung ihres Kinderwunsches nur aufschieben oder ob auch in den neuen Bundesländern die Kluft zwischen Wunsch und Realität am Ende der reproduktiven Phase der Nach-Wende-Generation wächst.

Die *Kinderlosigkeit* (vgl. Kapitel 2.3.3) nimmt in der jüngeren Generation zu, wobei im einzelnen gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit schwer voneinander abzugrenzen sind. Da eine Zunahme der Fertilitätsstörungen nicht belegt werden kann, wird als Ursache für diese Entwicklung der Aufschub des Kinderwunsches bzw. der ersten Geburt diskutiert, wobei der aufgeschobene Kinderwunsch dabei in einen aufgehobenen Kinderwunsch übergehen kann (vgl. Nave-Herz 1988). Gründe für eine bewußte Kinderlosigkeit im Westen liegen Nave-Herz zufolge im beruflichen Bereich oder im Zusammentreffen einer hohen Berufsorientierung mit einer hohen Familienorientierung, verbunden mit hohen Erwartungen an die Mutterrolle.

In den neuen Bundesländern sind weniger Frauen als in den alten (sozial) kinderlos und der Unterschied zwischen Frauen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen ist weniger stark ausgeprägt.

Eine Auswertung des Family and Fertility Survey (FFS) zeigt für das gesamte Bundesgebiet, daß Kinderlosigkeit bei niedrigem Einkommen oder bei anderen Lebensformen als der Ehe häufiger vorkommt. Ein Zusammenhang zwischen Kinderlosigkeit und höherem Ausbildungsabschluß konnte nur für die alten Bundesländer nachgewiesen werden. Die Analyse des gesamten Datensatzes ergab, daß zum einen unverheiratete, höher qualifizierte, vollerbstätige Frauen („Karriere-Milieu“), zum anderen unverheiratete Frauen, die voll erwerbstätig sind und nur ein niedriges Einkommen erzielen am häufigsten kinderlos sind (Dorbritz/Schwarz 1996: 231).

Der Realisierung des Kinderwunsches wirken immer mehrere Faktoren entgegen (Löhr 1991: 471). Die Jugenduntersuchungen werfen die Frage auf, ob die Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit sich eines Tages dadurch schließt, daß - nachdem die Realisierung hinter dem Wunsch zurückblieb - nunmehr der Kinderwunsch und damit die Bereitschaft zur Elternschaft seinerseits in der jungen Generation zurückgeht.

### 6.2.7.2 Partnerschaftsvorstellungen und ihre Realisierung

Die Vorstellung, später Kinder zu haben, ist eng verbunden mit Vorstellungen, in welchen Beziehungsmustern und Personenkonstellationen sie aufwachsen sollen. Dabei ist die Kinderfrage für Frauen aus den alten Bundesländern enger an die Frage einer Eheschließung gekoppelt, als dies für Frauen aus den neuen Bundesländern der Fall ist. Für die junge Generation im Osten wie im Westen ist von einer Doppelorientierung an Beruf und Familie auszugehen. Bei einer Frage nach der Gewichtung von Lebensbereichen in dem DJI-Jugendsurvey zeigten sich 1992 die 16-29jährige Frauen aus den neuen Bundesländern stärker familienorientiert als die aus den alten Ländern (72 % hohe Gewichtung des Lebensbereichs „eigene Familie und Kinder“ gegenüber 66 %). Die befragten Männer schätzten eine „eigene Familie und Kinder“ in Ost und West jeweils 53 % weniger wichtig ein als die Frauen (Hoffmann-Lange 1995: 53). Die jungen Frauen aus den neuen Bundesländern stuften in einem stärkeren Maß (93,1 %), wenn sie den familiären Bereich als wichtig erachteten, zugleich den beruflichen Bereich als bedeutsam ein. In den alten Bundesländern waren es nur 82,3 % (ebd.: 56). In den neuen Bundesländern hatte eine Heirat wenig Einfluß auf die Berufsorientierung, in den alten Bundesländern waren verheiratete junge Frauen weniger berufsorientiert. Andere Jugenduntersuchungen bestätigen den starken Wunsch der Mädchen, auch als verheiratete Mutter unabhängig zu bleiben (Schmid-Tannwald/Kluge 1998: 42f.), die hohe Bedeutung von Erwerbstätigkeit und beruflichem Vorankommen für beide Geschlechter und die stärkere Familienorientierung bei Mädchen in den neuen Bundesländern (Nickel et al. 1995: 79f).

Ebenso wichtig für die Vorstellung von Partnerschaftsform und Kinderzahl ist die Einstellung zu den Aufgabenbereichen von Frau und Mann. Im DJI-Jugendsurvey wurde als traditionelle Auffassung über die Zustimmung zu Aussagen definiert, daß der Frau die Aufgabenbereiche Haushalt und Kinderbetreuung zugewiesen und die Mitarbeit von Frauen in Öffentlichkeit und Politik abgelehnt wird. Eine nicht-traditionelle Auffassung befürwortet die weibliche Berufstätigkeit und eine stärkere Vertretung von Frauen in Führungspositionen.

Tabelle 6.2-12 Geschlechtsrollenorientierung bei 16-29jährigen nach Geschlecht und Region, 1992

| Geschlechtsrollenorientierung                                     | Ost    |        |        | West   |        |        |
|-------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                   | Frauen | Männer | Gesamt | Frauen | Männer | Gesamt |
|                                                                   | in %   |        |        |        |        |        |
| Traditionell                                                      | 10,0   | 38,2   | 24,3   | 17,8   | 35,5   | 26,8   |
| Mittel                                                            | 42,1   | 40,5   | 41,3   | 46,0   | 46,8   | 46,4   |
| Nicht-traditionell                                                | 47,9   | 21,3   | 34,4   | 36,2   | 17,7   | 26,7   |
| N                                                                 | 1.260  | 1.304  | 2.564  | 2.213  | 2.313  | 4.526  |
| Zustimmung zum Item: Der Mann sollte der Hauptverdiener sein in % |        |        |        |        |        |        |

|      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|
| 23,6 | 50,0 | 37,0 | 31,1 | 43,6 | 37,4 |
|------|------|------|------|------|------|

Quelle: DJI-Jugendsurvey 1992; Hoffmann-Lange 1995: 142 und 140.

In Ost wie West äußerten Männer verglichen mit Frauen deutlich traditionellere Ansichten über die Rolle von Frauen. Da die jungen Frauen in den alten Bundesländern etwas konservativer antworteten als die aus den neuen Bundesländern, ist die Geschlechterdifferenz im Westen etwas geringer. Insbesondere arbeitslose junge Männer in Ost (48,8 %) und West (51 %) äußerten traditionelle Orientierungen und zwar unabhängig von ihrem Bildungsgrad. Dieses Ergebnis wurde dahingehend interpretiert, daß sie Frauen auf dem Arbeitsmarkt als Konkurrentinnen erleben und daher für einen Verzicht auf die Berufstätigkeit von Frauen votieren (Hoffmann-Lange 1995: 146). Männer stimmten auch häufiger als Frauen einem Konzept zu, bei dem sie der Hauptnährer der Familie sind. Hier zeichnet sich ein Konflikt ab, der mit dem ersten Kind aktuell wird. Während die jungen Frauen berufstätig sein wollen, wollen die Partner sie auf den familiären Bereich festlegen. Daß der Bereich „eigene Familie und Kinder“ für Frauen wichtiger ist als für Männer, heißt noch nicht, daß sie sich den Vorstellungen des Partners in diesem Punkt anpassen.

Nach wie vor ist eine Familie (mit Kindern) das dominierende Familienmodell; allerdings wird die Realisierung hinausgeschoben. Die Biographien der jungen Frauen in den neuen Bundesländern sind dabei stärker durch eine frühe Partnerbindung, zunächst ohne Heirat, aber mit partnerschaftlicher Wohnform und durch eine nachfolgende Ehe und eigene Kinder gekennzeichnet; nichteheliche Partnerschaften mündeten bis zum 30. Lebensjahr überwiegend in einer Ehe. Für die alten Bundesländer ist der Anteil der Singles und der Kinderlosen unter den jungen Frauen größer; hier waren nichteheliche Partnerschaften - zumindest für dieses junge Alter bis 30 Jahre - eine stabilere, eigenständige Lebensform. Nach wie vor wird demnach ein Kinderwunsch und eine Familienorientierung realisiert, wobei das Hinausschieben von Heirat und Elternschaft (in den neuen und alten Bundesländern, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau) und damit ein prospektiv wachsender Anteil nicht verheirateter und kinderloser Frauen, als ein Versuch interpretiert werden kann, die Probleme der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der divergierenden Einstellungen von Frauen und Männern zu lösen. In diesem Zusammenhang gewinnen die Familienpolitik und die Mutterschaftsregelungen an Bedeutung.

### 6.2.7.3 Mutterschutzgesetz und Erziehungsurlaub

#### **Das Mutterschutzgesetz**

Die Geschichte des Mutterschutzes in Deutschland ist in der Bundesrepublik durch das Mutterschutzgesetz vom 17.5.1952 („Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter“) mit einer auch heute noch bestehenden arbeitsrechtlichen und versicherungsrechtlichen Struktur vorläufig abgeschlossen worden. In seinem ersten Abschnitt ist die *Gestaltung des Arbeitsplatzes* genannt. Dazu gehört die Art und Weise der Beschäftigung, die von

der Aufsichtsbehörde für die einzelne Frau oder den einzelnen Betrieb besonders geregelt werden kann (Beschäftigungsverbot § 3 Abs. 1). Zu den allgemeinen Beschäftigungsverboten gehört der Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen (wie etwa mit radioaktiven Stoffen), aber auch der Umgang mit infektiösem Material, was sich besonders bei Arbeitnehmerinnen im Gesundheitswesen auswirkt. Der Arbeitgeber kann von der Möglichkeit der Umsetzung Gebrauch machen. Beschäftigungsverbote und Umsetzungen haben präventiven Charakter. Arbeitsunfähigkeit (AU) ist für den Krankheitsfall vorgesehen (Tietze/Zuschneid 1991).

Im Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.1.1997 (MuSchG) wurden Änderungen vorgenommen, die insbesondere die EG-Mutterschutzrichtlinie (92/85/EWG) in nationales Recht umsetzen. Die Mutterschutzbestimmungen gelten für alle Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, also auch für Auszubildende, Teilzeitbeschäftigte, Heimarbeiterinnen und Hausangestellte. Für Beamtinnen und Soldatinnen gelten besondere Regelungen. Für Hausfrauen, Selbstständige und Studentinnen gibt es keine gesetzlichen Schutzvorschriften.

Von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung darf bis auf wenige Ausnahmen einer Schwangeren nicht gekündigt werden. Nimmt eine Frau nach der Geburt eines Kindes Erziehungsurlaub, so verlängert sich der Kündigungsschutz bis zum Ablauf des Erziehungsurlaubes (vgl. unten).

Die Mutterschutzfrist, während der eine Schwangere nur auf ausdrücklichen eigenen Wunsch beschäftigt werden darf, beginnt 6 Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin. Sie endet im Normalfall 8 Wochen nach der Geburt, bei Früh- und Mehrlingsgeburten 12 Wochen danach. In dieser Zeit dürfen die Mütter nicht beschäftigt werden. Stillenden Müttern sind nach der Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitszeit Stillpausen (mindestens täglich zwei Mal eine halbe Stunde oder einmal eine Stunde) zu gewähren.

Während der Mutterschutzfristen erhalten die Frauen Mutterschaftsgeld, dessen Höhe sich nach dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei Monate vor der Schutzfrist richtet und den Zuschuß des Arbeitgebers.

### **Erziehungsurlaub, Erziehungsgeld**

Als Schritt zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde 1986 auf der Grundlage des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BERzGG) das Erziehungsgeld und der Erziehungsurlaub eingeführt (zum Umfang der Inanspruchnahme vgl. Kapitel 2.2.4).

Im Anschluß an die Mutterschutzfristen können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes Erziehungsurlaub nehmen. Mutter und Vater können sich in dieser Zeit dreimal abwechseln. Vergleichbar mit dem Mutterschutz gilt während des Erziehungsurlaubes auch für Väter voller Kündigungsschutz.

Das Bundeserziehungsgeld ist als Anerkennung der Erziehungsleistungen von Müttern und Vätern gedacht. Voraussetzung für seine Gewährung ist, daß die Eltern bzw. ein Elternteil das Kind in einem gemeinsamen Haushalt selbst betreuen und keine oder eine höchstens 19 Stunden pro Woche umfassende Teilzeitbeschäftigung ausüben.

Das Erziehungsgeld beträgt je Kind maximal 600.- DM monatlich, es wird zwei Jahre lang bezahlt und ist steuerfrei. Es wird einkommensabhängig gewährt. Für die ersten sechs Lebensmonate beträgt die Einkommensgrenze bei Verheirateten mit einem Kind, die nicht dauernd getrennt leben, 100.000 DM für das jährliche Einkommen; sie gilt auch für Eltern, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben. Bei Alleinerziehenden mit einem Kind beträgt die Grenze 75.000 DM. Beide Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 4.200 DM. Beim Überschreiten der Grenzen im ersten Halbjahr entfällt das Erziehungsgeld.

Ab dem siebten Lebensmonat beträgt die Einkommensgrenze für das Jahreseinkommen bei Verheirateten mit einem Kind, die nicht dauernd getrennt leben, 29.400 DM; sie gilt auch für Eltern, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben. Bei Alleinerziehenden mit einem Kind beträgt die Einkommensgrenze 23.700 DM. Beide Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 4.200 DM.

Anders als im ersten Halbjahr entfällt das Erziehungsgeld ab dem siebten Lebensjahr beim Überschreiten der Einkommensgrenzen nicht, sondern vermindert sich stufenweise. Gemindert es Erziehungsgeld wird bei Verheirateten und Eltern, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, mit einem Kind bis zu einer Einkommensgrenze von 46.200 DM (Alleinerziehende mit einem Kind: 40.500 DM).

Anspruch auf Erziehungsgeld haben auch Auszubildende, Schülerinnen und Studentinnen, ohne daß sie ihre Ausbildung unterbrechen müssen. Ebenso wird diese Leistung für Eltern von Stief- und Adoptivkindern gewährt (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 1998: 92-95).

Als familienfördernde Maßnahme gewähren einige Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg) im Anschluß an den Bezugszeitraum des Bundeserziehungsgeldes für die Dauer von höchstens 12 Monaten ein Landeserziehungsgeld.

---

\* Ergänzung nach Novellierung des Bundeserziehungsgeldgesetzes am 1. Januar 2001: Ab Geburtsjahrgang 2001 sind durch dieses Gesetz die Einkommensgrenzen beim Erziehungsgeld angehoben worden. Alternativ zum monatlichen Erziehungsgeld in Höhe von bis zu 600 DM über einen Zeitraum von 24 Monaten, erhalten Eltern, die sich für eine verkürzte Bezugsdauer von 12 Monaten entscheiden, bis zu 900 DM (Budget).

Die Elternzeit (vorher Erziehungsurlaub) wird flexibler gestaltet. Für Geburten ab 1. Januar 2001 können beide Elternteile gemeinsam Elternzeit nehmen. Die zulässige Teilzeitarbeit während der Elternzeit wird von bisher 19 auf 30 Wochenstunden für jeden Elternteil erweitert. Neu ist auch der grundsätzliche Anspruch auf Teilzeitarbeit während der Elternzeit in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten.

1984 wurde die Bundesstiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ gegründet, mit dem Ziel, werdenden Müttern in Konfliktsituationen unbürokratisch zu helfen und die gesetzlichen Leistungen und Hilfen bei konkreten individuellen Notlagen zu ergänzen. Aus der Stiftung erhaltene Mittel können z. B. für Umstandskleidung, Erstausstattung für das Baby usw. verwendet werden, sie werden auf Sozialleistungen (Sozialhilfe, Kindergeld, Arbeitslosenhilfe) nicht angerechnet. Seit ihrer Gründung haben ca. 1,1 Millionen Frauen Hilfen der Stiftung in Anspruch genommen. 1997 stellte die Bundesregierung dafür 200 Millionen DM zur Verfügung. In einigen Bundesländern gibt es vergleichbare Landesstiftungen mit der gleichen Zielrichtung (BMFSFJ 1998: 160).

Die positiven Auswirkungen des Mutterschutzgesetzes sind unbestritten. Jedoch können Arbeitsmarktbedingungen und/oder das Aufeinandertreffen von Familiengründung und Weiterbildungszeit auch negative soziale Folgen, zumindest aber Konflikte hinsichtlich der beruflichen Perspektive für die Schwangere nach sich ziehen.

#### *6.2.7.4 Familienpolitik und Beratungsangebote*

Die monetären Maßnahmen zur Förderung der Familie unterscheiden sich nach Neubauer et al. in Maßnahmen für alle Familien (hierzu zählen generelle Leistungen und steuerliche Entlastungen), Maßnahmen zur Förderung von Familien in den einzelnen Lebensphasen (Regelungen zur Mutterschaft, Entlastung bei der Betreuung jüngerer Kinder und Maßnahmen für Familien mit Kindern in der Ausbildung) sowie Maßnahmen für Familien mit starkem Unterstützungsbedarf (z. B. für Familien mit alleinstehendem Elternteil, für Familien mit erhöhtem Pflegeaufwand, für Familien mit erschwerter Lebenslage) (vgl. Neubauer et al. 1993: 75-83).

#### **Entwicklung der Familienpolitik und Beratungsangebote in der Bundesrepublik**

Die Familienpolitik der Bundesrepublik setzte 1953 mit der Gründung eines Bundesministeriums für Familie ein. Sie hielt nach ihrer Gründung am Leitbild der traditionellen Familienform fest, was sich auch in den rechtlichen Regelungen widerspiegelte. Nach ihrer Gründung hatte die Bundesrepublik den Grundsatz der Gleichberechtigung im Grundgesetz verankert, ihn jedoch nicht gesondert für Ehe und Familie formuliert. Das 1957 in Kraft getretene Gleichberechtigungsgesetz setzte die tradierte Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen in Ehe und Familie fort, wies den Frauen den reproduktiven Bereich zu und festigte auf diese Weise das Modell der Ernährerfamilie. Mit diesem Gesetz wurde das im Bürgerlichen Gesetzbuch fixierte Hausfrauenleitbild im Sinne einer rechtlichen Absicherung der Hausfrau weiter ausgebaut. Damit blieb die Unterordnung der Frau unter den Mann rechtlich codiert bestehen. Erst 1976 wurde mit dem 1. Eheformgesetz auch das Hausfrauenleitbild der Familienrechtes aufgegeben und zumindest alle rechtlichen Regelungen zum Nachteil von Frauen beseitigt (BMFSFJ 1995).

Die Bedeutung von Ehe und Familie als eine auf lebenslange Dauer konzipierte Lebensform ging seit den 50er Jahren kontinuierlich zurück, ohne daß dies in der Familienpolitik entsprechend Niederschlag gefunden hätte. Nach wie vor wird ein Leitbild einer fortgesetzten Zuweisung von Pflege und Erziehung der Kinder an die Frauen verfolgt (Neubauer et al. 1993).

Trotz des Ausbaus des Familienlastenausgleichs, verschiedener Reformen des Ehe-, Familien- und Kindschaftsrechtes und weiterer familienpolitischer Initiativen wie Mutterschafts- und Erziehungsurlaub und Erziehungsgeld nimmt die Familienpolitik im Vergleich mit anderen europäischen Staaten in bezug auf den Anteil der Aufwendungen für die Familie im Verhältnis zu den gesamten Sozialausgaben einen Schlußplatz ein (BMFSFJ 1995).

Das Konzept der Beratung in Ehe- und Familienberatungsstellen richtet sich darauf, in Fragen der allgemeinen Lebensplanung, der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und im Umgang mit Konflikten und Entwicklungsproblemen nach Veränderungen und neuen Lösungen zu suchen. Hierzu zählen familiäre und partnerschaftliche Konflikte ebenso wie berufliche. Beratung hat hierbei prozeßhaften Charakter und ist im wesentlichen an das Auffinden von Problemlösungen durch die Betroffenen selbst geknüpft (Klann/Hahlweg 1996).

### **Familienpolitik und Mutterschaftsregelungen in der DDR**

Die Familienpolitik der DDR war vorwiegend eine Frauen- und Mütterpolitik. Sie richtete sich sowohl auf Geburtenförderung als auch auf die Verwirklichung von Berufstätigkeit und Mutterschaft (Winkler 1990; Gysi/Meyer 1993). Ausgangspunkte für die Einbeziehung von Frauen in die produktive Sphäre waren zum einen ein Interesse an deren Arbeitsproduktivität sowie die Gleichberechtigungskonzeption der SED, wonach Gleichberechtigung ökonomische Unabhängigkeit und damit eigenständige berufliche Tätigkeit voraussetzt (Trappe 1995). Mit dem Inkrafttreten der 1. Verfassung der DDR wurde im Oktober 1949 die Gleichberechtigung von Frauen und Männern als Verfassungsprinzip formuliert und sämtliche diesem Grundsatz widersprechenden Gesetze aufgehoben.

Das familienpolitische Ziel einer Förderung der auf der Ehe beruhenden Zwei- bis Dreikinder-Familie mit erwerbstätiger Mutter wurde sowohl durch gesetzliche Regelungen, als auch durch familien- und sozialpolitische Fördermaßnahmen angegangen. Frauenspezifische arbeits- und sozialpolitische Regelungen und Rahmenbedingungen, die in der DDR ab 1949 sukzessive geschaffen wurden, beinhalteten schutzrechtliche und Förderungs-Regelungen, finanzielle Transferleistungen und infrastrukturelle Bedingungen zur außerhäuslichen Kinderbetreuung (ebd.: 32-34).

Ab Mitte 1990 setzte der Prozeß der Rechtsangleichung ein, der der Logik des Vereinigungsprozesses folgte und durch enormen Zeitdruck charakterisiert war (Trappe 1995).

In Form von Übergangsregelungen erlangten die bundesdeutschen familienrechtlichen Bestimmungen nach der Wiedervereinigung mit der Bundesrepublik auf dem Gebiet der DDR allmählich Gültigkeit bzw. wurden im Gegenzug die DDR-Regelungen sukzessive außer Kraft gesetzt. Beispielsweise galten die Regelungen zum Kündigungsschutz je nach Geburtsdatum des Kindes längstens bis zum 31.12.1994, während andere Regelungen bereits mit dem Beitritt Gültigkeit erlangten.

Die Hauptwirkung der Überleitung des Bundesrechts in seiner Gesamtheit, vor allem aber die Rechtslage hinsichtlich der Frauen- und Familienförderung sowie des Mutter-schutzes und des Familienrechts besteht in der wesentlichen Erweiterung der Funktionszuweisung an die Familie (Wendt 1993). Das bedeutet, daß nun eine Vielzahl von Betreuungsaufgaben von den Familien bzw. den Müttern selbst zu leisten sind. Mit den Bestimmungen des Grundgesetzes (Art. 6 Abs. 2) sowie des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG § 1) wird den Eltern die alleinige Verantwortung für ihre Kinder zugewiesen (BMFSFJ 1995).

### **Beratung in der DDR und das Beratungsangebot in den neuen Bundesländern**

Mit dem Aufbau von Beratungsstellen zur Ehe- und Sexualberatung in Ostdeutschland war auf Anordnung der deutschen Zentralverwaltung für Gesundheitswesen bereits 1946 begonnen worden. Sie dienten vor allem dem Ziel, gefährdete Ehen zu erhalten und die während dem Krieg reduzierte Bedeutung der Familie zu stärken. Nachdem die Beratungsstellen zu Beginn der 60er Jahre dem Wunsch der Ratsuchenden nach Empfängnisverhütung Rechnung tragen konnten (vgl. Kapitel 6.2.4), wurden sie häufiger frequentiert (Hahn 1998a).

Gemäß einer im Familiengesetzbuch der DDR vom 20. Dezember 1965 verankerten Forderung wurden die Ehe- und Sexualberatungsstellen in den Bezirken und Kreisen der DDR systematisch auf- bzw. ausgebaut mit der Aufgabe der Regelung von Konflikten in Ehen und Familien als Beitrag zur Entwicklung 'harmonischer und gesunder' Familien. Zum Ende des DDR-Bestehens existierten nahezu 200 Ehe-, Familien- und Sexualberatungsstellen in staatlicher Trägerschaft, die an Polikliniken und Gesundheitsämtern angegliedert waren sowie 15 Ehe- und Familienberatungsstellen an diakonischen Einrichtungen (BZgA 1995a). Mit der Umstrukturierung des Gesundheitswesens und des Beratungsangebotes nach 1990 ging ein großer Teil der zuvor in staatlicher Trägerschaft verankerten Beratungsstellen in freie Trägerschaft über. Das derzeitige Angebot weist strukturelle Disparitäten auf, insofern der Anteil der Stellen in konfessioneller Trägerschaft mit einem Drittel weit über dem Anteil der religiös gebundenen Bevölkerung in den neuen Bundesländern liegt. Freie Träger, wie das Deutsche Rote Kreuz, übernahmen etwa ein Drittel der Beratungsstellen, obwohl ihr Tätigkeitsprofil traditionell anders ausgerichtet ist. Ebenfalls knapp ein Drittel der Beratungsstellen befindet sich in kommunaler Hand und ist vor allem den Gesundheitsämtern angegliedert. Eine Folge der Veränderung ist eine personelle Ausstattung der Beratungsstellen, die dem im Schwan-

geren- und Familienhilfegesetz geforderten multiprofessionellen Angebot noch nicht entspricht (ebd.).

### **6.2.8 Zusammenfassung**

Familienplanung bedeutet in einem weit gefaßten Sinn die Gestaltung des Lebens in Beziehungsmustern mit und ohne Kinder. Für das reproduktive Recht, die Zahl der Kinder frei und informiert selbst zu bestimmen, ist der Zugang zu Empfängnisverhütung ein zentrales Thema, aber auch die Frage, wie Vorstellungen von Partnerschaft und Lebensformen in einem gesellschaftlichen Rahmen verwirklicht werden können.

Junge Frauen schützen sich heute in neun von zehn Fällen beim ersten Geschlechtsverkehr vor einer ungewollten Schwangerschaft - insbesondere in festen Beziehungen und wenn das Mädchen selbst oder zusammen mit dem Partner den Geschlechtsverkehr wollte. Beim zweiten Mal ist die Verhütung sogar noch verbreiteter. Beim ersten Mal wird das Kondom am häufigsten verwendet. Im weiteren Verlauf sexueller Beziehungen wird es rasch durch die Pille als bevorzugtes Mittel abgelöst. Damit spielt sich die Zuständigkeit der Frau für die Verhütung ein: Zwar fühlen sich heute junge Männer verantwortlicher für die Verhütung als früher, aber immer noch deutlich seltener als junge Frauen. Der Anstieg der Beliebtheit von Kondomen und ihrer Verwendung zusätzlich zur Pille zeigen an, daß auch der Gedanke an eine HIV-Infektion eine Rolle bei der Wahl der Verhütungsmethode spielt.

Von den Frauen, die verhüten, nehmen aktuell etwa die Hälfte bis zwei Drittel die Pille. Fast alle Frauen haben Erfahrungen mit der Pille. Die Spirale nutzen etwa ein Zehntel. Zu Kondomen liegen unterschiedliche Angaben zwischen 16 % und 35 % vor. Weiche Verhütungsmittel wie z. B. Diaphragma oder Temperatur- und Schleimbeobachtungsmethode werden häufiger in den alten Bundesländern und vor allem von Frauen aus höheren Bildungsgruppen verwendet. Waren in den 70er Jahren in der Bundesrepublik die Frauen aus der Mittelschicht diejenigen, die mehr als Arbeiterfrauen auf die Pille und auf reproduktive Selbstbestimmung setzten, so sind sie heute diejenigen, die skeptischer gegenüber der hormonellen Kontrazeption sind.

Mit dem Alter der Frauen nimmt die Beliebtheit der Pille ab und die Spirale oder eine Sterilisation gewinnen an Bedeutung. Ledige Frauen nehmen häufiger Kondome, verheiratete häufiger die Pille. Generell müssen Frauen zwischen der Sicherheit und der gesundheitlichen Verträglichkeit von Verhütungsmitteln abwägen. Befürchtete und eingetretene Nebenwirkungen lassen sich nur schwer voneinander abgrenzen. Die Untersuchungen zu Nebenwirkungen zeigen, daß gerade die als sicher geltenden Mittel gesundheitlich nicht in jedem Fall unbedenklich sind.

Auf die Sterilisation wurde gesondert eingegangen, da die Verbreitung dieser Verhütungsmethode in den neuen Bundesländern sprunghaft zugenommen hat. Dort lassen sich überwiegend Frauen mit einem erfüllten Kinderwunsch sterilisieren.

Allgemein dominiert der Wunsch nach zwei Kindern, deutlich weniger Frauen stellen sich vor, ein Kind oder drei Kinder zu haben. In der jungen Generation gilt dies zwar auch noch, aber die Unsicherheit überwiegt. Bei den 16-29jährigen wünschten sich Frauen aus den neuen Bundesländern am seltensten (7,9 %), Männer aus den alten Bundesländern am häufigsten kein Kind (25,2 %). Frauen wünschen sich in allen Generationen mehr Kinder als Männer. In den alten Bundesländern hängen Kinderwunsch und Heirat enger zusammen als in den neuen Ländern. Dort wünschen sich 22,3 % der unverheiratet mit einem Partner zusammenlebenden Frauen kein Kind. In den alten Bundesländern, nicht aber in den neuen, ist ein Einfluß der Bildung auf den Kinderwunsch festzustellen, in den neuen Bundesländern nahm nach der Wende die Zahl der Frauen zu, die kein Kind wollten.

Während der Kinderwunsch lange Zeit historisch konstant blieb, ging die realisierte Kinderzahl zurück, so daß vor allem im Westen - und dort vor allem in höheren Bildungsgruppen - eine größer gewordene Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu beobachten ist. Kinderlosigkeit nimmt zu, was zu einem großen Teil auf ein Aufschieben - und dann Aufheben - eines Kinderwunsches zurückgeführt wird. Am häufigsten kinderlos sind unverheiratete, voll erwerbstätige Frauen, die entweder hochqualifiziert sind oder die ein sehr niedriges Einkommen haben. Der Realisierung eines Kinderwunsches stehen auch bei einer prinzipiellen Bereitschaft zur Elternschaft immer mehr Hindernisse entgegen.

Junge Frauen stellen sich überwiegend vor, später zu heiraten. Junge Frauen aus den neuen Bundesländern sind familienorientierter; gleichzeitig ist bei ihnen, aber in beträchtlichem Maß auch bei Frauen aus den alten Bundesländern, von einer prinzipiellen Doppelorientierung an Beruf und Familie auszugehen. Ein Konfliktpotential zeichnet sich dort ab, wo konservative Einstellungen die Frauen auf die Zuständigkeit der Kinderbetreuung festschreiben und Männer als Haupternährer der Familie sehen. Dies ist bei jungen Männern - besonders ausgeprägt bei arbeitslosen jungen Männern - deutlich häufiger zu finden als bei jungen Frauen, die ihrerseits stärker nichttraditionelle Lebensvorstellungen haben. Der Aufschub des ersten Kindes kann als Möglichkeit erklärt werden, diese Konflikte handzuhaben.

Alle diese Entwicklungen sind vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu sehen, die die Mutterschaft bzw. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie regeln.

## **6.3 Schwangerschaftsabbruch**

### **6.3.1 Einleitung**

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt Frauen vor eine Entscheidungssituation mit Konsequenzen für ihr weiteres Leben. Aus der Perspektive der Frauen ist die Diskussion um ungewollte Schwangerschaften vor allem mit der Frage nach Selbstbestimmung verbunden. Selbstbestimmung erfordert zum einen eine Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Leben mit Kindern und zum anderen den Zugang zu möglichst wenig körperlich und psychisch belastenden, sicheren und frauenfreundlichen Abbruchmöglichkeiten, wenn eine Frau sich für einen Abbruch entscheidet.

Schwangerschaftsabbrüche können auch durch strenge gesetzliche Verbote nicht verhindert werden. Eine Beschränkung des Zugangs zu Abbruchmöglichkeiten senkt nicht die Abbruchraten, verringert aber die Sicherheit der Abbrüche und geht somit zu Lasten der Gesundheit von Frauen. Gesundheitsrelevant ist, daß eine breite Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln und eine gute Aufklärung im Zusammenhang mit einem liberalen Klima das Verhütungsverhalten verbessern und diejenigen ungewollten Schwangerschaften verhindern, die allein aus Unkenntnis und Unzugänglichkeit von Verhütung entstehen. Der zweite gesundheitsrelevante Aspekt besteht darin, daß eine Beschränkung des Zugangs zu Abbruchmöglichkeiten die Sicherheit der Abbrüche verringert und somit zu Lasten der Gesundheit von Frauen geht. Für die reproduktive Gesundheit wird daher neben der Erhältlichkeit von sicheren und akzeptablen Verhütungsmethoden die Möglichkeit sicherer, d. h. nicht gesundheitsschädlicher Abbrüche gefordert.

Die rechtlichen Regelungen bestimmen den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. Sie wurden in den letzten 30 Jahren mehrfach reformiert und waren immer wieder ein Politikum. Nach der gegenwärtigen Regelung ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig aber straffrei, wenn die Schwangere dem abbrechenden Arzt bzw. der abbrechenden Ärztin eine Bescheinigung über eine Konfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorweisen kann (Beratungsregelung). Nicht rechtswidrig sind Abbrüche bei einer medizinischen oder kriminologischen Indikation (näheres zur gesetzlichen Regelung siehe Kapitel 6.3.4). Trotz aller Liberalisierungen stellen die heutigen Formulierungen im Strafgesetzbuch Kompromißlösungen dar. Mit der Feststellung einer rechtlichen und moralischen Verurteilungswürdigkeit von Abbrüchen behindern sie eine Aufhebung der Tabuisierung sowie eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in diesem Bereich.

### **Datenlage**

Seit 1977 können den Meldestatistiken in den alten Bundesländern Daten zur Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen entnommen werden. Die Rechtsgrundlagen für die Erfassung der Abbrüche durch das Statistische Bundesamt haben sich jedoch seit 1977 mehrfach geändert, daher sind entsprechende Zeitreihen mit Vorbehalt zu betrachten. In

der ehemaligen DDR wurde die Zahl der ausschließlich stationär vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche bis zum Jahr 1990 anhand der Krankenblattokumentation vollständig und valide erfaßt (Roloff 1997: 42). Nach der Wende gab es bis zum August 1992 in den neuen Bundesländern zwar keine Rechtsgrundlage für eine Meldepflicht, die Abbruchzahlen wurden jedoch bis zu diesem Datum noch nach dem alten Modus erfaßt. Ab 1993 wurden die Meldevorschriften der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche angewandt (StBA 1997c: 4; StBA 1993: 4).

Bis 1995 ist in den alten Bundesländern von einer erheblichen Untererfassung der Abbrüche auszugehen, da ein Teil der Ärztinnen und Ärzte ihrer gesetzlichen, jedoch anonymen Auskunftspflicht nicht oder unzureichend nachkam (StBA 1997c: 4). Ab 1996 wurde durch eine Neuregelung im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die statistische Erfassung wesentlich verbessert (zur Untererfassung vgl. Roloff 1997: 2).

Die Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen wurde in diversen größeren und repräsentativen Studien erfragt (z. B. Deutscher Fertility and Family Survey, in: Roloff 1997; Hübner et al. 1998). Es gibt aber nur wenige Untersuchungen, die Frauen mit und ohne Schwangerschaftsabbruch einbeziehen und damit Aussagen über die Besonderheit der Situation abbrechender Frauen machen können. Ausnahmen sind die Untersuchungen von Holzhauer (1989) und Familienplanungsstudien (Helfferich et al. 1996; BZgA 1999c).

Schlecht ist die Datenlage bezogen auf Komplikationen. In der Abbruchsstatistik werden nur die Komplikationen erfaßt, die die Ärztin oder der Arzt vor der Entlassung oder Verlegung einer Patientin beobachtet. Dabei handelt es sich um primäre Frühkomplikationen, die beim Eingriff oder in den ersten 24 Stunden danach auftreten. Sekundäre Frühkomplikationen, die erst nach Tagen auftreten, die jedoch die folgenschwersten Komplikationen darstellen, können nur bei stationär durchgeführten Abbrüchen mit längeren Krankenhausaufenthalten dokumentiert werden. Zu Spätfolgen, die erst längere Zeit nach dem Abbruch (z. B. bei einer nachfolgenden Schwangerschaft) relevant werden, liegen keine Daten vor (StBA – Internet). Auf den von den Ärztinnen und Ärzten auszufüllenden Erhebungsvordrucken werden 14 Komplikationen spezifiziert (StBA 1997c: 29). Zwar werden die Komplikationen absolut erfaßt, nicht aber die absolute Zahl der Abbrüche mit Komplikationen (auf einen Abbruch können mehrere genannte Komplikationen kommen).

Die (im Westen) vorliegenden Untersuchungen zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen weisen gravierende methodische Mängel auf, und zwar bezogen auf fehlende Kontrollgruppen von Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austrugen (vgl. Weber et al. 1990: 201ff.), Stichprobenzugang, Objektivität der Untersuchung und Zeitpunkt der Nacherhebung (vgl. Barnett et al. 1986). Ungeklärt ist in der Regel die Frage, „ob der Schwangerschaftsabbruch selbst oder die mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Lebensbedingungen der Frau für die Veränderungen verantwortlich sind“ (Davies-Osterkamp 1991a: 70).

### 6.3.2 Verbreitung und Hintergründe des Schwangerschaftsabbruches

Im Jahr 1996 wurden in Deutschland 130.899 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, was den Verhältniszahlen von 163,7 Abbrüchen je 1.000 Lebend- und Totgeborene und 7,7 Abbrüchen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter entspricht (StBA 1998b: 210). Diese Ziffern lagen in den alten Bundesländern (mit Berlin) niedriger als in den neuen Bundesländern (vgl. Tabelle 6.3-2) mit regionalen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern (StBA 1997c: 8). Es ist dabei zu berücksichtigen, daß das Land, in dem der Eingriff durchgeführt wurde, nicht der Wohnort der Schwangeren sein muß. Allerdings suchten 1996 nur 6 % der abbrechenden Frauen eine Einrichtung in einem anderen Bundesland auf (ebd.: 5).

Im folgenden werden zwei unterschiedliche Berechnungsarten von Abbruchhäufigkeiten verwendet. Zum einen werden Abbrüche auf 1.000 Frauen einer definierten Gruppe berechnet. So ist erkennbar, in welchen Gruppen viele und in welchen wenige Abbrüche vorkommen. Bei Minderjährigen z. B. ist diese Rate sehr gering. Die zweite Art der Berechnung bezieht sich nicht auf 1.000 Frauen einer Gruppe, sondern auf 1.000 Lebend- oder Totgeborene von Frauen dieser definierten Gruppe. In diese Berechnung gehen nur die Schwangeren ein. Hier interessiert die Relation der ausgetragenen zu den abgebrochenen Schwangerschaften, d. h. die Wahrscheinlichkeit für den Abbruch einer Schwangerschaft. In diese Berechnung geht ein, wie häufig Frauen einer bestimmten Gruppe überhaupt schwanger werden. Minderjährige werden z. B. selten schwanger, es gibt in dieser Gruppe also auch wenige Lebend- und Totgeborene. Damit ist bei ebenfalls niedrigen Abbruchzahlen die Rate der Abbrüche auf 1.000 Lebend- oder Totgeborene hoch. Das heißt: werden Minderjährige schwanger (was relativ selten ist), brechen sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit die Schwangerschaft ab. Diese Kombination von einer niedrigen Abbruchrate auf 1.000 Frauen einer definierten Gruppe (oder einer niedrigen absoluten Zahl von Abbrüchen) mit einer hohen Rate bezogen auf 1.000 Lebend- oder Totgeborene in dieser Gruppe, ist - wie die Daten zeigen werden - charakteristisch für das Abbruchgeschehen. Sie besagt: In Situationen, in denen eine Schwangerschaft statistisch seltener vorkommt, ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie abgebrochen wird, höher.

Tabelle 6.3-1: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Frauen der gleichen Altersgruppe 1996 Deutschland

| Alter der Schwangeren<br>von ... bis unter ... Jahren | Abbrüche je 1.000 Frauen der gleichen Altersgruppe |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 10 - 15                                               | 0,2                                                |
| 15 - 20                                               | 5,2                                                |
| 20 - 25                                               | 11,3                                               |
| 25 - 30                                               | 10,9                                               |
| 30 - 35                                               | 9,2                                                |
| 35 - 40                                               | 6,5                                                |
| 40 - 45                                               | 2,6                                                |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 45 - 50                             | 0,3 |
| Alle Altersgruppen durchschnittlich | 7,7 |

Quelle: StBA 1998b: 210; modifizierte Fassung.

Das Durchschnittsalter der abbrechenden Frauen betrug 1996 28 Jahre. 50,1 % der abbrechenden Frauen waren zwischen 25 und 34 Jahre alt, 22,1 % waren älter und 27,8 % jünger. Insgesamt brechen Minderjährige und Frauen über 45 Jahren - sowohl in absoluten Zahlen als auch auf 1.000 Frauen der Altersgruppe berechnet - selten Schwangerschaften ab.

Frauen unter 18 und über 40 Jahren werden insgesamt seltener schwanger als Frauen in den mittleren Altersgruppen, brechen eingetretene Schwangerschaften aber häufiger ab (hohe Raten auf 1.000 Lebend- und Totgeborene von Müttern dieser Altersgruppen). Bei 20-30jährigen Frauen werden mehr Abbrüche verzeichnet (Rate auf 1.000 Frauen), aber der Anteil der Lebend- oder Totgeborenen liegt weit über dem Anteil der Abbrüche. Tabelle 6.3-2 zeigt für alle Altersgruppen bei den Frauen in den neuen Bundesländern berechnet auf die Lebend- und Totgeborenen höhere Abbruchraten als bei den westdeutschen Frauen.

Tabelle 6.3-2: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Lebend- u. Totgeborene der gleichen Altersgruppe 1996

| Altersgruppe von<br>... bis unter ... Jahren | Abbrüche je 1.000 Lebend- und Totgeborene der gleichen Altersgruppe |                   |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                              | Alte Bundesländer und Berlin                                        | Neue Bundesländer |
| unter 15                                     | 3.077,9                                                             | 4.000,0           |
| 15 - 18                                      | 888,8                                                               | 1.077,5           |
| 18 - 25                                      | 219,0                                                               | 260,8             |
| 25 - 30                                      | 105,8                                                               | 213,3             |
| 30 - 35                                      | 97,5                                                                | 402,7             |
| 35 - 40                                      | 183,8                                                               | 850,0             |
| 40 - 45                                      | 429,6                                                               | 1.698,9           |
| ≥45                                          | 1.000,0                                                             | 3.540,0           |
| Insgesamt                                    | 141,9                                                               | 346,7             |

Quelle: StBA 1997c; eigene Berechnungen.

52,3 % der Abbrechenden sind verheiratet (neue Bundesländer: 56,9 %, alte Bundesländer: 51,0 %). Ein familienstandsspezifischer Vergleich der Abbruchziffern läßt jedoch erkennen, daß bei verheirateten Frauen die Abbruchwahrscheinlichkeit bei einer eingetretene Schwangerschaft niedriger ist als bei nicht verheirateten (vgl. auch Roloff 1997: 45 f.). 1996 entfielen in Deutschland auf 1.000 eheliche Geburten 103,3 Abbrüche

verheirateter Frauen, auf 1.000 nichteheliche Geburten kamen 456,9 Abbrüche nicht-verheirateter Frauen (StBA 1997c: 10; eigene Berechnungen).

Tabelle 6.3-3: Familienstand der abbrechenden Frauen, 1996

| Familienstand | Deutschland | Alte Bundesländer u.<br>Berlin<br>in % | Neue Bundesländer |
|---------------|-------------|----------------------------------------|-------------------|
| Ledig         | 40,6        | 42,4                                   | 34,6              |
| Verheiratet   | 52,3        | 51,0                                   | 56,9              |
| Verwitwet     | 0,6         | 0,6                                    | 0,6               |
| Geschieden    | 6,4         | 6,0                                    | 7,9               |
| Insgesamt     | 100,0       | 100,0                                  | 100,0             |

Quelle: StBA 1997c: 8 und eigene Berechnungen.

Der Familienstand hat in den alten Bundesländern ein größeres Gewicht bei der Frage, ob eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen wird. In den alten Ländern ist die Differenz zwischen der Abbruchsziffer auf 1.000 nichteheliche Geburten und der Abbruchsziffer auf 1.000 eheliche Geburten wesentlich deutlicher als in den neuen Bundesländern (vgl. Tabelle 6.3-4). Eheschließung und Kinder gehören hier enger zusammen bzw. nicht verheiratet zu sein und Kinder haben schließt sich stärker aus als in den neuen Bundesländern. Insbesondere die 15-29jährigen Frauen in den neuen Bundesländern brechen nichteheliche Schwangerschaften seltener ab als gleichaltrige im Westen.

Tabelle 6.3-4: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Lebend- und Totgeborene der verheirateten und nicht verheirateten Frauen nach Altersklasse und Region, 1996

| Alter von ... bis<br>unter ... Jahren | Abbrüche je 1.000 Lebend- u. Totgeborene nach Legitimität |              |                   |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
|                                       | alte Bundesländer u. Berlin                               |              | neue Bundesländer |              |
|                                       | ehelich                                                   | nichtehelich | ehelich           | nichtehelich |
| 15 - 20                               | 74,8                                                      | 920,3        | 178,6             | 647,3        |
| 20 - 25                               | 74,2                                                      | 599,3        | 156,5             | 285,2        |
| 25 - 30                               | 59,7                                                      | 434,7        | 187,2             | 257,5        |
| 30 - 35                               | 70,5                                                      | 335,9        | 398,2             | 415,0        |
| 35 - 40                               | 156,1                                                     | 384,6        | 923,7 >           | 657,8        |
| 40 - 45                               | 402,5                                                     | 580,4        | 1.936,8 >         | 1.082,0      |
| ≥ 45                                  | 902,3                                                     | 1.100,0      | 4.342,1 >         | 1.000,0      |

|           |      |       |       |       |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| Insgesamt | 84,3 | 492,3 | 339,6 | 356,6 |
|-----------|------|-------|-------|-------|

Quelle: StBA 1997c; eigene Berechnungen.

Insgesamt hatten im Jahr 1996 36,5 % der abbrechenden Schwangeren noch kein Kind, 25,0 % hatten eines, 26,5 % zwei, 8,6 % drei und 3,3 % vier und mehr Kinder geboren. Das heißt: Sowohl Frauen, die (noch) keine Kinder haben, als auch Frauen, die bereits Kinder haben, brechen Schwangerschaften ab. Beide Konstellationen haben allerdings in den neuen und alten Bundesländern ein unterschiedliches Gewicht: In den alten Bundesländern waren die abbrechenden Frauen zu 41 % kinderlos, in den neuen Ländern war dies nur bei 20 % der Fall (StBA 1997c: 5). Einzelstudien bestätigen, daß ein höherer Anteil von Frauen im Westen die erste Schwangerschaft abbrach, verglichen mit Frauen aus dem Osten (z. B. BZgA 1999c: 14,2 % versus 8,6 %). Im Osten wurden dafür mehr dritte oder vierte Schwangerschaften abgebrochen. Nach einer Untersuchung zu Partnerschaftskonflikten brachen ostdeutsche Frauen nur in 10 % der Fälle erste Schwangerschaften ab. Die zweiten Schwangerschaften endeten zu 12 % mit einem Abbruch, während dritte (31 %) und vierte (40 %) Schwangerschaften deutlich häufiger abgebrochen wurden (Begenau/Rauchfuß 1992, zit. in Begenau/Helfferich 1997: 43).

Ein Ergebnis des deutschen Fertility and Family Survey (FFS) von 1992 unterstützt die Beobachtung, daß Frauen in den alten Bundesländern eher die erste Schwangerschaft abbrechen, Frauen in den neuen Bundesländern aber Schwangerschaften höherer Ordnung - wobei die zum Zeitpunkt der Erhebung noch unterschiedliche Rechtslage in den beiden Landesteilen zu berücksichtigen ist. Nach der Entscheidung bei einer ungewollten Schwangerschaft befragt, äußerten die Verheirateten im Westen unabhängig von der Familiengröße eine hohe Bereitschaft, das weitere Kind zu bekommen. In den neuen Bundesländern wuchs dagegen mit steigender Kinderzahl die Bereitschaft zum Abbruch. In den alten Bundesländern gaben von den Frauen mit einem, zwei oder drei Kindern nur zwischen 3,4 % und 3,9 % an, „sicherlich“ einen Abbruch vornehmen zu lassen, in den neuen Bundesländern äußerten 14,5 % (bei einem Kind) und 30,9 % (bei drei und mehr Kindern) diese Absicht (Roloff 1997: 78).

Die Ost-West-Unterschiede lassen sich an dieser Stelle so zusammenfassen: In den neuen Bundesländern werden mehr nichteheliche Schwangerschaften und mehr Schwangerschaften von jungen Frauen akzeptiert; höheres Alter und das Vorhandensein von Kindern erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs stärker als in den alten Bundesländern. In den alten Bundesländern schließt das Nichtverheiratetsein das Austragen der Schwangerschaft eher aus und mehr junge Frauen und Frauen ohne Kinder brechen Schwangerschaften ab. Sind aber Kinder vorhanden, wird häufiger als in den neuen Bundesländern eine weitere Schwangerschaft auch ausgetragen. Diese Unterschiede hängen mit den unterschiedlichen Mustern der Familiengründung zusammen.

Ausbildung hat in den neuen Bundesländern weniger Einfluß auf die Bereitschaft zu einem Schwangerschaftsabbruch - ebenso wie auf die Familienbiographie - als in den alten Ländern. In den alten Bundesländern brechen Frauen mit höheren Bildungsab-

schlüssen, insbesondere mit einem Universitätsabschluß, häufiger eine Schwangerschaft ab - insbesondere die erste Schwangerschaft - als Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen (Helfferrich et al. 1996; BZgA 1999c). Der Abbruch einer ersten Schwangerschaft steht hier im Zusammenhang mit einem Aufschub der ersten Geburt. Im Osten hatte die Ausbildung weniger Auswirkungen auf das Vorkommen von Schwangerschaftsabbrüchen.

Insgesamt sind Schwangerschaftsabbrüche gerade in den Situationen häufig, in denen auch mehr ungeplante Schwangerschaften als geplante eintreten. Da nicht alle ungeplanten Schwangerschaften abgebrochen werden, sind neben den Faktoren, die das Eintreten einer ungeplanten Schwangerschaft beeinflussen, solche Bedingungen zu diskutieren, die in die Entscheidung gegen das Austragen der Schwangerschaft eingehen.

Was Abbruchgründe angeht, so liegen nur für den Westen qualitative Befragungen von Frauen vor, die eine Schwangerschaft hatten abbrechen lassen (Oeter 1980; Goebel 1984; vgl. Merz 1979). Ungewollte Schwangerschaften bzw. Schwangerschaftsabbrüche treten demnach insbesondere in psychischen Krisensituationen ein, vor allem im Zusammenhang mit Trennungserlebnissen: Die Funktion des Abbruchs wird als Konfliktlösung bezogen auf einen zugrunde liegenden und in der Krisensituation aktualisierten Konflikt interpretiert. Ungeklärt ist, wie die zugrunde liegenden Ambivalenzen mit gesellschaftlichen Bedingungen (z. B. Unvereinbarkeit von Beruf und Familienbiographie, Art der Beziehungen zwischen den Geschlechtern) zusammenhängen und ob bzw. welche Konfliktlösungen auch für die DDR eine Rolle spielten. Auch ist nicht geklärt, ob eine solche psychische Funktion sich auf den Abbruch als solchen oder auf die Schwangerschaft bzw. möglicherweise ebenso auf ein Kind bezieht, wobei weitere zusätzliche Bedingungen den Ausschlag geben könnten, ob eine Schwangerschaft abgebrochen wird oder nicht.

In Schwangerschaftskonfliktberatungen nannten die Frauen nach einer Erhebung des Deutschen Caritasverbandes von 1992 an erster Stelle finanzielle Gründe für den Abbruch, psychische und physische Belastungen folgten an zweiter Stelle. Diese Daten wurden jedoch zur Zeit der früheren Indikationsregelung erhoben. Zudem ist der situationsbedingte Druck zu berücksichtigen, erwünschte Antworten zu geben (zitiert in Roloff 1997: 108). Finanzielle Hilfen waren nach Holzhauer (1989: 368) in den alten Bundesländern kein wichtiger Grund bei der Entscheidung für einen Abbruch, auch wenn die Frauen mit einem Abbruch im Vergleich zu Frauen, die eine Schwangerschaft austrugen, häufiger in ungesicherten finanziellen Verhältnissen lebten (ebd.: 162).

Aus den aktuellen amtlichen Daten zum Abbruch lassen sich nur sehr grobe Schlüsse auf Abbruchgründe ziehen. Der weitaus größte Teil der Abbrüche wurde 1996 nach der Beratungsregelung vorgenommen (96,3 %). Dahinter verbergen sich eine Vielzahl unterschiedlicher Problemlagen. Nur bei 3,7 % der Abbrüche wurde eine medizinische Indikation angegeben; kriminologische Indikationen sind 1996 nicht dokumentiert (StBA, 1997c: 8-9). Der Anteil der medizinischen Indikation hatte in den alten Bundes-

ländern in den Jahren der Indikationsregelung von 14,3 % (1983) auf 8,2 % (1992) abgenommen. Dies wird nicht als Hinweis auf die Abnahme medizinischer Problematiken gewertet, sondern als Verschiebung vor dem Hintergrund einer zunehmenden Akzeptanz der alternativ zu bescheinigenden Notlagen-Indikation, die im selben Zeitraum von 80,2 % auf 88,6 % stieg (ebd.: 23).

### **Zeitlicher Trend 1976-1994 in den alten bzw. 1972-1994 in den neuen Bundesländern und europäischer Vergleich**

In den alten Bundesländern stiegen bis 1982 die Abbruchszahlen - nach der Reform des §218 StGB von 1976, mit der ein Abbruch aufgrund einer Indikation straffrei wurde - an. Daraus kann nicht geschlossen werden, daß mehr Frauen Schwangerschaften abbrechen, denn die Zahl der Abbrüche, die Frauen aus der Bundesrepublik in den Niederlanden durchführen ließen, ging im selben Zeitraum stark zurück (Roloff 1997: 43). Vermutlich ist in dieser Zeit auch die Meldebereitschaft gestiegen und die Zahl illegaler Abbrüche hat abgenommen. 1988 bis 1992 pendelten sich in den alten Bundesländern die absoluten Zahlen gemeldeter Abbrüche, die Ziffern der Abbrüche auf die Geborenen und auf Frauen im fruchtbaren Alter ein. Ab 1992 ist ein leichter Aufwärtstrend zu verzeichnen (Dorbritz/Gärtner 1995: 376).

Das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft führte in der DDR nach 1972 zu einem sprunghaften Anstieg der legal vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche. Dieser Anstieg war zum einen auch hier Ausdruck der Verschiebung von illegal zu legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen, zum anderen aber zeigen die nach Inkrafttreten des Gesetzes deutlich gesunkenen Geburtenzahlen, daß Frauen die neuen Handlungsspielräume nutzten. Von 1988 bis 1994 gingen die Absolutzahlen stark zurück und auch die auf Frauen im fruchtbaren Alter bezogenen Ziffern sanken. Ein wichtiger Grund für die starke Verringerung nach 1989 war zunächst die Auswirkung der veränderten Rechtslage, die Frauen verstärkt nach sicheren Verhütungsmethoden suchen ließ (vgl. Kapitel 6.2.6). Darüber hinaus spielen hier demographische Prozesse eine bedeutende Rolle insofern als durch Abwanderung oder Kohorteneffekte der Frauenanteil in den Altersgruppen sank, die hauptsächlich am Reproduktionsgeschehen beteiligt sind (Michel/Finke 1995).

*Tabelle 6.3-5: Entwicklung der Abbruchsziffern in den alten und den neuen Bundesländern (BL) seit 1980*

| Jahr | absolute Zahl gemeldeter Abbrüche |                       | Abbrüche je 10.000 Lebend- und Totgeborene <sup>3)</sup> |                       | Abbrüche je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren |                       |
|------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|
|      | alte BL <sup>1)</sup>             | neue BL <sup>2)</sup> | alte BL <sup>1)</sup>                                    | neue BL <sup>2)</sup> | alte BL <sup>1)</sup>                                   | neue BL <sup>2)</sup> |
| 1980 | 87.702                            | 92.103                | 1.406                                                    | 3.732                 | 65                                                      | 253                   |
| 1982 | 91.064                            | 96.414                | 1.459                                                    | 3.992                 | 66                                                      | 266                   |
| 1984 | 86.298                            | 92.556                | 1.471                                                    | 4.037                 | 63                                                      | 259                   |
| 1986 | 84.274                            | 85.725                | 1.341                                                    | 3.839                 | 63                                                      | 244                   |

|      |        |        |       |       |    |     |
|------|--------|--------|-------|-------|----|-----|
| 1988 | 83.784 | 80.840 | 1.233 | 3.729 | 63 | 233 |
| 1989 | 75.297 | 73.899 | 1.101 | 3.712 | 56 | 220 |
| 1990 | 78.808 | 66.459 | 1.080 | 3.709 | 58 | 204 |
| 1991 | 74.571 | 49.806 | 1.029 | 4.605 | 54 | 155 |
| 1992 | 74.856 | 43.753 | 1.035 | 4.934 | 54 | 136 |
| 1993 | 79.060 | 32.176 | 1.098 | 3.982 | 57 | 100 |
| 1994 | 77.379 | 26.207 | 1.116 | 1.341 | -  | -   |

1) bis 1991 ohne Ost-Berlin, ab 1992 mit Ost-Berlin

2) bis 1991 mit Ost-Berlin; ab 1992 ohne Ost-Berlin

3) Ein Sinken der Ziffer bedeutet, daß die Abbrüche stärker zurückgehen als die Geburten

Quelle: Dorbritz/Gärtner 1995: 376.

Im europäischen Vergleich gehört die Bundesrepublik mit 77 Abbrüchen je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter zu den Ländern, in denen bei einem verbreiteten Zugang zu Kontrazeptiva und Sexuaufklärung die Abbruchziffern im unteren Bereich liegen. Die entsprechenden Ziffern lagen in Finnland bei 79 (1994), in Holland bei 60 (1994) und in Spanien bei 53 (1994). In Dänemark waren mit 143 (1993), in Frankreich mit 130 (1990) und in Schweden mit 183 (1994) die Ziffern deutlich höher (Europäische Kommission 1997: 114).

### 6.3.3 Versorgung, Komplikationen und Verarbeitung

Die Bundesländer sind gesetzlich verpflichtet, ein ausreichendes Angebot an anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Durchführung von Abbrüchen sicherzustellen (zu den Beratungsangeboten vgl. Kapitel 6.2.7.4). Im einzelnen greifen hier länderspezifische Regelungen.

Überwiegend werden Abbrüche in Ost und West ambulant durchgeführt (34,3 % ambulant in einem Krankenhaus, 52,1 % in einer gynäkologischen Fachpraxis). Stationär in Krankenhäusern werden 13,6 % der Eingriffe vorgenommen (StBA 1997c: 8). Im einzelnen zeigen sich Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern dahingehend, daß in den neuen Ländern mehr Abbrüche in Krankenhäusern durchgeführt werden (81 % gegenüber 38 %; ebd.: 5). Grund dafür ist vermutlich die unterschiedliche Tradition des Gesundheitswesens. In den alten Bundesländern wurden 1996 die Schwangerschaften zu 45 % in einem frühen Stadium (vor der 8. Woche) abgebrochen, in den neuen Ländern nur zu 31 % (ebd.). Die häufigste Abbruchmethode ist in allen Bundesländern die Vakuumaspiration.

Trotz Einschränkungen der Aussagekraft von Dokumentationen von Komplikationen, kann nach den Daten der Statistik festgestellt werden, daß Abbrüche mit geringen gesundheitlichen Risiken für die Frauen verbunden sind. In der Abbruchsstatistik 1996 sind 902 Komplikationen dokumentiert. Dabei machten Nachblutungen mit 31,8 % den größten Anteil der Komplikationen aus, gefolgt von Uterusperforationen (11,9 %), Blutverlust (10,8 %) und Fieber (8,4 %). Andere Komplikationen kommen sehr selten vor. Auf die Fehlgeburtziffern nachfolgender Schwangerschaften hat ein Abbruch keinen Einfluß (Helfferrich et al. 1996). In Übereinstimmung mit internationalen Daten läßt sich

die Liberalisierung des §218 StGB als Beitrag zur Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit auffassen (StBA 1998b: 56). Zu psychischen Komplikationen sind keine verlässlichen Aussagen möglich.

Insgesamt ist die rechtliche Regelung der Versorgung nicht systematisch an dem Ziel ausgerichtet, die gesundheitlichen Belastungen von Frauen möglichst gering zu halten, z. B. indem darauf hingewirkt wird, daß Schwangerschaftsabbrüche möglichst früh durchgeführt werden. Der hohe medizinische Standard der Versorgung ermöglicht aber im Vergleich mit anderen Ländern sichere Abbrüche mit einer niedrigen Komplikationsrate.

#### **6.3.4 *Rechtliche Regelungen und Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs***

Die rechtlichen Bedingungen, die den Zugang zu legalen und sicheren Schwangerschaftsabbrüchen regeln, wurden in den alten und neuen Bundesländern in den letzten 30 Jahren mehrfach geändert.

Bis 1976 galt in der ehemaligen Bundesrepublik ein allgemeines Verbot des Schwangerschaftsabbruches. Im Jahre 1976 wurde der §218 StGB dahingehend reformiert, daß eine Indikationenlösung mit Beratungspflicht verankert wurde. Es wurden vier Indikationen in §218a, Abs. 1-3 vorgesehen, unter denen ein Abbruch nicht strafbar war: Die Notlagen-Indikation, die medizinische, eugenische und kriminologische Indikation. Des weiteren wurde ein rechtlich verbindliches formales und zeitliches Procedere zur Beratung und zur Durchführung des Abbruches vorgeschrieben. Die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch wurden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Dieses Gesetz war bis zum 16. Juni 1993 gültig. Danach galt bis 1995 eine nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes verabschiedete Übergangsregelung.

In der DDR galt von 1965 bis 1972 eine Indikationenregelung des Schwangerschaftsabbruches, die medizinische, sozialmedizinische, soziale, eugenische und kriminologische Indikationen vorsah. Von 1972 bis 1993 war eine weitreichende Fristenlösung rechtens, die den Schwangerschaftsabbruch bis zur vollendeten 12. Schwangerschaftswoche erlaubte (Roloff 1997: 4ff.) Gemäß dem Gesetz oblag der durchführenden gynäkologischen Einrichtung zur Vermeidung wiederholter Abbrüche die Pflicht zur Beratung über mögliche Komplikationen des Eingriffs sowie über die wirksame Anwendung von Verhütungsmitteln. Von 1990 bis zur oben genannten Übergangsregelung von 1993 galt in den alten Bundesländern und West-Berlin einerseits, in den neuen Bundesländern und Ost-Berlin andererseits im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch unterschiedliches materielles Recht.

Am 1. Oktober 1995 trat der reformierte §218a StGB und das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG - Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten) in Kraft. Kern des §218a StGB ist eine Beratungspflicht der Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen wollen (§219 StGB). Zwar gilt grundsätzlich, daß ein Abbruch rechtswidrig ist, auf Verlangen der Schwangeren ist er aber straffrei, wenn die

Schwangere dem abbrechenden Arzt oder der Ärztin eine Bescheinigung über eine Schwangerschaftskonfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorweisen kann, die mindestens drei Tage vor dem Abbruch stattgefunden hat, wenn ein Arzt oder eine Ärztin den Abbruch vornimmt und wenn seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind. Beratung und Abbruch dürfen nicht von derselben Person vorgenommen werden.

Nicht rechtswidrig sind Schwangerschaftsabbrüche bei einer jeweils von Ärzten oder Ärztinnen festzustellenden medizinischen oder kriminologischen Indikation. In diesen Fällen ist keine Schwangerschaftskonfliktberatung vorgeschrieben. Eine medizinische Indikation (ohne Frist) liegt vor, wenn der Abbruch der Schwangerschaft angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, die nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Eine kriminologische Indikation (mit einer 12 Wochen Frist) setzt voraus, daß die Schwangerschaft auf ein Sexualdelikt zurückzuführen ist. Zwischen Empfängnis und Abbruch dürfen nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sein.

Die doppelte Intention, den Schutz des ungeborenen Lebens zu sichern und das Selbstbestimmungsrecht der Frauen nicht gravierend zu beschneiden, wirkt sich auf das Verständnis von Beratung aus, das gesondert und ausführlich in §1 bis §11 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes geregelt ist. Einerseits soll die Beratung sich "von dem Bemühen leiten (...) lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen". Die prinzipielle Verwerflichkeit des Abbruchs und das Lebensrecht des Ungeborenen "muß der Frau bewußt sein". Andererseits soll die Beratung helfen, "eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen". Die Beratung ist gemäß §5, Abs. 1 SchKG ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Frau aus. Sie umfaßt nicht nur die Darlegung der Gründe für den Abbruch auf Seiten der Schwangeren, sondern auch medizinische, soziale und juristische Informationen z. B. über Rechtsansprüche und praktische Hilfen, die eine Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern würden, sowie das Angebot von Unterstützung und Hilfe z. B. bei der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten oder bei der Fortsetzung der Ausbildung.

Zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz ein Beratungsanspruch für jede Frau und jeden Mann bezogen auf Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung und allen mit Schwangerschaften zusammenhängenden Fragen festgelegt (§2 SchKG).

Während die Kosten eines Abbruchs bei Vorliegen einer medizinischen oder kriminologischen Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, wird bei einem Abbruch gemäß der Beratungsregelung nur ein Teil der Kosten für ärztliche Leistungen übernommen (z. B. Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft, Behandlung von abbruchbedingten Komplikationen). Die Kosten für den Eingriff selbst

und für die Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf muß die Frau selbst bezahlen, sie betragen zwischen 500,- DM und 700,- DM bei einem ambulanten und zwischen 1.000,- DM und 1.500,- DM bei einem stationären Abbruch. Bei sozialer Bedürftigkeit kann sie aber Leistungen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen gewährt bekommen. Bei verheirateten Frauen wird nicht das Einkommen des Mannes berücksichtigt. Bei einem Schwangerschaftsabbruch besteht der Anspruch auf Lohnfortzahlung, nicht aber auf Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Schwangerschaftsabbruches.

### **6.3.5 Zusammenfassung**

Für die reproduktive Gesundheit von Frauen wird neben der Verfügbarkeit von Verhütungsmethoden und -mitteln der Zugang zu nicht gesundheitsschädlichen Schwangerschaftsabbrüchen gefordert, da auch die Verfügbarkeit von Kontrazeptivmitteln nur einen Teil der ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften verhindern kann. Im Bundesgebiet ist ein Schwangerschaftsabbruch nach §218 StGB rechtswidrig, aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei.

1996 wurden in Deutschland 130.899 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Frauen brechen in allen Lebenssituationen Schwangerschaften ab. Aber je unüblicher eine Situation für das Leben mit (weiteren) Kindern ist (Alter unter 18 oder über 40 Jahren, nicht verheiratet im Westen oder bereits mehrere Kinder im Osten), desto seltener werden Frauen in diesen Lebenslagen schwanger, desto höher ist jedoch auch die Wahrscheinlichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch. Nach der amtlichen Statistik und den Ergebnissen von Studien gibt es zwei große Gruppen von abbrechenden Frauen: Junge, unverheiratete, kinderlose Frauen und (ältere) verheiratete Frauen, die bereits (mehrere) Kinder haben. Die einen schieben die Geburt des ersten Kindes auf oder wollen keine Kinder - ein stärkeres Motiv in den alten Bundesländern -, die anderen haben aus subjektiver Sicht genug Kinder oder fühlen sich zu alt für Kinder - dieses hat in den neuen Bundesländern mehr Gewicht. Die subjektiven Gründe für Schwangerschaftsabbrüche sind vielschichtig und reichen von der Verarbeitung erfahrener Trennungserlebnisse bis zu ungesicherter finanzieller Situation.

Rechtssprechung und Versorgung sind nicht systematisch an dem Ziel ausgerichtet, die gesundheitlichen Belastungen von Frauen möglichst gering zu halten (z. B. indem darauf hingewirkt wird, daß Schwangerschaftsabbrüche möglichst früh durchgeführt werden). Der hohe medizinische Standard ermöglicht dennoch im Vergleich mit anderen Ländern sichere Abbrüche mit einer niedrigen Komplikationsrate.

## 6.4 Fruchtbarkeitsstörungen

Fruchtbarkeitsstörungen begrenzen die Möglichkeit für Frauen, ihre reproduktiven Biographien wunschgemäß zu gestalten. Sie sind daher ein wichtiges Thema für Familienplanung und reproduktive Gesundheit. Unfreiwillige Kinderlosigkeit ist ein komplexes Phänomen und kann verschiedene Ursachen haben. Neben physiologischen können auch psychische oder soziale Gründe beteiligt sein. Zunehmend wird jedoch die Definition dessen, was Fruchtbarkeit bedeutet, entlang medizinisch-biologischer Kriterien vorgenommen. Bei der Darstellung des Themas wird man mit mehreren Schwierigkeiten konfrontiert, z. B. der Problematik der Definitionen und der Datenlage. Die hohe Präsenz reproduktionsmedizinischer Angebote offeriert einerseits Behandlungsmöglichkeiten für die Paare, läßt aber gleichzeitig die Frage entstehen, ob und wie Frauen (wieder) die Verantwortung für die Bewältigung der Unfruchtbarkeit übernehmen können oder sollen.

### 6.4.1 Einleitung

Fruchtbarkeit im Sinne der Fähigkeit, sich fortzupflanzen, ist ein wesentliches Element des menschlichen Lebens, sowohl individuell als auch in sozialer und ökonomischer Hinsicht. Je nach dem Blickwinkel ergeben sich unterschiedliche Perspektiven auf das Thema, z. B. sozial-, bevölkerungswissenschaftliche oder auch medizinische. Will man Fruchtbarkeit beschreiben, gelingt dies am ehesten über die Endpunkte eines Spektrums von Möglichkeiten: auf der einen Seite durch die Geburt eines Kindes, auf der anderen Seite über die Negativdefinition der Unfruchtbarkeit, nämlich derjenigen Frauen, die trotz gezielter Anstrengungen kein Kind bekommen. Normale Fruchtbarkeit zu definieren, ist bisher nicht gelungen (Healy et al. 1994).

Kinderlosigkeit muß nicht Unfruchtbarkeit bedeuten, sondern umschreibt zunächst einen sozialen Tatbestand, d. h., daß Frauen/Paare kein eigenes Kind haben. Die Gründe können sehr verschieden sein. Er kann für Frauen zutreffen, die nie ein Kind wollten und konsequent verhütet haben oder einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen. Er gilt auch für jene, die zwar ein Kind möchten, aber aus ökonomischen und/oder sozialen Gründen keine Gelegenheit dazu haben, die keinen Partner haben oder lesbisch sind. Die subjektive Feststellung der Unfruchtbarkeit orientiert sich keineswegs an medizinischen Festlegungen, vielmehr ist der Zeitpunkt entscheidend, ab dem das Ausbleiben einer Schwangerschaft registriert wird (Helfferich et al. 1996).

Die Bevölkerungswissenschaft unterscheidet Fruchtbarkeit in Fekundität, das ist die Fähigkeit, Kinder zu bekommen und Fertilität, die sich in vorhandenen Kindern ausdrückt (Jürgens 1989: 100).

Die Definitionen von Sterilität sind keineswegs eindeutig: Im medizinischen Kontext werden Ehen und Partnerschaften, die gegen den Wunsch der Partner kinderlos bleiben, als steril bezeichnet und damit die Unfähigkeit beschrieben, zu empfangen oder zu zeu-

gen (Breckwoldt 1994: 373). *Sterilität* liegt vor, wenn bei bestehendem Kinderwunsch und ungeschütztem, regelmäßigem Geschlechtsverkehr innerhalb von zwei Jahren keine Schwangerschaft eingetreten ist (Rabe 1990; Felberbaum/Diedrich 1994; Runnebaum/Rabe 1994; Stauber 1996).

Man unterscheidet *primäre Sterilität*, wenn eine Frau noch nie schwanger war, von *sekundärer Sterilität*, wenn bei einer Frau mit Kinderwunsch trotz vorangegangener Schwangerschaften längere Zeit keine Schwangerschaft eintritt (Breckwoldt 1994: 372). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingegen legt für beide Formen der Sterilität einen Zeitraum von zwei Jahren zugrunde. Andere Autoren legen nur ein Jahr Wartefrist zugrunde (Breckwoldt 1994: 373; Keller 1995: 173).

*Infertilität* dagegen bedeutet, daß eine Neigung zu Fehlgeburten aufgrund verschiedener Ursachen verhindert, daß ein lebensfähiges Kind ausgetragen werden kann. Nach einer Definition der WHO spricht man von Infertilität, wenn eine Frau schwanger wird, aber aufgrund männlicher, weiblicher oder gemeinsamer Faktoren nicht in der Lage ist, die empfangene Frucht auszutragen (Belsey/Ware 1986, zit. in Leidenberger 1995: 21).

Die häufig verwendeten zusammenfassenden Begriffe der *Fruchtbarkeitsstörungen* und der *verminderten Fruchtbarkeit* unterstreichen den relativen und den eventuell vorübergehenden Charakter des Phänomens.

### **Datenlage**

Aussagen über die Entwicklung der Unfruchtbarkeit sind aufgrund der Inkonsistenz epidemiologischer Studien auf diesem Gebiet kaum möglich. Häufig wird die Zahl der Paare, die Fertilitätszentren aufsuchen, als Indikator für die zunehmende Unfruchtbarkeit angesehen (Healy et al. 1994).

In den meisten Ländern fehlen bevölkerungsbezogene Angaben. Selbst dort, wo Studien vorliegen, wie in skandinavischen Ländern, in Frankreich oder den USA, bestehen Probleme der Vergleichbarkeit, die mit der Rekrutierung, z. B. aus Inanspruchnahmedaten, bzw. den Definitionen von Unfruchtbarkeit zusammenhängen (vgl. Marchbanks et al. 1989). In den Vereinigten Staaten von Amerika werden in größeren Abständen nationale Surveys zur Ermittlung der Unfruchtbarkeit durchgeführt (Stephen 1996; Chandra/Stephen 1998).

Die meisten Studien aus industrialisierten Ländern gehen davon aus, daß etwa 15 % aller Paare im Laufe ihres reproduktiven Lebens die Erfahrung von Unfruchtbarkeit machen (Healy et al. 1994: 1539). In medizinischen Lehrbüchern wird meist von 10-15 % sterilen Paaren ausgegangen (Rabe 1990; Breckwoldt 1994; Tinneberg et al. 1993), allerdings findet sich kein Hinweis, daß es sich dabei um ein zeitlich begrenztes Phänomen handeln könnte. Mitunter werden sogar 15-20 % genannt, allerdings ohne eine Referenz mitzuteilen (Felberbaum/Diedrich 1995).

Sowohl für die DDR wie für die (alte) Bundesrepublik liegen verschiedene, jedoch nur regionale Studien vor. Es existieren kaum Daten über die Verbreitung von Unfruchtbarkeit in der Bevölkerung. Die Behandlung weiblicher Sterilität fand seit den 70er Jahren in Publikationen der DDR (Leitsmann et al. 1972a; Bernoth et al. 1976) wie auch der BRD verstärkt Aufmerksamkeit (Lübke 1966; Döring 1970). Dabei wurden in Ostdeutschland sowohl die (sinkende) Fruchtbarkeit (Schott 1977; Fritsche/Wolk 1990) wie auch einzelne Behandlungsmethoden und deren Erfolge untersucht (Lürman 1979; Weise et al. 1986). Bereits seit den 60er Jahren entwickelten sich vereinzelt in beiden deutschen Staaten als neues Betreuungsangebot spezielle Sterilitätssprechstunden, die ihre Aufmerksamkeit nicht mehr auf die getrennte Untersuchung von Mann und Frau, sondern auf das sterile Paar richteten (Leitsmann et al. 1972b; Lübke et al. 1972). Durch stärkere Einbindung psychoanalytischer Ansätze erweiterte sich allmählich die Perspektive auf psychosomatisch orientierte, teilweise großangelegte Studien (Stauber 1979; Knorre 1984).

Auch wenn seit Mitte der 80er Jahre die Einführung der Methoden extrakorporaler Befruchtung in Deutschland (Ost und West) einen enormen Zuwachs an Publikationen zu Sterilität/Infertilität mit sich brachte, blieb doch der Zuschnitt der Studien im wesentlichen auf die Auswertung von Inanspruchnahmedaten von Kliniken oder reproduktionsmedizinischen Zentren begrenzt. Neben der Ermittlung von Sterilitätsursachen und deren Behandlungsmöglichkeiten wurde die reale Existenz von Unfruchtbarkeit in der Bevölkerung nur sporadisch betrachtet.

#### **6.4.2 *Verbreitung und Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen***

In der (alten) Bundesrepublik fand 1988 eine repräsentative Umfrage im Auftrag eines Pharmaunternehmens statt, die neben dem Umfang der Kinderlosigkeit auch die Bewältigungsstrategien in Erfahrung bringen sollte (Bruckert 1989). Im Rahmen einer europäischen Untersuchung (European Studies of Infertility and Subfecundity, ESIS) wurde Anfang der 90er Jahre – in Kooperation mit Dänemark, Italien, Polen und Spanien – eine breit angelegte, repräsentative Untersuchung zur weiblichen Infertilität in Kooperation mit fünf europäischen Ländern durchgeführt, an der insgesamt 6.630 Frauen teilnahmen. Anders als aus demographischer Perspektive, wo der Blick auf die Gesamtbevölkerung bzw. auf alle Frauen zwischen 15 und 45 Jahren gerichtet ist, wurden in diese mehrstufige Studie nur Frauen im Alter zwischen 25 bis 45 Jahren als repräsentative Regionalstichproben einbezogen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt „at risk“ waren, also schwanger werden konnten. Als Fruchtbarkeitsstörung war festgelegt, wenn Frauen – unabhängig von ihrem Familienstatus – trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht innerhalb von 12 Monaten schwanger wurden (Däßler et al. 1994). An der deutschen Studie, die in fünf städtischen und ländlichen Regionen durchgeführt wurde, nahmen 1.531 per Zufallsstichprobe ermittelte Frauen teil. Ein Drittel der 1.282 Frauen, die jemals „at risk“ waren, hatte länger als 12 Monate auf eine Schwangerschaft gewartet und somit die Erfahrung von Unfruchtbarkeit im Sinne der genannten Definition gemacht. Dennoch hatten die meisten dieser Frauen später noch Kinder bekommen.

Lediglich ein Fünftel derjenigen, die jemals eine Wartezeit hatten, blieb letztlich ohne Kind (Helfferich/Küppers-Chinnow 1996: 115). Die Wartezeit auf eine Schwangerschaft verlängerte sich oberhalb des 30. Lebensjahres. Auch Rauchen verzögerte den Eintritt einer Schwangerschaft, je mehr Zigaretten die befragten Frauen rauchten, um so länger mußten sie darauf warten, schwanger zu werden (Neumann et al. 1994).

Auch eine Studie von 1988 hatte etwa 6 % ungewollt kinderloser Paare ermittelt (Brukert 1989). Außerdem hatten bereits 1985 im Rahmen einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten ca. 7 % der befragten Frauen angegeben, unfruchtbar zu sein (Döring et al. 1986). Zu ähnlichen Ergebnissen – 6,5 % sterile Frauen – kommt ebenfalls die ESIS-Studie (Karmaus et al. 1999).

### **Sterilitätsursachen**

Bei der Betrachtung der Unfruchtbarkeit haben sich zwei Faktoren als wesentlich herausgestellt: das Alter der Frau und die Dauer der verminderten Fruchtbarkeit. Wie oben dargestellt, sinkt nach dem 30. Lebensjahr die Fruchtbarkeit, nach Aussage mancher Autoren kommt es bereits zwischen dem 25.-35. Lebensjahr zu einem Absinken um 50 % (van Noord-Zaadstra et al. 1991).

Die Sterilitätsursachen liegen medizinischen Lehrbüchern zufolge zu 40-50 % bei der Frau und zu 30-40 % beim Mann (Breckwoldt 1994; Maaßen/Stauber 1988; Stauber 1996). Konzeptionshindernisse bei beiden Partnern werden mit 15-30 % beziffert (Breckwoldt 1994; Rabe 1990). Bei 10-20 % der Paare läßt sich keine Sterilitätsursache nachweisen (sogenannte idiopathische Sterilität) (Runnebaum/Rabe 1995).

Betrachtet man diese Häufigkeitsangaben im internationalen Vergleich, treten weit größere Unterschiede auf. Das kann in einer unterschiedlichen regionalen Verteilung der verschiedenen Sterilitätsursachen liegen, es können allerdings unter Umständen darin auch unterschiedliche diagnostische Möglichkeiten aufgrund medizinisch-technischer Voraussetzungen zum Ausdruck kommen (Leidenberger 1995).

Auch wenn eine Erweiterung der Datenbasis über den Umfang der Kinderlosigkeit in der Bevölkerung, etwa durch Differenzierung nach Regionen, Ethnien oder Berufsgruppen, wünschenswert wäre, ist doch festzuhalten, daß mittlerweile umfangreiche Studien über Einflußfaktoren auf die Fertilität vorliegen. Die Fruchtbarkeit wird negativ beeinträchtigt u. a. durch:

- Nikotin (Joffe/Li 1994; Gerhard/Runnebaum 1992a; Augood et al. 1998);
- Kaffee/Koffein (Bolumar et al. 1997);
- Pestiziden/Lösungsmitteln (Thrupp 1991; Gerhard et al. 1993);
- Schwermetallen (Gerhard/Runnebaum 1992b);
- Infektionen des Unterleibs, insbesondere durch Chlamydien (Cates et al. 1990).

### **Inanspruchnahme von Hilfe**

Folgt man der Frage, was die unfruchtbaren Paare tun, zeigt sich, daß medizinische Hilfe vor allem von Paaren gesucht wird, die noch kein Kind haben. Ist bereits ein Kind vorhanden, sinkt das Hilfeersuchen drastisch ab (Olsen et al. 1998).

In der deutschen Untersuchungsgruppe der europäischen Studie haben ca. 11 % der Frauen/Paare einen Arzt oder eine Ärztin um Rat gefragt. Ein großer Teil (41 %) - häufig Akademikerinnen - tat dies bereits innerhalb von sechs Monaten. Etwa ein Viertel der Befragten wartete 7-12 Monate, während die Übrigen - häufig Frauen mit niedrigerem Ausbildungsstatus - erst nach einem Jahr Hilfe suchten. (Helfferich/Küppers-Chinnow 1996:124). Beinahe die Hälfte der Paare ging gemeinsam zum Arzt, in Deutschland meist zum Facharzt. Selten suchen Männer allein eine Arztpraxis auf (Olsen 1996).

### **6.4.3 Versorgungsangebote**

Aus der Sterilitätstherapie als Bereich der Gynäkologie hat sich die Reproduktionsmedizin entwickelt, die in Kooperation mit anderen medizinischen Disziplinen wie der Andrologie, der Endokrinologie und der Humangenetik mittlerweile ein Spektrum verschiedener Fortpflanzungstechniken anbietet. Nach ihrem Selbstverständnis ist die Reproduktionsmedizin die Lehre von den Fortpflanzungsfunktionen, ihren Störungen und von der Diagnostik, der Therapie und Prävention dieser Störungen. Nach der Auffassung eines ihrer Vertreter beschreibt der englische Begriff „reproductive health“ umfassend und knapp die Aufgabe dieser Disziplin (Leidenberger 1995: 139).

Stellt sich bei einem Paar nicht die erwünschte Schwangerschaft ein, ist dies i. d. R. für die Frau Anlaß, eine gynäkologische Praxis aufzusuchen. Nach einer allgemeinen Anamnese sollen zunächst mittels verschiedener Untersuchungen, die Sterilitätsursache/n der Frau geklärt werden, z. B.:

- ovarielle Ursachen - Störung der *Eizellreifung*;
- tubare Ursachen - nicht durchlässige oder fehlende *Eileiter*;
- uterine Ursachen - z. B. Fehlbildung der *Gebärmutter*;
- zervikale Ursachen - Veränderung des *Gebärmutterhalses* oder Störung in der Konsistenz des *Zervixschleimes*;
- vaginale Ursachen - Fehlbildungen der *Scheide*;
- psychische Ursachen - *psychische Konflikte*, Ambivalenz im Zusammenhang mit Schwangerschaft, kann sich verbergen hinter sogenannter idiopathischer Sterilität;
- idiopathische Sterilität - keine Ursachen auffindbar.

Mittlerweile gehört es zur Kinderwunschdiagnostik, auch nach möglichen Ursachen beim Mann zu suchen. Meist sind es Urologen oder Dermatologen, die eine Analyse des Spermas nach Anzahl, Beweglichkeit oder Form der Samenfäden vornehmen. Liegen

die Untersuchungsergebnisse vor, stehen verschiedene Behandlungswege offen. Das Repertoire reicht von lang bekannten Formen wie Basaltemperaturmessung, Hormonbehandlung, Inseminationen bis zu invasiveren Formen wie chirurgischen Maßnahmen oder Verfahren der sogenannten Assistierte Reproduktion.

Die *Basaltemperaturmessung* dient der Ermittlung des Eisprungs als optimalem Konzeptionszeitpunkt. Dazu mißt die Frau jeden Morgen zur gleichen Zeit ihre Körpertemperatur nach mindestens sechs Stunden Ruhe. Der niedrigste Punkt liegt vor dem Eisprung, danach folgt ein leichtes Ansteigen der Körpertemperatur um 0,4-0,6°C. In den folgenden 12-16 Tagen bleibt die Temperatur erhöht (Breckwoldt 1994). Bei Zyklusstörungen, z. B. Ausbleiben von Blutung oder Eisprung kann eine *Hormonbehandlung* mit unterschiedlichen Medikamenten z. B. Oestrogenen oder oestrogenhaltigen Stoffen sowie mit Schilddrüsenhormonen vorgenommen werden. Sind die Eileiter nicht durchlässig, kann versucht werden, durch eine mikrochirurgische Operation ihre Durchgängigkeit wieder herzustellen.

Bei einer Insemination werden im Falle von verminderter Fruchtbarkeit des Mannes Samenzellen in die Gebärmutter der Frau eingebracht. Handelt es sich dabei um den Samen des Ehemannes spricht man von homologer – bei der Verwendung von Fremdsperma von heterologer - Insemination. Die heterologe Insemination befindet sich allerdings in der Bundesrepublik in einem schwierigen, weil offenen juristischen Feld. Ein auf solche Weise gezeugtes Kind hat z. B. Anspruch auf die Kenntnis seines genetischen Vaters, somit sind anonyme Samenspenden wie auch die Verwendung von Mischsperma ausgeschlossen. Auch nach der Reform des Kindschaftsreformgesetzes ist die heterologe Insemination nicht geregelt, dies soll vielmehr mit einem gesonderten Gesetz geschehen (Bundesärztekammer 1998: 2234). Die Bedeutung der Insemination mit Spendersamen wird mittlerweile kontrovers diskutiert, da diese Indikation durch die Entwicklung der Verfahren der Assistierte Reproduktion, insbesondere der Mikroinsemination (vgl. ICSI), entbehrlich geworden sei (Günther/Fritzsche 1995).

Können Basaltemperaturmessung und Hormonbehandlung, ggf. auch Inseminationen, in gynäkologischen Praxen vorgenommen werden, ist es erforderlich, die Paare für invasive Therapien wie die In-vitro-Fertilisation und verwandte Methoden in reproduktionsmedizinische Zentren - Kliniken oder freie Praxen - zu überweisen. Idealerweise sollen die weniger eingreifenden Behandlungsmethoden den Vorrang haben. Vor Einführung der neuen Reproduktionstechniken (IVF, ICSI) bestand im Rahmen eines zeitlich ausgedehnten Behandlungskonzeptes von sterilen Paaren die Gelegenheit, psychische Faktoren eingehender zu erfassen. Mittlerweile ist es allerdings in der Praxis der Reproduktionsmedizin üblich geworden, sehr schnell invasive Techniken einzusetzen (Stauber 1996).

Eine andere, allerdings nicht-medizinische, Möglichkeit, unfreiwilliger Kinderlosigkeit zu begegnen, besteht in der Adoption eines Kindes. Dabei ist jedoch einzuschränken, daß die meisten Paare Säuglinge adoptieren wollen, die aber nur in geringer Zahl zur

Adoption freigegeben werden. Darüberhinaus ist festzustellen, daß die meisten Paare sich ein genetisch eigenes Kind wünschen.

#### 6.4.3.1 *In-vitro-Fertilisation (IVF) und Modifikationen*

Nach ersten Erfolgen in England (1978) wird seit Anfang der achtziger Jahre auch in Deutschland (Ost wie West) die In-vitro-Fertilisation durchgeführt, um Frauen mit fehlenden oder undurchlässigen Eileitern zu einem eigenen Kind zu verhelfen. Zu den Verfahren der sogenannten Assistierte Reproduktion zähl(t)en: der Intratubare Gameten-transfer (GIFT), der Intratubare Zygotenttransfer (ZIFT), der Intratubare Embryotransfer (EIFT), wie auch verschiedene Verfahren der Mikroinjektion. Unter Intratubarem Gameten-transfer (GIFT) versteht man eine Methode, bei der direkt nach der Eizellentnahme Ei- und Samenzelle gemeinsam in den Eileiter der Frau gebracht werden, wo unter quasi 'natürlichen' Bedingungen die Befruchtung stattfinden soll. Diese Methode wurde vorwiegend bei idiopathischer und andrologischer Sterilität eingesetzt. Den anderen Modifikationen ist gemeinsam, daß der Transfer der befruchteten Eizelle (ZIFT, EIFT) - anders als bei der IVF nicht in die Gebärmutter, sondern ebenfalls in die Eileiter vorgenommen wird. Angesichts der Mikroinjektion haben diese Verfahren nur noch eine geringe Bedeutung.

Die In-vitro-Befruchtung (IVF) verläuft im wesentlichen in vier Schritten:

Zunächst werden zum Zweck der Stimulation die Eierstöcke durch Hormone angeregt, mehr als eine Eizelle zu produzieren (Superovulation) und das Heranwachsen der Eibläschen wird mit Ultraschallmessungen überwacht. In wenigen Fällen werden Frauen im „natürlichen“, d. h. unstimulierten Zyklus behandelt.

- Zeigen sich im Ultraschall sprungreife Eibläschen, wird - ebenfalls ultraschallgeleitet - die Eizellentnahme (Punktion) vorgenommen.
- Bei der Befruchtung (Fertilisation) im Labor werden die Eizellen mit den durch Masturbation gewonnenen und aufbereiteten Spermien in eine Nährlösung (in der Petrischale) zusammengebracht. Entstehen dabei nach ca. 48 Stunden mehrere 2 - 4 - Zeller, können diese transferiert werden. Weil das Embryonenschutzgesetz (ESCHG) nicht erlaubt, mehr als drei Embryonen zu erzeugen, können weitere befruchtete Eizellen als sog. 'Vorkerne' (Pronuclei) eingefroren werden. Bei einem Vorkern ist die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle noch nicht ganz abgeschlossen.
- Ist es zu einer Befruchtung gekommen, werden im Rahmen des Embryotransfers bis maximal drei Embryonen in die Gebärmutter (IVF) bzw. in die Eileiter der Frau (EIFT) zurückgegeben. Wegen des hohen Risikos, daß auf diese Weise Mehrlinge entstehen, wird mittlerweile empfohlen, bei Frauen unter 35 Jahren nur zwei Embryonen zu transferieren (Bundesärztekammer 1998).

Die Zeit nach dem Embryotransfer ist für die Frau eine Phase großer Anspannung, da sich jetzt entscheidet, ob sich die Embryonen einnisten, d. h., ob es zu einer Schwangerschaft kommt.

#### 6.4.3.2 Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Bei den Versuchen, eingeschränkte männliche Fruchtbarkeit/Unfruchtbarkeit zu behandeln, hat sich als erfolgreichste, wenn auch invasivste Technik, die sogenannte intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) herausgestellt. Diese hat eine rasante Entwicklung genommen. ICSI findet im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation statt, wobei zur Befruchtung ein einzelnes Spermium mit Hilfe einer Mikrokanüle in die Eizelle injiziert wird.

Bei sehr schlechten Samenbefunden können mittlerweile auch unreife Keimzellen aus Nebenhoden oder direkt aus dem Hodengewebe gewonnen und weiterverarbeitet werden, um sie dann im Rahmen einer ICSI-Behandlung einzusetzen (Bals-Pratsch et al. 1996).

Seit erstmalig 1992 eine Brüsseler Arbeitsgruppe über eine Schwangerschaft nach ICSI berichtete, führen inzwischen alle annähernd 100 in Deutschland arbeitenden IVF-Arbeitsgruppen diese Methode durch (Berg et al. 1998).

#### 6.4.3.3 Risiken der IVF

Bei einer Darstellung neuer reproduktionsmedizinischer Verfahren sind neben den Ergebnissen auch die Risiken der Behandlung in die Betrachtung einzubeziehen. Für die IVF liegen sie zunächst im Bereich der Stimulation. Aus medizinischer Perspektive gelten vornehmlich das Hyperstimulationssyndrom, der Spontanabort und die Mehrlingsschwangerschaft als unerwünschte Folgen der Behandlung. Das (schwere) Überstimulationssyndrom ist durch Flüssigkeitsansammlungen in der Bauchhöhle und im Brustraum gekennzeichnet und kann in schweren Fällen u. a. zu Lungenembolie, Schlaganfall, ja sogar zum Tode führen (St. Clair Stephenson 1991). Darüber hinaus stehen einige der verwendeten Substanzen im Verdacht, unerwünschte Nebenwirkungen wie extrauterine Schwangerschaften zu erzeugen, auch ein Zusammenhang mit hormonabhängigen Karzinomen, besonders dem Ovarialkarzinom, wird immer wieder diskutiert (z. B. Rossing et al. 1994). Auch die Eizellentnahme ist nicht risikofrei, in einigen Fällen ist sie tödlich verlaufen. Die genauen Todesursachen der weltweit im Rahmen einer IVF ums Leben gekommenen 18 Frauen sind nicht klar. Sie werden meist mit der Bauchspiegelung (Laparoskopie) in Verbindung gebracht (Klein 1990: 246).

Für die Phase der Schwangerschaft sind neben den Aborten auch das Frühgeburtsrisiko mit extrem untergewichtigen Frühgeburten, das auch in Verbindung mit der hohen Mehrlingsquote steht, zu nennen (Greenfeld/Haseltine 1986; Munroe et al. 1992). Mehrlingsschwangerschaften führen überproportional häufig zu Kaiserschnittentbindungen. Darüber hinaus ist die perinatale Mortalität (Totgeborene und in den ersten sieben Lebenstagen verstorbene Kinder) für Zwillinge und Drillinge erhöht (Lieberman

1998: 174). Ebenfalls nicht zu unterschätzen sind die psychischen und sozialen Belastungen, die nach der Geburt von mehreren Kindern für die Frauen/Paare entstehen.

#### 6.4.3.4 Risiken von ICSI

Die ICSI-Behandlung gilt nach Meinung ihrer Befürworter als entscheidender therapeutischer Fortschritt in der Behandlung männlicher Unfruchtbarkeit. Das zeigt auch ihre rasante Verbreitung, wiewohl nach wie vor erhebliche medizinische, rechtliche und ethische Bedenken bestehen. Nicht zuletzt wird darauf hingewiesen, daß für die Anwendung eines solch invasiven Verfahrens die Ursachen männlicher Sterilität nicht ausreichend erforscht sind, um somit auch Gefahren für die Gesundheit der Kinder ausschließen zu können (Bettendorf 1994; Calderon et al. 1995, Beier 1996).

Zunächst werden Risiken beschrieben, die mit der Anwendung der Technik in Verbindung stehen, etwa die mögliche Verletzung oder Kontamination der Eizelle (Hervé/Moutel 1995; Tesarik 1995). Ein anderes Risiko wird in einer möglichen genetischen Veränderung durch die Mikroinjektion gesehen. Durch ICSI besteht die Möglichkeit, daß chromosomale Veränderungen von Männern weitergegeben werden, die bisher wegen Unfruchtbarkeit von der Fortpflanzung ausgeschlossen waren. Dabei ist zu berücksichtigen, daß endgültige Aussagen erst möglich sind, wenn die Nachkommen das reproduktionsfähige Alter erreicht haben (Yanagimachi 1995). Um die Frage, ob durch ICSI mehr Fehlbildungen bei den Neugeborenen auftreten, wird weltweit heftig gestritten (Bonduelle 1996; Kurinczuk/Bower 1997). Als Sicherheitsmaßnahme wurde daher zunächst vorgeschlagen, vor der Behandlung eine humangenetische Beratung durchführen zu lassen (Chandley/Hargreave 1996), sowie bei Eintritt einer Schwangerschaft der Frau eine vorgeburtliche Diagnostik (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie) zu empfehlen. Inzwischen wird eine humangenetische Untersuchung nur noch angeraten, wenn sich bei einer Stammbaumanalyse Hinweise auf eine genetische Erkrankung ergeben. Außerdem sollen auch in Deutschland 'follow up'-Studien die Entwicklung der nach ICSI geborenen Kinder dokumentieren (Mau et al. 1997 Ludwig/Diedrich 1999). Bisher zeigten die Ergebnisse verschiedener Studien – meist ohne Kontrollgruppe – keinen erhöhten Anteil an Fehlbildungen der Kinder. Es wurde jedoch bei pränatalen Untersuchungen ein signifikant höherer Anteil an chromosomalen Veränderungen identifiziert (Bonduelle et al. 1999). Übereinstimmend mit internationalen Fehlbildungsregistern wird bisher die Fehlbildungsrate für Deutschland mit 3 – 5 % angegeben (Ludwig/Diedrich 1999). Seit Beginn des Jahres 1999 werden die Kosten für ICSI nicht mehr von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Als Grund dafür wird angegeben, „daß für die Beurteilung der Methode keine ausreichenden Unterlagen zur Beweissicherung für ihre Unbedenklichkeit vorgelegt wurden und daher die Voraussetzungen für eine Anerkennung der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht vorlagen“ (Gemeinsame Stellungnahme des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 1999: 84). Jetzt wird hier eine prospektive Studie durchgeführt, die voraussichtlich bis 2001 anhand epidemiologisch aussagefähiger Daten die Frage erhöhter Fehlbildungen nach ICSI klären soll.

Diese Risiken kommen zu den keineswegs ausgeräumten IVF-eigenen Risiken hinzu. Neben den genannten, überwiegend medizinischen und genetischen Risiken, ist die psychische Belastung der Frau und ihres Partners ein weiterer gravierender Faktor. Als besonders streßreich gelten die Phasen des Wartens insbesondere auf den Eintritt einer Schwangerschaft (Hölzle 1990). Nicht selten wird die Behandlung von (Versagens)-Ängsten oder depressiven Verstimmungen begleitet. Bleibt die Behandlung erfolglos, entstehen bei den Paaren u. a. Gefühle von Enttäuschung, Traurigkeit, Schuld sowie - bei Frauen mehr als bei Männern - Depressionen, die teilweise längere Zeit andauern (Eugster/Vingerhoets 1999).

#### **6.4.4 Inanspruchnahme von IVF und ICSI**

Betrachtet man die Entwicklung der IVF in Deutschland, hat sie sich in beiden Teilen des Landes zunächst unterschiedlich vollzogen. In der DDR war die Anwendung dieses Verfahrens auf sechs Universitätszentren konzentriert.

Die Zahl der IVF-Arbeitsgruppen hat sich zwischen 1986 und 1998 von 36 auf ca. 100, fast verdreifacht. Etwa die Hälfte der Teams arbeitet in freier Praxis bzw. Privatkliniken. Die Anzahl der Behandlungen hat sich vervielfacht, waren es in 1987 erst 7000 IVF-Behandlungen, werden 11 Jahre später über 45 459 Behandlungszyklen für IVF (incl. verwandter Verfahren), ICSI und Kryokonservierung dokumentiert (DIR 1996, 1998).

In der Statistik der deutschen IVF- Arbeitsgruppen wird ICSI zum ersten Mal in 1994 mit knapp 6000 Behandlungen erwähnt. Zwei Jahre danach sind mit 16 000 Behandlungsversuchen die IVF-Fälle um 1000 überrundet und 1997 wird der Vorsprung weiter im Verhältnis von 3:2 (15 000 zu 10 000) ausgebaut (DIR 1996, 1997). Ein Jahr später wurden 16 763 IVF- und 23 578 ICSI-Behandlungen durchgeführt (DIR 1998).

Zieht man den aktuellen World Collaborative Report, eine Dokumentation der international meldenden Arbeitsgruppen heran, zeigt sich, daß 1995 in Deutschland mit 13 000 die meisten ICSI-Punktionen weltweit vorgenommen wurden - mehr als doppelt soviel wie in den USA oder in Frankreich (de Mouzon/Lancaster 1997).

##### **6.4.4.1 Indikationen**

Während die IVF ursprünglich zur Behandlung tubarer Sterilität empfohlen wurde, zeichnete sich Ende der achtziger Jahre bereits eine deutliche Indikationserweiterung ab. Das Verfahren wurde auch eingesetzt, wenn männliche Infertilität als Indikation vorlag (Ingermann 1988, Wiedemann et al. 1990). Wurden zu Beginn lediglich 3 % männliche Fertilitätsstörungen behandelt, ist ihr Anteil auf 30 –50 % männlicher Sterilitätsfaktoren gestiegen (Al-Hasani 1995a; Glander 1996; Küpker 1994, 1996). Nach Angaben des Deutschen IVF-Registers lag für die Jahre 1996-1997 die Indikation für ICSI mit 84 % bzw. 75 % er Fälle im andrologischen Bereich. Ein eingeschränktes Spermogramm war in 1998 in der Hälfte der Fälle Anlaß für eine ICSI-Behandlung (DIR 1998).

Als Indikationen für ICSI gelten männliche Infertilität oder der Fall, wenn aufgrund "anderer Gegebenheiten die Herbeiführung einer Schwangerschaft höchst unwahrscheinlich ist" (Bundesärztekammer 1998, 2231). In der Praxis sind das in der Regel ein bis zwei gescheiterte IVF-Versuche (Van der Ven 1995). An der Entwicklung der Mikroinjektion läßt sich ablesen, daß die Behandlung männlicher Fertilitätsstörungen zum zentralen Interesse in der Reproduktionsmedizin geworden ist (Al-Hasani 1995b, Naether et al. 1995).

#### 6.4.4.2 Ergebnisse der Behandlung

Die Ergebnisse der Behandlungen werden seit einigen Jahren in einer Sammelstatistik als Durchschnittswerte dokumentiert. Diese Zusammenstellung wurde 1996 reformiert und nennt sich seitdem Deutsches IVF-Register (DIR). Für den letzten Bericht haben 91 Zentren ihre Ergebnisse gemeldet, mit 80 % prospektiv erfaßten Daten. Im Vergleich zur vorherigen retrospektiven Erfassung hat sich damit die Aussagefähigkeit der Daten erhöht (DIR 1998).

Betrachtet man die Behandlungsergebnisse, wie sie im Deutschen IVF Register (DIR) dokumentiert werden, gelingt die Befruchtung bei mehr als der Hälfte der Eizellen, die Befruchtungsrate für IVF liegt bei 53 %, für ICSI bei 62 %. Etwa bei jeder 5. Frau, der eine Eizelle entnommen wurde, kommt es im Durchschnitt zu einer Schwangerschaft (IVF 20 %, ICSI 23 %). Legt man als Berechnungsgrundlage einen erfolgreichen Embryotransfer zugrunde, liegen die Zahlen etwas höher (DIR 1998).

Zu den Besonderheiten der extrakorporalen Befruchtung gehören die hohe Zahl der Aborte und Extrauterin-Schwangerschaften (EU) sowie die Mehrlingsschwangerschaften. Die sog. reproduktiven Verluste liegen bei etwa 25 %, variieren aber in den einzelnen Jahren. Die Mehrlingsquote für IVF und ICSI lag in 1998 bei 27 %, im Vergleich zu 1.2 % bei spontan entstandenen Mehrlingen (DIR 1998).

Bedenkt man, daß für die Paare das Ziel der Behandlung in der Geburt eines Kindes liegt, ist bedauerlich festzustellen, daß diese wesentliche Angabe, die sogenannte 'baby take home'-Rate auch aus dem neuen IVF-Register nicht zu ersehen ist. Möglicherweise kommt darin auch die unterschiedliche Erfolgsperspektive von Ärzten und Paaren zum Ausdruck. Während aus medizinischer Sicht Erfolg schon mit dem Erreichen einer Schwangerschaft erzielt ist, ist für die Paare ein erfolgreicher Abschluß erst mit der Geburt eines Kindes erreicht (Barbian/Berg 1997).

Zieht man die internationale Statistik des Jahres 1995 heran, wird dort für die BRD bei 2990 Geburten nach IVF eine Rate von 16 % pro Behandlung genannt, bzw. 17 %, wenn man die Punktion zugrunde legt. Für ICSI wird - bei 2.456 Geburten - pro Punktion eine Rate von 19 % angeführt (de Mouzon/Lancaster 1997). Bei der Auswertung der prospektiven Daten für 1998 wurden 3240 Geburten (4.235 Kinder) ermittelt, für mehr als ein Viertel fehlen Angaben über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft. Selbst wenn man annimmt, daß alle diese ca. 2.000 Schwangerschaften in die Geburt eines Kindes

mündeten, läge die 'baby-take-home-Rate' (pro Behandlungszyklus) knapp unter den für 1995 genannten Angaben. Geht man allerdings - wie in einer Tabelle des DIR - von klinischen Schwangerschaften aus, liegt die Geburtenrate bei 45 % (DIR 1998).

Wieviel Frauen in Deutschland insgesamt eine IVF-, ICSI-, oder sonstige -Behandlung durchlaufen haben, läßt sich nicht ermitteln. Seit 1982 wird zwar die Zahl der Behandlungen dokumentiert, allerdings als sog. Behandlungszyklen. Lediglich im Jahresbericht 1988 werden 4216 behandelte Frauen erwähnt (Siebzehnrübl 1990). In der DDR wurden 1160 Frauen im Zeitraum von 1984 bis 1989 mit diesen Methoden behandelt (Wiedemann et al. 1990). Für das Jahr 1998 werden 30 000 Frauen genannt, die mit einer dieser Therapieformen begonnen haben (DIR 1998), die Verteilung auf IVF und ICSI sowie die Häufigkeit der Versuche ist nicht erkennbar.

#### **6.4.5 Zusammenfassung**

Ein Kind zu bekommen, ist für viele Menschen ein Lebensziel. Die Fähigkeit dazu - die eigene Fruchtbarkeit - wird meist selbstverständlich vorausgesetzt. Läßt sich der Wunsch nach einem eigenen Kind nicht realisieren, wird dies häufig als schwere Kränkung erlebt und ist Anlaß, medizinische Hilfe zu suchen.

Nachdem Kinderlosigkeit lange Zeit als verborgenes, individuelles Problem galt, wurde sie durch die Entwicklung und Verbreitung der IVF und ihrer Modifikationen in gewisser Weise zu einem öffentlichen Thema gemacht.

In der öffentlichen Darstellung erscheint neben dem Leid der Betroffenen verstärkt auch das Argument der großen, ja wachsenden Zahl unfruchtbarer Paare. Führt man sich jedoch die reale Verbreitung unfreiwilliger Kinderlosigkeit in der Bevölkerung vor Augen, ist festzustellen, daß - trotz relativ bescheidener Datenlage für die Bundesrepublik Deutschland - das Ausmaß weit unter dem in der medizinischen Literatur angegebenen Anteil liegt. Ein Ansteigen der Unfruchtbarkeit ist, auch wenn es angesichts umweltbedingter Belastungen plausibel erscheint, derzeit nicht belegt. Dennoch scheinen diese Annahmen durchaus Wirkung zu entfalten und verstärken in der Medizin die Tendenz, immer neue Techniken bereitzustellen und bei den Paaren die Vorstellung, dieses Angebot nutzen zu müssen. Insofern hat die Medizin - auch wenn es keine eindeutigen Definitionen gibt - ungewollte Kinderlosigkeit als Sterilität definiert und daraus einen medizinischen Handlungsbedarf abgeleitet.

Vor diesem Hintergrund erklärt sich die enorme Dynamik der Technikentwicklung im Umfeld der IVF, die keineswegs an einem Endpunkt angelangt ist. ICSI, als mittlerweile am häufigsten angewendete Methode, konnte so, quasi unbeobachtet, eingeführt werden und expandieren. Im Hinblick auf die konkrete Anwendung ist darüber hinaus bemerkenswert, daß hier in beträchtlichem Umfang gesunde Frauen zu Patientinnen werden, um so, im Falle männlicher Unfruchtbarkeit, die Chancen auf ein genetisch eigenes Kind zu eröffnen.

## **6.5 Schwangerschaft und Geburt**

### **6.5.1 Einleitung**

Schwangerschaft und Geburt kommen in ihren Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation ebenso wie in ihrer gesundheitlichen Relevanz im Lebensverlauf von Frauen besondere Bedeutung zu. Der Eintritt in eine neue biographische Phase durch Schwangerschaft und Mutterschaft kann positive oder negative gesundheitliche Effekte haben. Zu welchem Zeitpunkt diese Ereignisse stattfinden und wie sie individuell und gesellschaftlich wahrgenommen werden, hängt von verschiedenen sozialen und kulturellen Faktoren ab, die sich historisch stark verändert haben. Zu den Faktoren, die das Verständnis und Erleben von Schwangerschaft beeinflussen, zählen die im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte wesentlich veränderten weiblichen Lebensformen ebenso wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen oder neue medizinische Techniken.

Die Schwangerschaft ist eine biographische Phase, in der sich Frauen und Männer auf eine veränderte Situation mit ihren spezifischen Anforderungen, Aufgaben und gesellschaftlichen Erwartungen sowie ihren individuellen Folgen einstellen müssen. Sowohl die Lebensgestaltung der werdenden Mutter als auch die sie umgebenden sozialen Bezüge unterliegen während dieser Zeit einem erheblichen Veränderungsdruck. Bisher existierende Formen der Alltagsbewältigung, der Lebensrhythmus, Ziel- bzw. Wertprioritäten müssen im Hinblick auf die neuen Lebensumstände in ihrer Vereinbarkeit mit den Bedürfnissen eines Kindes überdacht werden. Die Entscheidung für ein Kind muß zwischen individuellen Wünschen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ausbalanciert werden.

Das Kapitel Schwangerschaft und Geburt beginnt mit einer Darstellung des Schwangerschaftsversorgungssystems in Deutschland, seinen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Inanspruchnahme durch die schwangeren Frauen (6.5.2.1). In diesem Abschnitt werden auch die vorgesehenen vorgeburtlichen Untersuchungen beschrieben sowie die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik nach Bundesländern beschrieben (6.5.2.2). Ein weiterer Abschnitt (6.5.2.3) ist den psychosozialen Risiken gewidmet, die für den Verlauf einer Schwangerschaft bedeutsam sein können. Hier sind auch das Mutterschutzgesetz, Erziehungsurlaubs- und Erziehungsgeldregelungen sowie die Schwangerschaft bei jugendlichen Frauen enthalten. Der Abschnitt Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft (6.5.2.4) enthält Aussagen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen während der Schwangerschaft. Im Kapitel Geburt werden zuerst Entbindung und Betreuung nach der Geburt thematisiert (6.5.3.1), weiterhin Frühgeburten (6.5.3.12), Stillen (6.5.3.3.) sowie abschließend die Komplikationen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt und im Wochenbett (6.5.4).

## Datenlage

Aussagen zu Schwangerschaft und Geburt sind über Perinatalerhebungen möglich. Perinatalerhebungen sind Erhebungen der Kassenärztlichen Selbstverwaltungen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland mit dem Ziel, die Qualität der geburtshilflichen Versorgung darzustellen und ihre Ergebnisse zu verbessern. Mit den Erhebungsbögen werden Daten zur Schwangerschaft, zur Entbindung, zur Mutter und zu den Kindern erfaßt. Die Erhebungsbögen werden derzeit nur für die in Kliniken sowie in Geburtsspraxen entbindenden Frauen geführt, so daß sich auch die Aussagen auf diese Gruppen beschränken, dennoch aber den größten Teil der schwangeren Frauen erfassen. Für Entbindungen durch Hebammen und in Geburtshäusern sind andere Erhebungsbögen mit anderen Qualitätsmaßen in Vorbereitung.

Die Daten der Perinatalerhebungen sind bisher nur für einzelne Bundesländer systematisch ausgewertet worden und meist auch nur in den regionalen Ärzteblättern erschienen (z. B. Selbmann et al. 1980; Lack 1988; Zander et al. 1989; Wulf/Thieme 1991; Perinatologische Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen o. J.). Da eine bundesweite Analyse bis heute aussteht, sind Aussagen zu regionalen Verteilungen bestimmter Sachverhalte nicht möglich. Die meisten Informationen zu Schwangerschaft und Geburt kommen aus den oben genannten Auswertungen der Perinatalerhebungen oder aus Einzelstudien. Die in diesem Kapitel aufgeführten Angaben aus Perinatalerhebungen sind für diese Übersicht zusammengestellt worden. Sie liegen jedoch nicht für alle Bundesländer vor.

Zum *Stillverhalten* gibt es ebenfalls keine übergreifenden Studien, jedoch einzelne Erhebungen, die teils im Zusammenhang mit anderen Fragestellungen (z. B. bei Nolting et al. 1993 zur Problematik des plötzlichen Säuglingstodes oder bei Bergmann et al. 1994 zu den atopischen Erkrankungen) auch die Ernährungsweise von Säuglingen erfaßt haben. Ein Vergleich der Studienergebnisse ist schwierig. Teilweise werden unterschiedliche Sachverhalte unter einem Begriff erfaßt, z. B. werden Stillquoten erfaßt, ohne zwischen ausschließlichem Stillen und Teilstillen zu differenzieren. Es gibt sowohl Querschnittsuntersuchungen (z. B. Nolting et al. 1993; Tietze et al. 1998b) als auch Längsschnittstudien (z. B. Kloppenburg-Frehse/Koepp 1993; Bergmann et al. 1994).

Für die Darstellung von *Komplikationen in der Schwangerschaft* werden GKV-Daten zur geburtshilflichen Arbeitsunfähigkeit und Daten zur stationären Morbidität verwendet. Es sind Routinedaten der GKV von 1993 und 1996, welche alle Diagnosen nach ICD 9 dokumentieren. Was die *Aussagekraft und Qualität der Daten* betrifft, so ist neben den in der Einleitung beschriebenen definatorischen Schwierigkeiten zu berücksichtigen, daß die hier verwendeten Datenquellen ein unterschiedlich selektiertes Material bereitstellen.

### 6.5.2 Schwangerschaft

Für den Verlauf und den Ausgang der Schwangerschaft sind eine Reihe von Faktoren relevant wie z. B. die rechtlichen Regelungen zum Schutz werdender Mütter, soziale

Unterstützungen, das gesundheitliche Versorgungssystem mit seinen medizinischen und technischen Möglichkeiten zur Betreuung während der Schwangerschaft ebenso wie die partnerschaftliche und familiäre Situation der werdenden Mutter, ihr Erwerbsstatus, Wohnverhältnisse, Einkommen und Bildungsstand. Es hängt von vielen Faktoren ab, wie Frauen diese Zeit erleben, ob sie beispielsweise Abweichungen von den medizinischen Normen eher als etwas Normales oder stark Beunruhigendes erleben, sich gut oder schlecht betreut fühlen u. ä. m.. Einfluß darauf haben gesellschaftliche und individuelle Bedingungen, so z.B. die rechtlichen Regelungen zum Schutz werdender Mütter, vorhandene soziale Unterstützungsleistungen, das gesundheitliche Versorgungssystem mit seinen medizinischen und technischen Möglichkeiten aber auch die partnerschaftliche und familiäre Situation der werdenden Mutter, ihr Erwerbsstatus, die Wohnverhältnisse, das Einkommen oder ihr Bildungsstand.

#### 6.5.2.1 Schwangerenvorsorge

Die Schwangerenvorsorge in Deutschland ist gut ausgebaut und eine für alle Frauen erreichbare Möglichkeit der Betreuung. Durch die Einführung des Mutterschutzgesetzes und der Mutterschaftsrichtlinien und die seit 1966 rechtlich geregelte Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten schwangere Frauen umfassende Betreuung und Unterstützung. Die der Schwangerenvorsorge zugrundeliegenden Bestimmungen sind im Sozialgesetzbuch V (SGBV) geregelt. Die Mutterschaftsrichtlinien haben den Charakter von Durchführungsbestimmungen. Sie sind bisher fünfmal neu gefaßt worden. Dabei hat die dritte Neufassung von 1975 insofern eine besondere Bedeutung als von diesem Zeitpunkt an die Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften und -geburten einbezogen wurde. Die derzeit gültige Fassung wurde am 23.10.1998 beschlossen. Die seit 1990 wichtigsten Veränderungen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 6.5-1: Beschlossene Maßnahmen im Rahmen der Schwangerenvorsorge seit 1990

| Beschluß des Bundesausschusses | Inkrafttreten      | Inhalte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. Juni 1990                  | 1. September 1990  | Einführung der präpartalen Rhesus-Prophylaxe                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4. Dezember 1990               | 1. Februar 1991    | Redaktionelle Änderungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9. April 1991                  | 1. Juni 1991       | Modifizierung des Verfahrensablaufs zur Rhesus-Prophylaxe                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 17. Juni 1992                  | 30. September 1992 | Schwangerschaftsvorsorge erst nach Feststellung der intakten Schwangerschaft, Vorstellung der Schwangeren in der Entbindungsklinik, Rhesus-Prophylaxe bei schwachem Rhesus-Faktor <sup>U</sup> , Entfall der Vorgaben zur fetomaternalen Makrotransfusion und zur ABO-Bestimmung bei Neugeborenen von Müttern der Blutgruppe 0 |
| 23. August 1994                | 30. September 1994 | Aufnahme eines generellen Screening auf Hepatitis B                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 22. November 1994              | 1. April 1995      | Neustrukturierung der Ultraschall-Untersuchungen. Einführung eines Screening auf Chlamydien, Hinweise zu schwangerschaftsspezifischen Ernährungsempfehlungen, Aufnahme der Chorionzottenbiopsie im Rahmen der pränatalen Diagnostik, Ausschluß der Rhesus-Prophylaxe bei                                                       |

|                   |                  |                                                                                                                                                      |
|-------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Mai 1995       | 9. Juli 1995     | D <sup>U</sup> -positiven Frauen<br>Änderung der Anlagen 1b und 1c zu den Ultraschall-Untersuchungen im Hinblick auf die Zuordnung von Lageanomalien |
| 14. Dezember 1995 | 23. Februar 1996 | Screening auf Chlamydien mittels Gensonden                                                                                                           |
| 23. Februar 1996  | 5. Mai 1996      | Konsequenzen aus den Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)                                                                             |
| 17. Dezember 1996 | 7. März 1997     | Abstimmung der Indikationen in der Anlage 1 c mit Ultraschall-Vereinbarung und EBM                                                                   |
| 24. April 1998    |                  | Entfall der Hormonanalysen bei Verdacht auf Plazentinsuffizienz                                                                                      |

Quelle: Bauer, S.: 1999.

In Deutschland liegt die Schwangerenvorsorge vor allem in den Händen der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte. Die Möglichkeiten für Allgemeinmediziner und Hebammen sind - anders als beispielsweise in Großbritannien oder den Niederlanden - begrenzt. So ist es Allgemeinmedizinern erlaubt die Schwangerenvorsorge zu übernehmen, wenn sie „die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen“ (MutterschaftsRL, Allgemeines, Ziffer 4). Hebammen können schwangere Frauen im Delegierungsprinzip betreuen. Ihre Möglichkeiten beginnen, „wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen“. Dabei können sie „im Rahmen ihrer beruflichen Befugnisse“ Grunduntersuchungen: d. h. die Gewichtskontrolle, das Blutdruckmessen, die Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, die Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren durchführen. Für die Überwachung von Risikoschwangerschaften sind die niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte oder gegebenenfalls auch Allgemeinmediziner zuständig. Risikogeburten finden in den Entbindungsabteilungen der Krankenhäuser statt (Abschnitt B der MutterschaftsRL „Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“).

Frauen, bei denen eine Schwangerschaft festgestellt wird, erhalten von der behandelnden Ärztin/dem Arzt einen sogenannten Mutterpaß. Bis zum Ende der Schwangerschaft soll dieser von der Schwangeren immer bei sich getragen werden. In dem Mutterpaß werden die einzelnen Leistungen dokumentiert und alle Untersuchungsbefunde eingetragen. Besonders die letzte Ausgabe (vgl. Hutzler 1996) ist eng mit den Mutterschaftsrichtlinien verknüpft. Der Mutterpaß führt die Ärztin oder den Arzt über „Cheque-Listen“ durch die Richtlinien.

Der Mutterpaß hat viele Vorteile. Zunehmender Kritik sieht sich allerdings der in ihm enthaltene Risikokatalog von insgesamt 52 anamnestischen und allgemeinen Risiken gegenüber. Anamnestische Risiken sind die sich aus den in Abschnitt A der Mutterschaftsrichtlinien festgeschriebenen Grunduntersuchungen: Messung des Blutdrucks,

Feststellung des Körpergewichts, die Beurteilung der Gebärmutter (Größe, Lage, Beschaffenheit) durch Abtasten, Feststellen der Herztöne und der Lage des Kindes, Urinuntersuchung auf Zucker- und Eiweißausscheidung und mikroskopische Sedimentbeurteilung sowie Erstellen eines „kleines Blutbildes“, ergebenden Risiken. Außerdem wird hier eine Familienanamnese, eine Eigen- und Arbeits- und Sozialanamnese erhoben und so der gesundheitliche Zustand und die soziale Situation vor der jetzigen Schwangerschaft zu rekonstruieren versucht. Sie sind im Mutterpaß im Katalog „A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge Untersuchung“ in 26 Punkten (1 – 26) zusammengefaßt. Der Katalog schließt mit der ärztlichen Bewertung über das Vorliegen eines Schwangerschaftsrisiko bei der Erstuntersuchung ab.

Der Abschnitt B der Mutterschaftsrichtlinien (Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten) enthält Maßnahmen zur Erkennung sogenannter Befundrisiken. Das sind Risiken, die sich während des Schwangerschaftsverlaufs (befundete Risiken) ergeben. Im Mutterpaß sind sie im Katalog „B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ in weiteren 26 Punkten (27 – 52) zusammengefaßt. Hier wird z. B. festgehalten, ob Frauen während des Schwangerschaftsverlaufs Medikamente einnehmen, ob besondere psychische oder soziale Belastung auftreten, es zu einer Plazenta-Insuffizienz oder Einstellungsanomalien kommt u. ä. m.

Zusammen mit dem Katalog A sollen die „Besonderen Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ (Katalog B) die Aufmerksamkeit des betreuenden Arztes schärfen. Im Ergebnis dieses Risikokonzepts werden gegenwärtig in Deutschland 2/3 aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. Damit nimmt Deutschland weltweit einen Spitzenplatz ein.

Grundsätzlich wird an dem Risikokonzept kritisiert, daß es einer risikoorientierten medizinischen Sichtweise Vorschub leistet, die leicht Gefahr läuft, den Blick auf die Schwangerschaft und Geburt als ‚normale‘ Ereignisse zu verstellen. Ein anderes Problem wird darin gesehen, daß zu wenig danach gefragt wird, was das Etikett „Risikoschwangerschaft“ für die Schwangere selbst bedeutet. In der Debatte wird zudem darauf aufmerksam gemacht, daß nicht zwischen Frauen mit unterschiedlichen Risiken unterschieden wird. Das hat Folgen für die Betroffenen selbst aber auch für die Gesellschaft. Wenn beispielsweise Frauen nur, weil sie über 35 Jahre sind, nach ähnlichen Standards betreut werden wie Frauen mit Diabetes, kann dies für beide zu einer Fehlbetreuung führen. Frauen mit hohem Risiko (mit Diabetes) laufen Gefahr unterversorgt zu werden, während Frauen mit niedrigem Risiko (35 Jahre) das Problem der Überversorgung und Pathologisierung haben. Aus gesellschaftlicher Sicht und vor allem im Zusammenhang mit der Kostendiskussion entsteht hier die Frage nach den durch unnötige Diagnostik (bei den low-risk Schwangeren) unnötigen Kosten.

Der früher häufig beschriebene Zusammenhang zwischen dem rechtzeitigen ersten Besuch, der Gesamtzahl der von der Schwangeren wahrgenommenen Besuche in der Schwangerenvorsorge und dem Ergebnis der Schwangerenvorsorge („outcome“) ist

inzwischen relativiert worden. Es handelt sich insofern um einen Scheinzusammenhang, als Frauen mit sozialen Nachteilen und Beeinträchtigungen durch den schlechteren Zugang zum Medizinsystem die Schwangerenvorsorge seltener wahrnehmen, gleichzeitig aber auch diejenigen sind, die aufgrund ihrer sozialen Lage gesundheitlich gefährdeter sind (Tietze 1986). Collatz (1983) konnte sogar zeigen, daß Schwangere mit Risiken aus der Anamnese oft nicht so geleitet werden, wie der Abschnitt B der Mutterschaftsrichtlinien es verlangt. Auch erwiesen sich bei diesen Frauen die Zahl der Grund- und Zusatzuntersuchungen als unterdurchschnittlich. Diese Ergebnisse sind später mit den Daten der bayerischen Perinatalerhebung bestätigt worden (Wulf/Thieme 1991). Berufstätigkeit der Frau in der Schwangerschaft erweist sich heute im Gegensatz zur Zeit zwischen den Weltkriegen und davor (Hirsch 1925) als ein sozialer und gesundheitlicher Vorteil (Zusammenfassung bei Tietze et al. 1987), der zu einer niedrigeren perinatalen Morbidität und Mortalität führt (Selbmann et al. 1980).

### **Teilnahme an der Schwangerenvorsorge**

Bei einer normalen Schwangerschaft, d. h. einer Schwangerschaft ohne sogenannte spezielle Risiken (Risiken nach Abschnitt B der Mutterschaftsrichtlinien), wird der Beginn der Vorsorgeuntersuchungen vor der 13. Schwangerschaftswoche empfohlen. Insgesamt sind 10 Untersuchungstermine vorgesehen: zu Beginn der Schwangerschaft monatlich, in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten 14tägig. Ziel der Schwangerenvorsorge ist es, Gefahren für die Gesundheit der Mutter und des ungeborenen Kindes abzuwenden und mögliche gesundheitliche Risiken früh zu erkennen.

Viele Frauen akzeptieren die Schwangerenvorsorge, zumal sie damit die Hoffnung verbinden, ihrem Kind von Anfang an eine gute gesundheitliche Grundlage mit auf den Lebensweg geben zu können. Die Teilnahme der Schwangeren an den Vorsorgeuntersuchungen ist in den ost- wie in den westdeutschen Bundesländern sehr hoch. Durchschnittlich ca. 40 % besuchen bis zur 8. Woche erstmals die Vorsorge, bis zur 13. Woche haben bereits 80 % - 90 % der schwangeren Frauen vorsorgende Untersuchungen in Anspruch genommen mit regionalen Unterschieden (vgl. Tabelle 6.5-2). Bezogen auf die späte Nutzung der Vorsorgeuntersuchung haben sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten Veränderungen ergeben. Noch vor einigen Jahren fand der erste Besuch bei einer Ärztin bzw. einem Arzt durchschnittlich zwischen der 15. und der 23. Schwangerschaftswoche statt. Auch die Zahl der wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen lag deutlich unter dem heutigen Durchschnitt.

*Tabelle 6.5-2: Erstuntersuchung im Rahmen der Schwangerenvorsorge nach Schwangerschaftswochen (SSW) im Jahr 1997*

| Bundesland | Bis 8. SSW | 9.-12. SSW | 13.-16. SSW | 17.-20. SSW | 21.-24. SSW | Ab 25. SSW |
|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|
|            | in %       |            |             |             |             |            |

|                   |      |      |      |     |     |     |
|-------------------|------|------|------|-----|-----|-----|
| Berlin            | 35,8 | 45,8 | 11,0 | 3,0 | 1,4 | 3,1 |
| Brandenburg       | 35,8 | 44,5 | 12,2 | 2,7 | 1,4 | 3,5 |
| Sachsen           | 38,3 | 44,6 | 10,9 | 2,5 | 1,1 | 2,6 |
| Sachsen-Anhalt    | 40,2 | 41,4 | 10,6 | 2,8 | 1,4 | 3,6 |
| Thüringen         | 40,7 | 41,6 | 11,1 | 2,4 | 1,2 | 3,0 |
| Baden-Württemberg | 41,7 | 43,5 | 9,5  | 2,3 | 0,9 | 2,0 |
| Bayern            | 42,3 | 42,6 | 9,8  | 2,1 | 0,9 | 2,3 |
| Niedersachsen     | 48,2 | 39,8 | 7,3  | 1,9 | 0,9 | 2,0 |
| Rheinland-Pfalz   | 47,7 | 38,5 | 7,8  | 2,2 | 1,0 | 2,7 |
| Westfalen-Lippe   | 53,5 | 34,7 | 6,6  | 2,0 | 0,9 | 2,2 |

Quellen: eigene Zusammenstellung aus den Perinatalerhebungen 1997 der Länder.

Etwa drei Viertel aller Schwangeren nehmen mehr als zehnmal an einer Vorsorgeuntersuchung teil. Bemerkenswert ist die in den neuen Bundesländern deutlich höhere Zahl der Schwangeren, die mehr als 14mal zu Vorsorgeuntersuchungen gehen.

Tabelle 6.5-3 Gesamtzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern 1997

| Bundesländer      | 1 - 4 | 5 - 9 | 10 - 14 | über 14 | Ohne Angabe |
|-------------------|-------|-------|---------|---------|-------------|
|                   |       |       | in %    |         |             |
| Berlin            | 2,7   | 19,8  | 57,5    | 19,2    | 0,8         |
| Brandenburg       | 2,1   | 18,4  | 60,5    | 17,5    | 1,6         |
| Sachsen           | 1,4   | 16,2  | 60,3    | 21,1    | 0,9         |
| Sachsen-Anhalt    | 1,9   | 15,4  | 57,5    | 24,5    | 0,6         |
| Thüringen         | 1,3   | 14,0  | 57,8    | 25,7    | 1,2         |
| Baden-Württemberg | 1,1   | 21,3  | 64,9    | 11,3    | 1,4         |
| Bayern            | 1,3   | 22,3  | 65,1    | 10,0    | 1,3         |
| Niedersachsen     | 1,6   | 19,8  | 66,7    | 11,2    | 0,7         |
| Rheinland-Pfalz   | 1,6   | 22,2  | 65,7    | 9,1     | 1,3         |
| Westfalen-Lippe   | 1,8   | 22,5  | 67,2    | 7,4     | 1,1         |

Quelle: eigene Zusammenstellung aus den Perinatalerhebungen der Bundesländer im Jahr 1997.

Die Frage, ob diese Entwicklung als eine Folge der strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem der neuen Bundesländer oder als kultureller Effekt zu werten ist, kann gegenwärtig nicht beantwortet werden. Auf jeden Fall brachte die Anpassung des Gesundheitssystems der DDR an das System der BRD große Veränderungen mit sich. An die Stelle der spezialisierten Beratungsstellen, die strukturell einem Krankenhaus, einer Poliklinik oder einem Ambulatorium zugeordnet waren, trat die Betreuung durch privatwirtschaftlich organisierte gynäkologische Praxen. Dabei war die gesundheitliche Vorsorge für die werdende Mutter und das Kind in der DDR aufgrund seiner Wirksam-

keit besonders vorzeigewürdig. Dies betraf das breite Angebot an Unterstützungsformen und die Möglichkeit, Mutterschaft und berufliche Ausbildung und Tätigkeit zu verbinden, wie auch den deutlichen Rückgang der Mutter- und Säuglingssterblichkeit und der Frühgeburten in den 70er und 80er Jahren.

#### 6.5.2.2 Vorgeburtliche Untersuchungen

Hauptbestandteil der Schwangerenvorsorge sind die vorgeburtlichen Untersuchungen. Sie dienen der regelmäßigen Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs und werden bei allen Schwangeren durchgeführt. Die pränatale Diagnostik dagegen wird nur bei wenigen angewendet. Über sie wird weiter unten berichtet.

#### Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge

Zur regelmäßigen Kontrolle sind in der Schwangerenvorsorge mindestens zehn Untersuchungen vorgesehen. Im ersten Drittel der Schwangerschaft werden bei der - nach der Schwangerschaftsfeststellung - ersten Vorstellung vom Arzt/der Ärztin oder einer Hebamme die erste Grunduntersuchung durchgeführt. Dazu gehört u. a. die Feststellung des Körpergewichtes, der Höhe des Blutdruckes, der Größe der Gebärmutter und die Urinuntersuchung. Eine solche Grunduntersuchung gehört zu jeder der zunächst vierwöchentlichen Vorsorge-Untersuchungen in der Schwangerschaft. Beim ersten Mal werden außerdem serologische Untersuchungen im Hinblick auf Lues, Röteln, bei begründetem Verdacht auch auf Toxoplasmose oder andere latente Infektionen durchgeführt. Hier wird auch die Blutgruppe festgestellt und mit einem Test nach irregulären Blutgruppen-Antikörpern gesucht. Die Durchführung eines HIV-Tests ist fakultativ und darf nur nach vorheriger ärztlicher Beratung bei der Schwangeren durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Lues-Reaktion und des HIV-Tests werden nicht dokumentiert. Nur die Tatsache der Untersuchung wird vermerkt. Die serologischen Untersuchungen nach Feststellung der Schwangerschaft entsprechen denen in der DDR. Im Unterschied zur DDR ist jedoch die serologische Untersuchung auf Toxoplasmose keine Routine-Untersuchung, sondern erfordert eine Indikation (Expositionsrisiko). Das gleiche gilt für den Alpha-Fetoprotein-Test, mit dem die Spina bifida (offener Rückenmarkskanal) erkannt werden soll. In der 9. bis 12. Schwangerschaftswoche ist eine Ultraschall-Untersuchung der Frucht zur Größenbestimmung und zur Schätzung des Entbindungstermins vorgesehen

Im zweiten Drittel der Schwangerschaft wird die Ultraschall-Untersuchung in der 19. bis 22. Woche wiederholt, wobei der Ausschluß von Fehlentwicklungen im Vordergrund der Diagnostik steht. Bei Rh-positiven Schwangeren ist die Durchführung eines zweiten Antikörpersuchtestes in der 24. bis 27. Schwangerschaftswoche vorgesehen. Sind bei Rh-negativen Schwangeren keine Anti-D (Rh-positiv)-Körper vorhanden, so soll in der 28. bis 30. Schwangerschaftswoche ein Immunglobulin injiziert werden, um möglichst bis zur Geburt eine Sensibilisierung der Schwangeren durch Rh-positive rote Blutkörperchen des Ungeborenen zu verhindern. Das Datum dieser präpartalen Anti-D-Prophylaxe ist im Mutterpaß an einer vorgesehenen Stelle zu vermerken. Die Anti-D-Prophylaxe hat die Geschichte der Rhesuskrankheit von Neugeborenen revolutioniert.

Im letzten Drittel der Schwangerschaft sind zwischen der 32. und der 40. Schwangerschaftswoche alle 14 Tage Kontrollen vorgesehen. Eine Ultraschall-Untersuchung zwischen der 29. und 32. Woche kann Auskunft geben über eine Wachstumsverzögerung des Feten. Bei Risikopatientinnen sind auch *hormonanalytische Untersuchungen* sowie die *Amnioskopie* indiziert, wenn es um die Beurteilung des intrauterinen Zustandes des Kindes (inzwischen selten: Rhesuskrankheit) und der Plazentafunktion geht. Als Routinemaßnahmen sind sie nicht vorgesehen. Weitere Zusatzuntersuchungen mit seltenen Indikationen sind in Tabelle 6.5-3 aufgeführt. Untersuchungen bei Risikoschwangerschaften sind in kürzeren Abständen als bei normal verlaufenden Schwangerschaften erforderlich. Bei vorzeitiger Wehentätigkeit und auch bei der medikamentösen Hemmung dieser Wehen können schon in dieser letzten Phase der Schwangerschaft kardiotokographische Untersuchungen nötig werden. Weitere seltenere Indikationen dazu sind in den Mutterschaftsrichtlinien angegeben.

Nach Abschluß jeder Untersuchung sollen entsprechend dem im Mutterpaß angeführten Katalog B „Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ beim Vorliegen eines oder mehrerer der dort aufgeführten Risiken die entsprechende Nummer in einer dafür vorgesehenen Spalte des Gravidogramms eingetragen werden - ein Vorschlag, dessen Befolgung die Aufmerksamkeit gegenüber Risikofaktoren schärfen soll.

### **Pränatale Diagnostik**

*Amniozentese* und auch die *Chorionzottenbiopsie* werden nur in Spezialpraxen bzw. -kliniken durchgeführt. Als medizinische Indikationen für die Amniozentese bzw. Chorionzottenbiopsie gelten ein familiäres genetisches Erkrankungsrisiko oder das Alter der Schwangeren. Ende der achtziger Jahre beanspruchte das sogenannte Altersrisiko mit 80 % den Hauptanteil der Indikationen zur genetischen Diagnostik, wobei die Altersgrenze mittlerweile auf 35 Jahre gesunken war (Schindele 1992). Die Angaben, in welchem Umfang sich Schwangere mit Altersrisiko einer Chromosomenanalyse unterziehen, differieren zwischen 50 % (Davies-Osterkamp 1991b) und 90 % (Schindele 1990). Zu bedenken ist, daß das bevölkerungsbezogene attributive Risiko ein Kind mit einem Down-Syndrom zu gebären, nicht vorwiegend die älteren Schwangeren betrifft (denn sie sind wenig zahlreich), sondern die zahlreichen Schwangeren mit geringem Risiko in den geburtenreichen Altersgruppen.

Tabelle 6.5-4 Übersicht über vorgeburtliche Untersuchungen (Auswahl)

| Testverfahren                         | Gründe, Indikationen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mögl. Ergebnis, Diagnosen                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Risiken, Nachteile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ultraschall                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überprüfung des fötalen Wachstums</li> <li>▪ Suche nach Fehlbildungen</li> <li>▪ Vorbereitung und Überwachung von Amniozentese, Chorionzottenbiopsie und anderen invasiven Eingriffen</li> <li>▪ Überwachung der Herztöne während der Schwangerschaft</li> </ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reifegrad, Organfunktionen</li> <li>▪ Microzephalie, Kleinwuchs, äußerliche Fehlbildungen, Fehlbildung der Organe, Hinweis auf Trisomie 21</li> </ul>                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher kaum überprüft, für harmlos gehalten</li> <li>▪ Unbegründete Verdachtsmomente können das Sicherheitsgefühl der Schwangeren zerstören</li> <li>▪ Vaginaler Ultraschall kann schmerzhaft sein und wird als tiefer Eingriff empfunden</li> </ul>                                                                                 |
| Chorionzottenbiopsie, Plazentabiopsie | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angst vor erhöhtem Risiko für Chromosomenanomalien bei höherem Alter der Frau (ab 35 Jahren)</li> <li>▪ Verdacht auf Stoffwechselerkrankungen</li> <li>▪ Bekannte Erbbelastung einer schweren diagnostizierbaren Erbkrankheit (nach Risikoabklärung in genetischer Beratung)</li> <li>▪ Auffälliger Ultraschallbefund</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlechtsbestimmung</li> <li>▪ Bestimmung der Blutgruppe</li> <li>▪ Analyse von Chromosomenanomalien</li> <li>▪ Feststellung von seltenen Erbkrankheiten (bei gezielter DNS-Analyse)</li> <li>▪ Erkennung von Muskel-, Blut- und Stoffwechselkrankheiten, u. a. von Mukoviszidose</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlgeburtsrisiko 4-8 %</li> <li>▪ Erhöhtes Abortrisiko bei Blutungen und Mehrlingsschwangerschaft</li> <li>▪ Untersuchung kann Mißbildungen an Fingern, Zehen, Zunge oder Unterkiefer verursachen</li> <li>▪ Schmerzen und Blutungen während und nach Eingriff möglich</li> </ul>                                                   |
| Amniozentese                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angst vor erhöhtem Risiko für Chromosomenanomalien bei höherem Alter der Frau (ab 35 J.) empfohlen und von Krankenkassen finanziert</li> <li>▪ Neuralrohrdefekt oder Chromosomenanomalie eines früheren Kindes</li> <li>▪ Bekannte Erbbelastung einer schweren, diagnostizierbaren Erbkrankheit (nach Risikoabklärung in genetischer Beratung)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlechtsbestimmung</li> <li>▪ Analyse von Chromosomenanomalien</li> <li>▪ Diagnose von Neuralrohrdefekten</li> <li>▪ Feststellung seltener Erbkrankheiten</li> <li>▪ Erkennung von Muskel- und Stoffwechselkrankheiten</li> </ul>                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlgeburtsrisiko 0,3-2,4 %</li> <li>▪ Vereinzelt Verletzung des Fötus</li> <li>▪ Evtl. Krämpfe, Wehen, leichtes Bluten der Frau, Vermehrtes Auftreten von Lungenentzündungen und Ausbildung eines Atemnot-Syndroms bei Neugeborenen</li> <li>▪ Lange Wartezeiten auf das Testresultat bedeutet Streß für werdende Eltern</li> </ul> |
| AFP: Alpha-Feto-Protein               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes der Mutter</li> <li>▪ Verdacht auf Neuralrohrdefekt und Nierenerkrankungen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis auf Neuralrohrdefekt und Down-Syndrom</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Risiken</li> <li>▪ Unnötige Verunsicherung durch erhöhte AFP-Werte möglich</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          |
| AFP-plus: Triple Test                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indiv. Risikoberechnung als Entscheidungsgrundlage für weitere Tests</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuell berechnetes Risiko für Trisomie 21/Neuralrohrdefekt in %</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie AFP</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Quelle: CARA 1992: 4-7.

Die folgende Tabelle 6.3.-4 zeigt die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik im Jahr 1997. Der Vergleich zeigt, daß die Inanspruchnahme in den einzelnen Bundesländern sehr variiert und zwischen ca. 6,5-13,1 % beträgt.

Tabelle 6.5-5 *Inanspruchnahme pränataler Diagnostik der durch die Perinatalerhebung erfaßten Schwangerschaften bzw. Geburten verteilt nach Bundesländern für das Jahr 1997*

| Bundesland        | Chorionzottenbiopsie | Amniozentese bis 22. SSW | Amniozentese ab 22. SSW |
|-------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|
| in %              |                      |                          |                         |
| Berlin            | 1,1                  | 7,1                      | 0,6                     |
| Brandenburg       | 0,2                  | 8,0                      | 0,5                     |
| Sachsen           | 0,2                  | 6,9                      | 0,4                     |
| Sachsen-Anhalt    | 0,0                  | 5,9                      | 0,5                     |
| Thüringen         | 0,3                  | 6,9                      | 0,7                     |
| Baden-Württemberg | 0,3                  | 9,4                      | 3,4                     |
| Bayern            | 0,7                  | 7,1                      | 0,3                     |
| Niedersachsen     | 0,4                  | 8,1                      | 0,3                     |
| Rheinland-Pfalz   | 0,2                  | 8,2                      | 0,2                     |
| Westfalen-Lippe   | 0,6                  | 5,5                      | 0,3                     |

Quelle: Perinatalerhebungen der Bundesländer 1997, eigene Zusammenstellung.

Diese Entwicklungen werden seit Mitte der achtziger Jahre kritisch diskutiert. Zum einen orientiert sich die Diskussion an der den modernen Reproduktionstechnologien inhärenten Erweiterung der reproduktiven Selbstbestimmung, der Freisetzung von biologischen Zwängen, die neue Wahlalternativen und Entscheidungsmöglichkeiten hervorbringen. Zum anderen orientiert sie sich an den verborgenen Zwängen zur sozialen Normierung von Schwangerschaft, der Norm, gesunde Kinder auf die Welt bringen zu müssen und regelmäßige Vorsorge zu betreiben (Brockmann 1992). Mittlerweile sind etwa 4.000 verschiedene Krankheiten bekannt, deren Disposition vererbt werden kann und nur 500 von ihnen sind durch genetische Tests ermittelbar (Schmidtke 1995). Das hervorgebrachte neue Wissen über die genetische Beschaffenheit des Menschen sowie über die Ursachen möglicher genetischer Schäden steht insgesamt in wachsender Diskrepanz zu den noch geringen Möglichkeiten therapeutischer Einflußnahme.

### 6.5.2.3 *Psychosoziale Risiken*

Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ist durch eine große Anzahl von Studien belegt worden. Dabei spielen das Alter der Schwangeren ebenso eine Rolle wie Einkommen und Bildung, Zufriedenheit mit der Partnerschaft, Erwerbs- bzw. Nichterwerbstätigkeit sowie Arbeitsbelastung, soziale Netzwerke, Wohnsituation, Kindheitserfahrungen und nationale Herkunft.

In etlichen Studien wurde bestätigt, daß das Risiko für das Auftreten bestimmter Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durch die soziale Lage, in der Schwan-

gere leben, beeinflusst wird (Hoyer/Thalheimer 1968; Teichmann/Breull 1989). Eine prospektiv angelegte Untersuchung in den neuen Bundesländern zeigte, daß bei nicht beruflich integrierten Frauen, zu denen überwiegend niedrig qualifizierte Frauen zählten, das Risiko für die Geburt eines untergewichtigen Kindes ebenso wie das Risiko der Frühgeburtlichkeit deutlich erhöht ist und der Anteil von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen steigt (Begenau et al. 1996). Eine erhöhte Säuglingssterblichkeit bei nichterwerbstätigen Frauen sowie Zusammenhänge zum Geburtsgewicht ermittelten Elkeles u. a. (Elkeles et al. 1989).

Als ein Effekt sozialer Benachteiligung konnte inzwischen auch der früher häufig als allgemeingültig beschriebene Zusammenhang zwischen rechtzeitigem ersten Besuch, der Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen und dem Ergebnis der Schwangerenvorsorge („outcome“), identifiziert werden. Neuere Untersuchungen ergeben, daß Frauen der unteren Sozialschicht die Schwangerenvorsorge dadurch, daß ihnen das Medizinsystem schlechter zugänglich ist, seltener kontaktieren. Zugleich sind sie insgesamt, aufgrund ihrer sozialen Lage, gesundheitlich gefährdeter als andere (Tietze 1986). Die Ergebnisse von Collatz (1983) gehen diesbezüglich sogar noch weiter. Sie machen darauf aufmerksam, daß Frauen der unteren Sozialschicht auch durch das Medizinsystem selbst benachteiligt werden, indem sie oft nicht so geleitet werden, wie es der Abschnitt B der Mutterschaftsrichtlinien verlangt. Auch erwiesen sich bei diesen Frauen die Zahl der Grund- und Zusatzuntersuchungen als unterdurchschnittlich. Diese Ergebnisse sind später mit den Daten der bayerischen Perinatalerhebung bestätigt worden (Wulf/Thieme 1991).

Im Gegensatz zur Vermutung, daß weibliche Berufstätigkeit zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen wie geringes Geburtsgewicht führt, belegten Busse et al. 1987, daß sich Berufstätigkeit nicht ungünstig auf das Geburtsgewicht auswirkt (Busse et al. 1987). Studien zeigten, daß das Schwangerschaftserleben berufstätiger Frauen häufig weitaus bewußter ausfällt und daß sie besser informiert sind (Bartholomeyczik et al. 1979). Obwohl bestimmte Tätigkeiten (die vom Mutterschutzgesetz abgefangen werden sollen) auch heute noch ein erhöhtes Risiko für die Schwangerschaft darstellen, läßt sich insgesamt feststellen, daß sich die Berufstätigkeit der Frau in der Schwangerschaft heute - im Gegensatz zur Zeit zwischen den Weltkriegen und davor (Hirsch 1925) - als ein sozialer und gesundheitlicher Vorteil (Zusammenfassung bei Tietze et al. 1987) erweist. Sie führt zu einer niedrigeren perinatalen Morbidität und Mortalität (Selbmann et al. 1980).

Geborgenheit und Stabilität in der Partnerschaft werden als weitere wichtige Einflussfaktoren auf den Ausgang von Schwangerschaft und Geburt beschrieben (Buddeberg 1987). Negativ auf den Schwangerschaftsverlauf wirken sich vor allem Konflikte und emotionale Spannungen bis hin zu Trennungen aus. Sie führen zu psychosomatischen Beschwerden, Schwangerschaftskomplikationen wie vorzeitige Wehentätigkeit oder auch vermehrten Geburtsängsten (Lukesch 1976; Teichmann 1987). Sie beeinflussen aber offenbar auch die Einstellungen der Frauen zu ihrer Schwangerschaft. Verschiede-

nen Studien kommen zu dem Ergebnis, daß Frauen mit Partnerschaftsproblemen oder ohne feste Partnerschaftsbeziehungen häufiger ihrer Schwangerschaft gegenüber negativ eingestellt sind als Frauen mit vorhandener oder intakter Partnerschaft (Teichmann/Breull 1989; Hantsche et al. 1992).

Auch auf den Einfluß von Kindheitserfahrungen für den Verlauf der Schwangerschaft wurde von verschiedenen Autorinnen und Autoren verwiesen (Teichmann 1987; Budberg 1987; Läßle/Lukesch 1988; Wimmer-Puchinger 1992). Es wird davon ausgegangen, daß sich unter den Bedingungen eines gestörten familiären Klimas nicht genügend innere Sicherheit und emotionale Stabilität entwickeln können, die für die Bewältigung neuer Lebensaufgaben eine entscheidende Basis darstellen.

Im Ergebnis einer retrospektiven Untersuchung bei Frauen mit Abortanamnese konnten u. a. Konflikte in der Herkunftsfamilie, Abhängigkeitsprobleme, spezifische elterliche Beziehungsmuster und eine defiziente Eltern-Kind-Beziehung als Risiko für den Schwangerschaftsverlauf herausgestellt werden (Läßle/Lukesch 1988). Als erhöht risikobelastet gelten Frauen, deren Kindheitserleben von mangelnder emotionaler Geborgenheit und Zuwendung gekennzeichnet war.

### **Schwangerschaft bei jugendlichen Frauen (Teenagerschwangerschaften)**

Das günstigste mütterliche Alter bei der Erstgeburt ist eine seit langem in der Medizin und in der Sozialpädagogik diskutierte Frage. Ein langjähriger medizinischer Diskurs darüber hat zur Festlegung einer Alterszeitspanne (18 bis 35 Jahre) geführt, in der eine Geburt sowohl für die Gesundheit der Mutter wie des Kindes besonders günstig sein soll. Eine Frau, die in einem Alter unter 18 Jahren ein Kind zur Welt bringt, zählt nach den Mutterschaftsrichtlinien (Katalog A, Punkt 13 im Mutterpaß) zur Risikogruppe der Frühgebärenden.

Die Schwangerschaften in dieser Altersgruppe und deren Ergebnisse sind immer wieder analysiert worden. Junge Mütter und ihre Kinder werden als ein soziales Problem wahrgenommen, weil sie häufig von öffentlichen Unterstützungsleistungen abhängig sind und der besonderen Fürsorge bedürfen. Unter den westlichen Industrienationen halten die USA die Spitze bei Schwangerschaften in dieser Altersgruppe (Wegman 1996; Kahl et al. 1998). Erst seit 1995 sind Ergebnisse der Prävention dort feststellbar.

In der Bundesrepublik Deutschland ist dagegen die Zahl der Teenager-Schwangerschaften vergleichsweise gering. Die altersspezifischen Geburtenziffern der 17jährigen haben sich von 26,2 Geburten je 1.000 Frauen der gleichen Altersgruppe im Jahre 1970 auf heute 7,1 vermindert, die Geburtenziffern der 18jährigen haben sich von 56,6 je 1.000 Frauen der gleichen Altersgruppe auf 7,8 verringert (Kahl et al. 1998), wobei der Rückgang zumindest am Anfang stärker war als das allgemeine Sinken der Geburtenziffern (Tietze 1986a). 1996 wurden in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin 3.746 Lebend- und Totgeborene von jugendlichen Frauen im Alter bis ein-

schließlich 18 Jahren gezählt, in den neuen Bundesländern waren es 1.051 (StBA 1996c, Datenlieferung).

An weniger als zehn Vorsorgeuntersuchungen nahmen nach einer Auswertung der Bayerischen Perinatalerhebung von 1988 58,7 % der unter 17jährigen Schwangeren teil und sie kamen weit häufiger nach der 12. Schwangerschaftswoche zur ersten Untersuchung. Im Durchschnitt aller Schwangeren waren es nur 25 %, die weniger als zehn Mal die Schwangerenvorsorge aufsuchten (Wulf 1992).

Wie Untersuchungen zeigen, kumulieren die medizinischen und sozialen Probleme bei bestimmten Gruppen von Frauen. Empirisch gesichert ist der Zusammenhang von Bildung und Alter bei der Erstgeburt; junge Mütter weisen überwiegend einen niedrigen Bildungsstand auf. Ebenfalls relevant sind Merkmale der Herkunftsfamilie wie niedriger sozialer Status (Pattloch-Geißler 1996).

Schwangerschaften von unter 17jährigen Frauen enden zu 7,1 %, von 18-34jährigen mit 4,4 % mit einer Frühgeburt (Pattloch-Geißler 1996: 67). Der höhere Anteil an Frühgeburten bedeutet jedoch nicht, daß sehr junge Schwangere allein aufgrund geringerer Lebensjahre zu Frühgeburtlichkeit neigen. Zur Erklärung der höheren Frühgeburtlichkeit müssen auch ihre Lebensumstände und ihre soziale Herkunft berücksichtigt werden, die häufig durch niedriges Einkommen, schlechte und beengte Wohnverhältnisse, ungesunde Ernährung, Streß und einem größeren Anteil an Raucherinnen gekennzeichnet sind. Zackler et al. (1969) haben darauf hingewiesen, daß bei entsprechender sozialer und medizinischer Vorsorge die Gruppe der jugendlichen Schwangeren nicht länger eine gefährdete Gruppe zu sein braucht (Zackler et al. 1969). Diese Feststellung ist erst kürzlich durch die Untersuchungen von Plöckinger et al. bestätigt worden (Plöckinger et al. 1996).

#### 6.5.2.4 *Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft*

Gesundheitsbezogene Kenntnisse und Verhaltensweisen, worunter der frühzeitige und regelmäßige Besuch von Beratungsstellen und Kursen ebenso zählt wie gesundheitsbewußte Ernährung und der Verzicht auf Drogen, unterliegen dem Einfluß zahlreicher sozialer Faktoren. Sie sind besonders von der Schulbildung und der Qualifikation abhängig. Eine Westberliner Untersuchung ermittelte eine geringere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge sowie der Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen für nicht-erwerbstätige im Gegensatz zu erwerbstätigen Frauen (Bartholomeyczik/Rasper 1979). Zum gleichen Ergebnis kam eine Ostberliner Studie (Begenau et al. 1996). Neben den sozialen spielen auch regionale Faktoren für das Gesundheitshandeln eine große Rolle. Hier gibt es deutliche Stadt-Land-Disparitäten sowohl hinsichtlich des Besuchs der Beratungsstellen als auch bezogen auf die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen.

Ein bedeutsamer gesundheitlicher Aspekt während der Schwangerschaft ist das Rauchen. Mittlerweile geht man von einer Reduktion des Geburtsgewichtes der Säuglinge von Raucherinnen um 150-200 g zum Normalgewicht aus. Der Grad der Gewichtsmin-

derung ist von der Höhe des täglichen Zigarettenkonsums abhängig. Bei starken Raucherinnen (> 35 Zigaretten pro Tag) ist sowohl die perinatale Sterblichkeit des Kindes als auch das Frühgeburtsrisiko deutlich erhöht (Fritz/Krüger 1992).

Untersuchungen zum Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft zeigten, daß zwei Drittel der Raucherinnen während der Schwangerschaft vollständig auf den Zigarettenkonsum verzichteten und ein Drittel die Zahl der Zigaretten reduzierte (Reis 1980). Der Anteil von Raucherinnen lag bei einer Untersuchung von Schwangeren zwischen 1994 und 1995 in Ost-Berlin bei 35,7 %. Raucherinnen, so die Ergebnisse der Berliner Untersuchung, weisen einen niedrigeren Schulabschluß und geringere berufliche Qualifikation auf, sind überdurchschnittlich häufig arbeitslos und verfügen demzufolge nur über ein niedriges Haushalts-pro-Kopf-Einkommen. Sie weisen aber auch hinsichtlich ihrer Partnerschaft ungünstigere Bedingungen als Nichtraucherinnen auf: Sie geben häufiger als Nichtraucherinnen Belastungen ihrer Partnerschaft sowie Unzufriedenheit mit der Partnerschaft an (Begenau et al. 1996).

Begenau et al. fanden in der von ihnen untersuchten Gruppe eine erhöhte Frühgeburtlichkeit. Aus ihren Untersuchungsergebnissen schlossen die Autorinnen, daß eine zufriedenstellende Partnerschaftsbeziehung einen protektiven Faktor darstellen kann und die Wahrscheinlichkeit von Schwangerschaftskomplikationen und -beschwerden verringert (Begenau et al. 1996).

Einzelne Aspekte des Gesundheitsverhaltens korrelieren miteinander, wie z. B. der Nikotin- und Alkoholkonsum und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Frauen, die frühzeitig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, ernähren sich gesünder, rauchen weniger bzw. gar nicht und beteiligen sich auch häufiger an Kursen. Diese Zusammenhänge erklären den bereits mehrmals erwähnten Scheinzusammenhang zwischen Häufigkeit der Inanspruchnahme und Schwangerschaftsergebnis.

### **6.5.3 Geburt**

#### *6.5.3.1 Entbindung und Betreuung nach der Geburt*

In der Bundesrepublik kommen gegenwärtig ca. 98 % aller Kinder im Kreißsaal einer Klinik zur Welt. Bundesweit wird der Anteil von Entbindungen, die außerhalb einer Klinik z. B. in Geburtshäusern stattfinden, auf zwei Prozent geschätzt. Einen höheren Anteil an Entbindungen in Geburtshäusern gibt es in Großstädten wie Berlin, die zugleich die Stadt mit der größten Geburtshäuserdichte Deutschlands ist.

In der DDR hatte die Förderung von Klinikgeburten bis Ende der 60er Jahre dazu geführt, daß fast alle Frauen ihre Kinder in Kliniken entbanden. Bis 1990 blieb eine Geburt außerhalb eines Krankenhauses die Ausnahme, zumal im Gegensatz zur Bundesrepublik alternative Angebote völlig fehlten. In der Bundesrepublik fand die Verschiebung der Haus- zugunsten der Klinikgeburten in einem längeren Zeitraum statt. Hausentbin-

dungen nahmen 1960 einen Anteil von 43 % ein, 1965 waren es 18 %. 1970 entbanden nur noch 4,5 % der Frauen zu Hause und 95,5 % in einer Klinik (Maendle et al. 1995).

Tabelle 6.5-6: Anteil der Klinikentbindungen in der Bundesrepublik Deutschland 1955-1990

| Jahr | Lebendgeburten | Klinikentbindungen in % |
|------|----------------|-------------------------|
| 1950 | 812.835        | 43,0                    |
| 1955 | 820.128        | 52,2                    |
| 1960 | 968.628        | 66,3                    |
| 1965 | 1.044.328      | 83,3                    |
| 1970 | 810.808        | 95,1                    |
| 1975 | 600.512        | 98,6                    |
| 1980 | 620.657        | 99,2                    |
| 1985 | 586.155        | 98,9                    |
| 1990 | 727.199        | 98,8                    |

Quelle: Künzel 1992: 8.

In Zusammenhang mit der Frauengesundheitsbewegung der 70er und 80er Jahre wurde die klinikgebundene, inzwischen sehr technisierte Geburtshilfe in Teilen der Öffentlichkeit mit dem Ziel kritisch diskutiert (Frasch 1987), die Geburt wieder stärker als natürlichen Vorgang zu begreifen. Gesunde Frauen bedürfen nach diesem Verständnis bei normal verlaufender Schwangerschaft nicht notwendigerweise einer technisierten Geburtsmedizin in der Klinik.

1987 wurde das erste Geburtshaus gegründet. Zu den alternativen Angeboten zu entbinden, die sich seit dieser Zeit in Deutschland etablierten, gehören von Hebammen betriebene Entbindungsheime sowie von Ärztinnen und Ärzten oder von Hebammen geleitete Geburtspraxen. 1997 gab es bundesweit 40 Geburtshäuser.

Nach einem Prozeß der kontroversen Diskussion der Vor- bzw. Nachteile der außerklinischen Geburt, begannen auch die Kliniken allmählich ihre Angebote zur Entbindung auszubauen. Zunehmend wurde den individuellen Wünschen und Ansprüchen der Frauen Rechnung getragen (Kleine-Deppe et al. 1996). Neuerungen betrafen in den 80er Jahren bereits die Möglichkeit der Teilnahme des Partners an der Entbindung, „rooming in“-Angebote und in den letzten Jahren auch die Entbindung selbst. Nicht mehr die alleinige Fixierung auf das Kreißbett zur Entbindung, sondern immer mehr alternative Angebote stehen auch bei Klinikentbindungen zur Wahl.

Seit 1986 bestimmt das Hebammengesetz, daß bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein muß. Allein oder in Zusammenarbeit mit einer ärztlichen Geburtshelferin oder einem Geburtshelfer betreuen Hebammen die Schwangere vor und während der Geburt und übernehmen die Nachsorge in den 10 Tagen nach der Entbindung. In den westlichen Bundesländern arbeitet etwa die Hälfte der Hebammen freiberuflich, wobei wie bei den angestellten Hebammen der Hauptarbeitsplatz immer noch das Krankenhaus ist. In den ostdeutschen Bundesländern lag 1995 die Hebammendichte mit 5,5 je 100.000 der Be-

völkerung unter der im Westen, hier lag der Anteil der freiberuflichen Hebammen 1990 bei 9,4 (StBA 1998a).

### **Beispiel Berlin**

Anhand des Beispiels Berlin läßt sich die Zunahme der ambulanten Entbindungen in den vergangenen zwei Jahren gut erkennen. Berlin ist wegen der zur Verfügung stehenden Informationen gewählt worden, jedoch wird vermutet, daß andernorts analoge Verhältnisse vorliegen.

Im Jahresgesundheitsbericht Berlin wird die klinische von der außerklinischen Geburtshilfe unterschieden. Zur klinischen Geburtshilfe zählen neben den Klinikentbindungen auch die ambulanten Entbindungen im Kreißaal. Zur außerklinischen Geburtshilfe rechnet in Berlin nicht nur die Geburtshilfe in den Geburtshäusern, sondern auch diejenige bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Hebammen.

Zwischen 1980 und 1990 erhöhte sich der Anteil der ambulanten Entbindungen von 1,7 % auf 5,8 %, der Anteil der außerklinisch begonnenen und beendeten Entbindungen von 1,7 % auf nur 3,3 %. Gleichzeitig ist der Anteil der außerklinisch begonnenen und klinisch beendeten (sekundär klinischen) Entbindungen an allen außerklinisch begonnenen Entbindungen von 39,4 % auf 13,9 % zurückgegangen. Von 1990 an erhöhte sich bis 1996 die Rate der ambulanten Entbindungen in Berlin-West von 5,8 % auf 7,7 %, während die außerklinisch begonnenen und beendeten Entbindungen auf einem Niveau von 3,1 % bis 3,5 % verharrten (1996: 3,1 %). In Berlin-Ost gab es bis 1991 keine sogenannten ambulanten Geburten. Aber schon 1996 haben in diesem Teil der Stadt 2,9 % der in Kliniken entbundenen Schwangeren ambulant entbunden. Der Anteil der außerklinisch entbundenen Schwangeren hat sich in Ost-Berlin zwischen 1990 und 1996 sogar von 1,1 % auf 4,4 % erhöht und liegt damit über dem Anteil im westlichen Teil der Stadt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ambulante Entbindungen im betrachteten Zeitraum von 15 Jahren stetig zugenommen haben, die außerklinischen Entbindungen dagegen nicht. Bei diesen hat sich offenbar eine zunehmend sicherere Auswahl eingestellt, so daß Sekundäreinweisungen von ca. 40 % auf 15 % gesenkt werden konnten (Jahresgesundheitsberichte Berlin 1982 – 1997).

#### *6.5.3.2 Frühgeburten*

Die reife, rechtzeitige Geburt erfolgt nach einer Tragzeit von wenigstens 37 vollendeten Wochen. Der Säugling hat ein Geburtsgewicht von 2.500 g und mehr (Normal Birth Weight = NBW). Eine Frühgeburt erfolgt nach einer Tragzeit von weniger als 37 vollendeten Wochen (37/7) und hat ein Geburtsgewicht von 2.499 g und weniger (Low Birth Weight = LBW). Darunter gibt es weitere Unterteilungen, von denen hier nur die mit einer Tragzeit von weniger als 37 Wochen (Gewicht zwischen 2.499 g bis 1.500 g, Heavy Low Birth Weight = HLBW) und diejenige mit einer Tragzeit von weniger als 33

Wochen (Gewicht von 1.499 g und weniger, Very Low Birth Weight = VLBW) genannt werden sollen. Neugeborene mit einem Gewicht von 999 g und weniger werden als Kinder mit einem extrem niedrigen Geburtsgewicht bezeichnet (ELBW = Extreme Low Birth Weight; vgl. Klebanov 1994 nach WHO modifiziert).

Tabelle 6.5-7 Häufigkeit der Frühgeburten nach Bundesländern 1997

| Bundesland        | Unter 32 Wochen | 32 - 36 Wochen | Gewicht < 2.500 g |
|-------------------|-----------------|----------------|-------------------|
|                   |                 | in %           |                   |
| Berlin            | 1,8             | 6,9            | 6,9               |
| Brandenburg       | 0,9             | 6,4            | 5,6               |
| Sachsen           | 1,2             | 5,9            | 5,8               |
| Sachsen-Anhalt    | 1,3             | 7,0            | 6,7               |
| Thüringen         | 0,9             | 6,3            | 6,0               |
| Baden-Württemberg | 0,8             | 6,4            | 6,5               |
| Bayern            | 1,4             | 6,8            | 6,7               |
| Niedersachsen     | 1,2             | 6,6            | 6,5               |
| Rheinland-Pfalz   | 0,9             | 12,0           | 6,3               |
| Westfalen-Lippe   | 1,3             | 7,0            | 6,7               |

Quelle: Perinatalerhebungen der Bundesländer 1997, eigene Zusammenstellung.

Zwischen 8 % und 10 % aller Neugeborenen werden zu früh geboren. Die Frühgeburt ist die Hauptursache für die neonatale Morbidität und Mortalität. Nach den wenigen bisher vorliegenden Studien zum Schicksal ehemaliger frühgeborener Kinder (Saigal et al. 1994a, 1994b; Klebanov et al. 1994; Hack et al. 1994) sind langfristige Entwicklungsstörungen bei entsprechender Förderung aller Frühgeborenen nur bei den sehr kleinen Frühgeborenen (Very Low Birth Weight und Extreme Low Birth Weight) zu erwarten. Seit 1980 ist die Rate der Frühgeborenen nahezu unverändert geblieben (Künzel 1995; Briese 1995). Bis heute konnten die Hintergründe für die unterschiedliche Häufung von Frühgeburten in den einzelnen Bundesländern nicht geklärt werden.

Frühgeburten werden meist mit dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren (multi-kausal) erklärt. Sie sind sowohl direkt somatisch (Schädigung der Gefäße durch Nikotin, Infektionen) als auch indirekt durch soziale oder psychische Belastung bedingt. Ob es unter den als *hinreichend* erkannten Ursachen auch eine *notwendige* Ursache gibt, z. B. die Schädigung der Gefäße, weiß man nicht.

Etwa der Hälfte aller Frühgeburten gehen körperliche Schädigungen voraus. Frauen mit Frühgeburten hatten eine oder mehrere Erkrankungen während der Schwangerschaft und wurden weitaus häufiger stationär behandelt als Frauen mit ausgetragener Schwangerschaft. Auch im Zusammenhang mit der assistierten Konzeption treten häufiger Frühgeburten auf. So ist aus einer Veröffentlichung der Perinatologischen Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen zu entnehmen, daß in der Zeit der Zunahme der assistierten Konzeption zwischen 1982 und 1992 der Anteil der Neugeborenen unter 1.000 g Geburtsgewicht in Bayern und Nordrhein-Westfalen von 0,2 % auf 0,4 %, in Hessen von 0,2 % auf 0,3 %

gestiegen und in Niedersachsen auf 0,3 % geblieben ist. Bemerkenswert bleibt, daß sich die Sterblichkeit dieser Neugeborenen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht in dieser Zeit von ca. 50 % auf ca. 25 % vermindert hat (Perinatologische Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen o. J.). Ein Zusammenhang wird auch zwischen vorangegangenen gynäkologischen Erkrankungen und einer erhöhten Frühgeburtslichkeit hergestellt. Sie tritt bei Frauen mit mehrfachen Unterleibserkrankungen bzw. Unterleibsoperationen häufiger auf (Fritz/Krüger 1992). Auch mit dem Alter der Schwangeren werden Frühgeburten in Verbindung gebracht. Bei den unter 19jährigen Frauen sowie bei den über 30jährigen wird der Anteil der Frühgeburten durchschnittlich höher angegeben. Hier liegt nahe, daß weniger das Alter die Frühgeburt bedingt, sondern andere Ursachen wie die soziale Situation die höhere Frühgeburtslichkeit bedingen (vgl. 6.5.2.3).

Zu den sozioökonomischen Variablen, die als Risikofaktor für eine Frühgeburt gelten, zählen niedriger sozialer Status, geringe Ausbildung und unqualifizierte Berufsarbeit. Diese Variablen werden häufig von einem geringen Gesundheitsbewußtsein und geringer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen begleitet.

Frühgeburten stehen auch in Zusammenhang mit Konsumgewohnheiten. Eine prospektive Studie der DFG ergab bei regelmäßigem Alkoholgenuß während der Schwangerschaft eine signifikante Verkürzung der Schwangerschaftsdauer (weniger als 259 Tage). Dies betraf 14,4 % gegenüber 9,4 % der Kontrollgruppe (Fritz/Krüger 1992). Dem Alkoholgenuß während der Schwangerschaft als alleinigem Faktor wird jedoch nur ein geringer Einfluß auf die Schwangerschaftsdauer zugeschrieben. Vielmehr wirkt die Kombination mehrerer Faktoren wie Rauchen und Alkohol in ihrer Verbindung zur sozialen Lage und Herkunft der Schwangeren (ebd.). Alkoholgenuß in der Schwangerschaft führt aber zu Fehlbildungen und schwerwiegenden Verhaltensänderungen bei den Kindern.

Auch Belastungen durch die allgemeine Lebenssituation können zu einer Frühgeburt führen. Die seelischen Belastungen bestehen weniger in einzelnen traumatischen Lebensereignissen als vielmehr in einer Lebenssituation chronischer Überforderung, verbunden mit unzureichenden Mitteln zu ihrer Bewältigung (Börgens 1995). Dudenhausen ermittelte, daß vor allem Ausländerinnen, die gerade aus Krisengebieten nach Deutschland kamen, durch solche Extremsituationen stark belastet sind und das relativ höchste Frühgeburtenrisiko haben (ebd.).

#### 6.5.3.3 *Stillen*

Die Entscheidung für oder gegen das Stillen fällt jede Frau selbst. Sie tut dies jedoch vor dem Hintergrund kultureller und gesellschaftlicher Vorstellungen, die dieses Verhalten positiv oder negativ bewerten. Im Laufe der Geschichte wechselten Zeiten häufigen Stillens mit Zeiten seltenen Selbst-Stillens ab (Baumslag 1992). Während in den 60er Jahren unter dem Eindruck qualitativ verbesserter Milchprodukte der Industrie dem Stillen wenig Bedeutung beigemessen wurde, sind heute die Vorteile des Stillens für Säuglinge unbestritten. Dabei geht es nicht nur um die Ernährung des Säuglings, son-



|                                             |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Kloppenburg-Frehse/<br>Koepp (1993)<br>1987 | 373   | -  | 86 | 73 | 65 | 59 | 52 | 46 | -  | -  |
| Nolting et al. (1993)<br>1991               | 3.330 | -  | 76 | 60 | 57 | 45 | 37 | 34 | 26 | -  |
| Bergmann et al.<br>(1994)<br>1992           | 1.065 | 92 | 75 | -  | 57 | -  | 38 | 38 | -  | -  |
| Lange-Lentz (1995)<br>1995                  | 204   | 89 | 82 | 72 | 64 | 57 | 53 | 45 | 32 | 24 |

- 1) Klinikentlassung
- 2) Neugeborenen-Station
- 3) Rooming-in-Station

Quelle: Tietze/Lange-Lenz 1995: 34; modifizierte und ergänzte Fassung.

Aufklärung über die Bedeutung des Stillens brauchen besonders junge Frauen und Frauen mit einer geringen schulischen und beruflichen Ausbildung (Kloppenburg-Frehse/Koepp 1993: 699; Tietze et al. 1998b: 156; Bergmann et al. 1994: 415). Sie stillen schneller ab und füttern auch eher zu als Frauen mit höherer Bildung und einem Alter von über 25 Jahren. Die genannten Studien kommen weiter zu dem Ergebnis, daß organisatorische Bedingungen, so das Anlegen des Säuglinges bereits im Kreißsaal (Kloppenburg-Frehse/Koepp 1993: 699) und 'rooming in', die Stillfrequenz erhöhen.

#### **6.5.4 Komplikationen in der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes**

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Prozesse; sie verlangen von den schwangeren Frauen eine Reihe körperlicher, seelischer und sozialer Adaptationsleistungen. Während der Schwangerschaft und der Geburt kann es jedoch zu Gesundheitsstörungen und Komplikationen kommen. Diese stehen im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts.

Zur Beschreibung von Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes wird auf die Krankenhausstatistik der Gesetzlichen Krankenkassen 1996 zurückgegriffen. Mit dieser Statistik wird für die weiblichen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Angehörigen von gesetzlich Versicherten in Deutschland die stationäre Morbidität während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dokumentiert. Diese Komplikationen werden dem ICD-9 entsprechend in der Krankenartenklasse XI mit insgesamt 46 Einzeldiagnosen erfaßt. Diese Einzeldiagnosen werden in folgenden fünf Komplikationsgruppen zusammengefaßt:

- 630-639 - Schwangerschaft mit nachfolgender Fehlgeburt;
- 640-648 - Komplikationen, die hauptsächlich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft auftreten;
- 650-659 - normale Entbindung sowie andere Indikationen zur Behandlung während der Schwangerschaft, bei Wehen und Entbindung;

- 660-669 - Komplikationen, die hauptsächlich im Verlauf der Wehen und der Entbindung auftreten;
- 670-676 - Komplikationen im Wochenbett.

In der Krankheitsartengruppe XI werden auch die normalen Geburten (ICD 650) sowie legale Schwangerschaftsabbrüche (ICD 635) erfaßt. Die Tatsache, daß normale Geburten sowie legale Schwangerschaftsabbrüche in die Klasse der Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes subsumiert werden, deutet auf ihre Wahrnehmung und Einordnung als nicht normaler, kranker Zustand. Beide Diagnosen werden aus der folgenden Darstellung *ausgeklammert*.

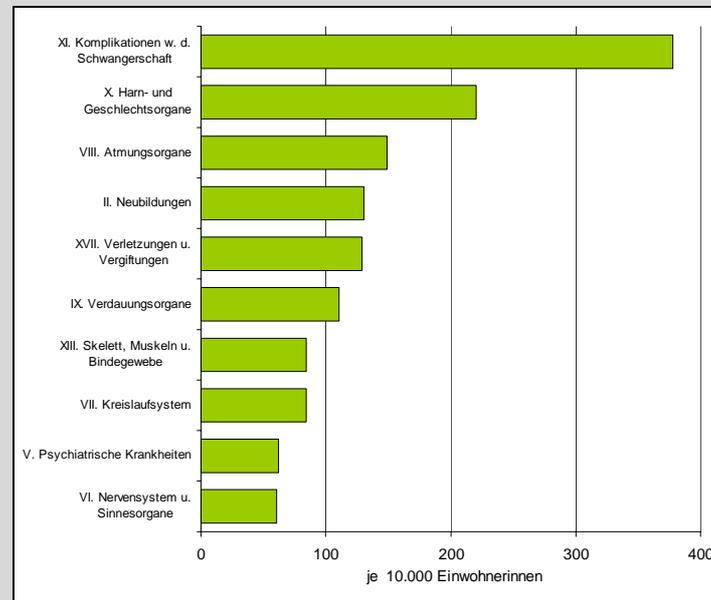
Die Daten geben keine Auskunft über den Komplikationsverlauf, typische Kombinationen von Komplikationen oder den Anteil der anderweitig, d. h. ambulant behandelten Komplikationen. Ebenso wenig geben sie Auskunft über die Qualität sowie die Notwendigkeit einer stationären Einweisung.

In den folgenden beiden Abschnitten wird gezeigt, welchen Anteil an der stationären Morbidität die Komplikationen in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett bei Frauen im fertilen Alter insgesamt haben und welchen Stellenwert die einzelnen Komplikationen einnehmen.

#### *6.5.4.1 Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett im Spiegel der stationären Morbidität*

Schwangerschaftskomplikationen spielen eine große Rolle im Krankheitsgeschehen von Frauen im fertilen Alter. 1996 wurden 556.088 Fälle oder eine Rate von 377,71 je 10.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren wegen einer Schwangerschafts- oder Geburtskomplikation im Krankenhaus behandelt. Damit plazierten sich die Komplikationen in der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts bemerkenswerterweise an erster Stelle in der gesamten Krankenhausbehandlung dieser Altersgruppe. Abbildung 6.5-1 veranschaulicht dies und informiert über die zehn wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 6.5-1: Die zehn häufigsten 1996 im Krankenhaus behandelten Krankheitsarten bei Frauen zwischen 15 und 45 Jahren



Quelle: StBA 1996c, Krankenhausstatistik, eigene Berechnungen.

Neben den Komplikationen in der Schwangerschaft gehören zu den typischen Gesundheitsproblemen dieser Lebensphase auch die gynäkologischen Erkrankungen. Während sie 1996 bei Frauen der fünft häufigste Anlaß waren, um in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden (vgl. Kapitel 3.4), rangierten sie in der Altersgruppe zwischen 15 und 45 Jahren mit 324.900 Fällen oder einer Rate von immerhin 220,68 auf Platz zwei. Das ist ein für die Frauengesundheitsberichterstattung wichtiges Ergebnis. Es unterstützt die bereits im Kapitel 3 im Zusammenhang mit den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorganen geübte Kritik an den geltenden Standards der Gesundheitsberichterstattung und zeigt, daß die Kapitel X und XI in den Katalog der zu erfassenden und zu analysierenden Gesundheitsprobleme zu integrieren sind.

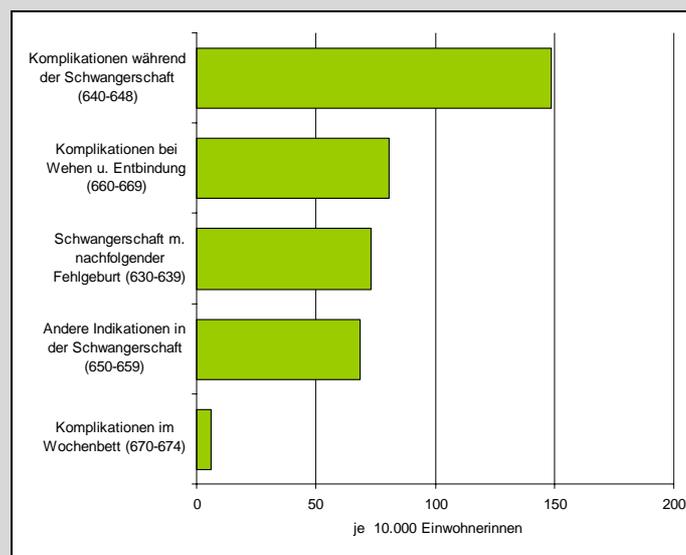
An dritter Stelle der Krankenhausbehandlung rangierten mit 218.958 Fällen oder einer Rate von 148,72 die Krankheiten des Atmungssystems (VIII), mit 192.622 Fällen oder einer Rate von 130,83 die Neubildungen (II) und mit 189.891 Fällen oder einer Rate von 128,98 die Verletzungen und Vergiftungen (XVII). Der sechst häufigste Anlaß für eine Krankenhauseinweisung war mit 162.675 oder einer Rate von 110,49 eine Diagnose aus dem Kapitel IX ( Krankheiten des Verdauungssystems), gefolgt von den Skelett- und Muskelerkrankungen (Kapitel XIII) mit 124.623 Fällen oder einer Rate von 84,65, den Kreislaufferkrankungen (Kapitel VII) mit 124.301 Fällen oder einer Rate von 84,43, den Psychiatrischen Krankheiten (Kapitel V) mit 91.177 Fällen oder einer Rate von 61,93, An zehnter Stelle plazierten sich die Krankheiten des Nervensystems (VI) mit 89.830 Fällen oder einer Rate von 61,02 je 10.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren.

#### 6.5.4.2 Die Bedeutung einzelner Komplikationen resp. der fünf Komplikationsgruppen

Kenntnisse über die wichtigsten Komplikationen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett sind Voraussetzung für eine gezielte Intervention hinsichtlich ihrer Ursachen sowie ihrer Behandlung.

Den größten Anteil – das veranschaulicht Abbildung 6.5-2 - an den Krankenhausaufenthalten hatten mit einer Rate von 148,85 je 10.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren die Komplikationen, die hauptsächlich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (640-648). Ihnen folgten mit einer Rate von 80,72 die Komplikationen, die hauptsächlich im Verlauf der Wehen und der Entbindung auftreten (660-669). An dritter und vierter Stelle platzierten sich mit nur geringem Unterschied die Schwangerschaften mit nachfolgender Fehlgeburt (630-639 exkl. 635) mit einer Rate von 73,27 und andere Indikationen während der Schwangerschaft (650-659 exkl. 650) mit einer Rate von 68,73. Am seltensten, mit 6,15 je 10.000 Frauen waren die Komplikationen im Wochenbett (670-676)

Abbildung 6.5-2: Geburtshilfliche Krankenhausbehandlungsfälle nach fünf Gruppen



Quelle: StBA 1996c, Krankenhausstatistik, eigene Berechnungen.

Unter den über vierzig 1996 im Krankenhaus behandelten Diagnosen waren die vorzeitigen oder drohenden Wehen, eine Komplikation, die zur Öffnung des Muttermundes und zu einer Frühgeburt führen kann und oft Folgen für die kindliche Entwicklung hat, am häufigsten. Insgesamt wurden 90.680 Fälle gezählt, was auf 10.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren berechnet eine Rate von 61,52 ergab. Eine weitere wichtige Komplikation war der Missed abortion, der vorzeitige Fruchttod. Er wurde in 49.506 Fällen diagnostiziert und betraf immerhin 33,40 je 10.000 der Frauen im fertilen Alter. Ihm folgten die Blutungen in der Frühschwangerschaft mit einer Rate von 24,45 oder 36.047 Fällen und der Spontanabort mit einer Rate von 18,68 oder 27.787 Fällen. Die

vier wichtigsten Diagnosen betrafen also Komplikationen mit Folgen vor allem für den Fetus.

In der Mehrzahl der Fälle verlaufen Entbindungen glatt und ohne größere Störungen. Wenn es aber zu einer Störung kommt, dann sind es mit 18.998 Fällen oder einer Rate von 12,89 am häufigsten die Lageanomalien, die den Ablauf der Entbindung behindern. Das gesundheitliche Befinden der Frauen selbst wird, folgt man den Krankenhausdaten, vor allem durch starkes Erbrechen oder Bluthochdruck beeinträchtigt. Die Hypertension (Erbrechen) wurde in 17.083 Fällen behandelt und die Hypertonie in 14.976 Fällen. Komplikationen im Wochenbett, wie Fieber oder andere Infektionen, beeinflussten 1996 und sicher auch die Jahre davor, kaum noch das mütterliche oder kindliche Wohlbefinden.

Es läßt sich festhalten, daß die Mehrzahl der im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stationär behandelten Fälle aufgenommen wurden, um die Schwangerschaft zu erhalten oder aus Sorge um die spätere Entwicklung des Kindes (Blutungen, drohende oder vorzeitige Wehen). Ein weiteres, für Frauen und Paare oft dramatisches, Ereignis stellen der vorzeitige Fruchttod oder der Spontanabort dar. Zu einer besonderen Belastung kann dies für Paare und Frauen werden, die damit schon mehrfach konfrontiert wurden oder sich seit vielen Jahre einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterziehen (vgl. Kapitel 6.4). Die Häufigkeit der Diagnose vorzeitige Wehen macht zudem darauf aufmerksam, daß das Problem der untergewichtigen Frühgeburten nicht gebannt ist und zeigt angesichts des Zusammenhanges zu psychosozialen Stressoren, daß nicht wenige Frauen in einer konfliktären familiären, partnerschaftlichen oder beruflichen Situationen leben. In diesen Fällen kann die Krankenhausbehandlung eine medizinische Überversorgung bei gleichzeitiger psychosozialer Unterversorgung bedeuten.

### **6.5.5 Zusammenfassung**

Schwangerschaft und Geburt sind wichtige biographische Erfahrungen. Sie unterliegen spezifischen Anforderungen und Aufgaben und führen zu erheblichen Veränderungen in der Lebenssituation. Zu den Faktoren, die das Verständnis und Erleben von Schwangerschaft und Geburt beeinflussen, zählen die in den vergangenen Jahren veränderten Lebensformen ebenso wie neue medizinische Techniken sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Für den Verlauf und Ausgang einer Schwangerschaft sind eine Reihe Faktoren wie rechtliche Regelungen, soziale Unterstützungsleistungen oder gesundheitliche Versorgung relevant. In Deutschland ist die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sehr gering. In den alten Bundesländern wird eine regelmäßige Schwangerenvorsorge seit ihrem Eingang in die Reichsversicherungsordnung 1966 durchgeführt. Richtlinien für die Betreuung sind die Mutterschaftsrichtlinien, in denen der Umfang und die Art der Untersuchungen festgelegt werden.

Die Schwangerenvorsorge ist in Deutschland gut ausgebaut und liegt vor allem in den Händen der niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte. Die Kosten werden durch die Krankenkassen getragen. Die Richtlinien für die Betreuung sind die Mutterschaftsrichtlinien, in denen Umfang und Art der Untersuchungen festgelegt werden.

Das Schwangerenvorsorgeprogramm wird von den Frauen gut angenommen. Etwa drei Viertel der Schwangeren nehmen mehr als zehn Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. 1997 hatten sich bis zur 13. Woche je nach Bundesland zwischen 80 % und 90 % erstmals einer vorsorgenden Untersuchung unterzogen. Dabei liegt der Erstkontakt immer früher.

Typisch für Deutschland ist eine sehr geringe Mütter- und Säuglingssterblichkeit, allerdings auch eine hohe Zahl der als Risiko eingeordneten Schwangerschaften.

Obwohl in den vergangenen Jahren die Möglichkeit außerhalb des Kreißsaales zu entbinden zugenommen hat, kommen in der Bundesrepublik noch immer ca. 98 % aller Kinder hier zur Welt. Bundesweit wird der Anteil von Entbindungen außerhalb von Kliniken, beispielsweise in Geburtshäusern, auf zwei Prozent geschätzt. Einen höheren Anteil an Entbindungen in Geburtshäusern gibt es in Großstädten wie Hamburg oder Berlin, die zugleich die Stadt mit der größten Geburtshäuserdichte in Deutschland ist.

Die Frühgeburt ist die Hauptursache für die neonatale Morbidität und Mortalität. Seit 1980 ist die Rate der Frühgeborenen nahezu unverändert geblieben. Immer noch werden zwischen 6 % und 7 % aller Neugeborenen zu früh geboren. Dabei ist die Frühgeborenenrate in den einzelnen Bundesländern recht verschieden. Die Gründe dafür sind bisher nicht bekannt. Bei der Suche danach muß davon ausgegangen werden, daß das Frühgeborenenengeschehen multifaktoriell bedingt ist und hier sowohl somatische wie auch soziale oder psychische Belastungen eine Rolle spielen. In die Beantwortung der Frage muß zudem einbezogen werden, daß es in den vergangenen Jahren es auch im Zusammenhang mit assistierten Konzeptionen zu einem Anstieg der Frühgeburtlichkeit gekommen ist.

Wenn schwangere Frauen mit Komplikationen während der Schwangerschaft der Geburt und des Wochenbettes ins Krankenhaus kommen, dann vor allem wegen: vorzeitigen Wehen, Blutungen in der Frühschwangerschaft, Aborten, starkem Erbrechen oder Bluthochdruck. Dabei hat die Krankheitsklasse "Komplikationen in der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts" eine für die Gesundheit von Frauen zwischen 15 und 45 Jahren außerordentliche Bedeutung. Sie sind der in dieser Altersgruppe im Vergleich zu allen anderen Krankheitsklassen mit Abstand häufigste Anlaß für eine KLINIK-Einweisung.

Nach der Geburt ist das Stillen ein wichtiges Thema. In den vergangenen Jahren wurde das Stillen stark aufgewertet und seine gesundheitsförderlichen Effekte untersucht. Mittlerweile ist bekannt, daß ausschließliches Stillen in den ersten vier bis sechs Monaten das Risiko von Magen-Darm-Erkrankungen beim Säugling vermindert sowie kindli-

che Atopien reduziert. Die Faktoren, welche den Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft beeinflussen können, sind auch für die Bereitschaft zum Stillen wichtig.

An verschiedenen Stellen des Berichts wird sichtbar, daß sozial benachteiligte Frauen ungünstigere Schwangerschaftsbedingungen haben und auch medizinisch benachteiligt werden. Sie verhalten sich gesundheitlich riskanter, stillen schneller ab, gehen später und seltenere zur Schwangerenvorsorge und werden ärztlich nicht immer so geleitet, wie es die Mutterschaftsrichtlinien verlangen.

Vieles an der Schwangerenvorsorge und der Betreuung von schwangeren Frauen ist in Deutschland vorbildlich. Das zeigen die Ergebnisse der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Dafür spricht auch die hohe Akzeptanz der Schwangerenvorsorge durch die werdenden Mütter. Mit dem vorliegenden Bericht entstehen aber auch eine Reihe von grundlegenden und zunehmend häufiger debattierten Fragen. So unterstützen die vielen Krankenhausfälle wegen Komplikationen in der Schwangerschaft und die Tatsache, daß in Deutschland zwei Drittel aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaft etikettiert werden, die Diskussionen um die Praxis des Risikokonzepts. Grundsätzlich stellt sich hier die Frage, wie unter Beibehaltung der zur Erkennung von Risiken geschärften Aufmerksamkeit des betreuenden Arztes/der Ärztin dennoch der Blick auf die Schwangerschaft und Geburt als 'normale' Ereignisse nicht verstellt wird oder was dafür getan werden kann, daß bei der risikoorientierten medizinischen Sichtweise nicht vergessen wird danach zu fragen, was das Etikett "Risikoschwangerschaft" für die Schwangere selbst bedeutet. In den Debatten um das Risikokonzept gibt es eine Reihe interessanter Vorschläge. So wird argumentiert, daß eine Gesamtrisikoeinschätzung und eine Klassifikation in high-risk und low-risk Schwangerschaften eine differenziertere Betreuung ermöglichen würde und dies im sowohl gesellschaftlichen (ökonomischen) wie individuellen (Unter- versus Überversorgung) Interesse liege. Die Betreuung steht auch im Zentrum der Diskussion, wenn es um die Erweiterung der psychosozialen Betreuung geht. Mehr psychosoziale Begleitung wird für alle Frauen gefordert. Zudem könnte sie beispielsweise ein Weg sein, vorzeitige Wehen, eine der häufigsten und oft psychosozial verursachten Komplikationen, wirksamer als bisher zu bekämpfen.

Insgesamt ist festzuhalten, daß psychosoziale Angebote ein stärkeres Gewicht bekommen, diese aber risikogruppenspezifisch ausgerichtet werden sollten. Frauen mit Komplikationen, der unteren Sozialschicht oder auch Migrantinnen brauchen andere Informationen und inhaltlich auf ihre spezifischen Probleme abgestimmte Angebote. Auch bei den medizinischen Leistungen sollte es zunehmend darum gehen, diese gezielter einzusetzen.