



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43

Geburten und Geburtshilfe in Deutschland

Schwäbisch Gmünd

April 2006

Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43

Geburten und Geburtshilfe in Deutschland

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gmünders Ersatzkasse:

Geburten und Geburtshilfe in Deutschland

Autor: Bernard Braun – Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2006.

(GEK-Edition; Bd. 43)

ISBN 3-537-44043-X

Autor:

Bernard Braun,
ZeS, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Verlag

Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Inhalt

1	AUSGANGSPUNKTE UND ZIELSETZUNGEN	6
2	GEBURTEN IN DEUTSCHLAND	10
2.1	Stand und Entwicklung des Geburtengeschehens in Deutschland	10
2.2	Ausgewählte Schwierigkeiten, die Geburtenentwicklung zu verstehen	14
2.2.1	Vielfalt und unterschiedliche Aussagefähigkeit der Indikatoren	15
2.2.2	Die empirische Bedeutung des "Tempoeffekts"	19
2.2.3	Vielfalt und Validität der Datenquellen für das Geburtengeschehen	24
2.2.4	Prognosen	25
2.2.5	Zur Bedeutung von Normen und Normalitäts-Annahmen	27
2.3	Überdramatisierte Folgen der Geburtenentwicklung	28
2.3.1	"Deutschland stirbt aus" - Das Geburtengeschehen als „Standortfaktor“ im internationalen Vergleich	28
2.3.2	Abnahme der absoluten Größe einer Bevölkerung als „Wohlstandsgefährdung“?	30
2.3.3	Geburten- und Bevölkerungszuwachs durch Einwanderung?	32
2.4	Einflussfaktoren auf die Geburtenentwicklung	33
2.4.1	Vorbedingungen für Kinderwünsche in Deutschland	34
2.4.2	Qualifizierung und Gebärhäufigkeit	37
2.4.3	Kinderlosigkeit	42
2.4.4	Geburtenhäufigkeit und Schwangerschaftsabbrüche	49
2.4.5	Die Rolle der Verschiebungsprozesse von Selbständigkeit, Heirat und Kinderwunsch ins höhere Lebensalter	51
2.5	Wie fördert man die Geburtenhäufigkeit und erleichtert das Leben mit Kindern?	61
2.5.1	Förderung durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Frauenerwerbstätigkeit	64
2.5.2	Entlastung des Familien- und Kinder-"Zeitfensters"	71
2.6	Fazit zu Situation und Perspektive der Geburten in Deutschland	79
3	GEBURT UND GEBURTHILFE IN DEUTSCHLAND - EIN HOCHRISKANTES GESCHEHEN!?	82

3.1	Organisatorische und quantitative Rahmenbedingungen der Geburtshilfe	83
3.1.1	Art und Anzahl professioneller Akteure	83
3.1.2	Merkmale des besonderen Stellenwerts und der Tätigkeitspalette von Hebammen im Verbund der Geburtshilfe	86
3.1.3	Entwicklung der Krankenhaus-Verweildauer wegen einer Entbindung in Deutschland und vergleichbaren Ländern	89
3.1.4	Sterblichkeit von Müttern und Kindern unter und nach der Geburt	92
3.2	"Frühchen"-Problematik oder das Dilemma der Intensiv-Neonatologie	96
3.3	Ausgewählte qualitative Bedingungen der Geburtshilfe	98
3.3.1	Schwangerschaft, Geburt und junge Mutterschaft zwischen Medikalisierung, Technisierung und Medizinierung	98
3.3.2	Gesichertes Wissen über qualitätssichernde und qualitätsabträgliche-/gefährdende Aktivitäten vor, in und nach der Geburt	106
3.3.3	("Wunsch"-)Kaiserschnitt versus normale Geburt: Zur Abwägung von Risiken und Nutzen in der Geburtshilfe	119
3.3.4	Zur Bedeutung sozialer Bedingungen für die Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität in der Geburtshilfe: Das Beispiel "kontinuierliche Unterstützung" während der Geburt	127
3.3.5	Qualitäts-Diskurs als Verdrängungswettbewerb: Das Beispiel der Qualität von Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern unter Verantwortung von Hebammen	129
3.4	Fazit	132
4	LEISTUNGEN DER GEK FÜR SCHWANGERSCHAFT, ENTBINDUNG UND JUNGE MUTTERSCHAFT	133
5	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	136
6	GLOSSAR	138
7	LITERATURVERZEICHNIS	142

Vorwort von Prof. Rainer Müller, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Erhielt vor Jahren die Zunahme der Bevölkerung in der sogenannten Dritten Welt hohe Aufmerksamkeit und wurde in den westlichen Industrienationen als problematisch angesehen, so ist in den letzten Jahren in den OECD-Ländern so auch in der Bundesrepublik Deutschland die demographische Entwicklung sehr stark Gegenstand der Öffentlichkeit geworden. Nach langen Jahren der Verdrängung der Bevölkerungsentwicklung wurde die demographische Alterung der Bevölkerung in den Blick genommen und mit dramatisierenden Zuschreibungen, wie z. B.: "demographische Zeitbombe" oder "Methusalem-Komplott" versehen. Der demographische Wandel, also die Zunahme der Zahl der Senioren insbesondere der Hochbetagten bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl der im Erwerbsalter Stehenden und der Zahl der Kinder und Jugendlichen, wird als die nachhaltigste Bedrohung der sozialstaatlichen Funktionsfähigkeit dargestellt und zum Teil eben auch dazu genutzt, um den Sozialstaat in Frage zu stellen. Allerdings ist in den Auseinandersetzungen über die Bewertung der demographischen Entwicklung die Bedeutung des Humanvermögens für die Produktivitätsentwicklung und der "Geburtenrückgang als Investitionslücke" (Kaufmann 2005) stärker in den Vordergrund gerückt.

Die vorliegende Studie von Bernard Braun leistet um diese Auseinandersetzung um die Bewertung des demographischen Wandels insofern einen wichtigen Beitrag, als er Geburtenentwicklung und Geburtshilfe in eine gemeinsame Perspektive bringt. Er setzt sich auf der Basis empirischer Erkenntnisse und wissenschaftlicher Expertise sowie unter Rückgriff auf methodische Überlegungen mit der Geburtenentwicklung auseinander. Ihm ist daran gelegen, falsche Eindeutigkeiten und plakative Dramatisierungen zu hinterfragen und einer sozialwissenschaftlichen Reflektion unter Zuhilfenahme nationaler wie internationaler Literatur zuzuführen. Im Kontrast zur sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Geburtenentwicklung wird das Feld der Geburtshilfe genauer beleuchtet und die professionellen Akteure mit ihren Interessen und Verständnissen über die Geburt, wie auch die Seite der Schwangeren bzw. Mütter genauer beleuchtet. Und dies immer auf der Basis sozialwissenschaftlicher Studien und Expertisen. Gegen Medikalisierung, Technisierung und Medizinisierung, mit der in diesem Zusammenhang inszenierten Risikokommunikation und Bedrohung, wird auf die positiven Leistungen der "weichen Geburtshilfe" eingegangen und die Qualitätskompetenz, gerade dieser Geburtshilfe beschrieben. Am Schluss der Arbeit werden die Leistungen der GEK für Schwangerschaft, Entbindung und junge Mutterschaft herausgestellt und das besondere Engagement der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Investition sozialstaatlicher Art in das Humanvermögen der Gesellschaft benannt.

Bremen, im März 2006

1 Ausgangspunkte und Zielsetzungen¹

Die öffentliche Debatte über die quantitative und qualitative Entwicklung des Geburten- und Geburtsgeschehen boomt und lässt an schlagwortartiger Dramatik nichts zu wünschen übrig: "Gebärstreik" neben "Zeugungsverweigerung", "Geburtenkrise", "Bevölkerungs-Implosion", "Fortpflanzungsstress", "Deutschland stirbt aus"², "Ab heute ist es amtlich: Wenn wir nicht teilen, sterben wir aus"³, "Der letzte Deutsche - Auf dem Weg zur Greisenrepublik"⁴, "Dank hoher Geburtenraten könnte es im Jahr 2050 mehr Franzosen als Deutsche geben"⁵, "Pillenknick", "Risikoschwangerschaft", "Wunsch-Kaiserschnitt", "Kinder als Karriereknick", "Versicherungsrisiko Geburt".

Allein mit den seit Anfang 2005 erschienenen Gutachten über Kinderwünsche, Geburtenentwicklung und Kinder- wie Familien-Förderungspolitik kann man Aktenordner füllen.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion spricht stellvertretend für zahlreiche politische Kräfte nach der Veröffentlichung der jüngsten Geburtenprognose des Statistischen Bundesamtes für 2005 in einer Erklärung vom 14.3.2006 vom „freien Fall der Geburten“ und erklärt die „Demographiepolitik“ zur dritt wichtigsten Aufgabe der aktuellen Politik nach der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und der Absenkung der Staatsverschuldung. Eine „Kampagne aller Gutwilligen“ müsse „aus einem kinderentwöhnten Deutschland ein kinderfreundliches Land“ machen.

¹ Der Dank des Verfassers gilt besonders Petra Kolip, Juliane Busch, Ulrike Hauffe, Rolf Müller und Rainer Müller, die Vorfassungen des gesamten oder von Teilen dieses Werkes lasen und wichtige Hinweise auf inhaltliche Fehler und Schwächen oder Darstellungsmängel gaben. Besonders die engagierte Initiative der Hebamme Dorothea Heidorn hatte das Interesse der GEK als auch des Verfassers am Thema Geburten, Geburtshilfe und Hebammen immer wieder gestärkt. Dafür sei ihr in besonderem Maße gedankt.

² "Zehn Millionen Menschen weniger wird es in fünf Jahrzehnten in diesem Land geben, schätzt das Statistische Bundesamt. Noch schlimmer, ein anderes Szenario besagt, dass wir statt heute 82 Millionen Menschen im Jahre 2050 nur noch 65 Millionen sein könnten" (Susanne Mayer in der ZEIT vom 10.08.2000)

"Im dreissigjährigen Krieg verlor Deutschland zwischen 1618 und 1648 zirka 30 bis 40 Prozent seiner Bevölkerung, und es dauerte weit über 100 Jahre, bis der Vorkriegsstandard der Lebenshaltung wieder erreicht wurde. Etwa die gleiche Größenordnung wird die Bevölkerungsschrumpfung in Deutschland bis zum Jahr 2030 ausmachen." (Jürgen Borchert im Stern vom 22.02.2001)

³ Süddeutsche Zeitung (SZ) 15.3.2006

⁴ So hieß die Titelgeschichte von Heft 2/2004 der Zeitschrift Der Spiegel.

⁵ SZ 14. Mai 2005

Mit dem Berg tatsächlicher oder auch nur vermeintlicher Probleme wird in unterschiedlicher Weise umgegangen: Ein Teil der wissenschaftlichen und politischen Öffentlichkeit neigt zu einem "demographischen Fatalismus", der den Bevölkerungsrückgang und eine gesunkene Fruchtbarkeit als "Naturtatsache" ansieht, "die sich nicht beeinflussen lässt, der man sich vielmehr lediglich anpassen kann" (Kaufmann 2005, 25). Zum Repertoire eines "demographischen Aktionismus" gehören z.B. bezüglich ihrer Finanzierung gleich heftig umstrittene Forderungen nach „mehr Kinderbetreuungsplätzen“ oder eine „Gebärprämie“. Andere politische Akteure beklagen, in Deutschland bekämen „die Falschen die Kinder. Es ist falsch, dass in diesem Land nur die sozial Schwachen die Kinder kriegen“ (FDP-MdB Bahr in BILD am SONNTAG vom 22.1.2005) und fordern, die Politik müsse „Akademiker bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches unterstützen“ (Bahr ebd.). Noch Andere beginnen - gestützt auf eine Reihe von Analysen im Aus- und Inland - an politischen Lösungen der Demografie-Probleme zu arbeiten, die sich von tagespolitischen Patentrezepten durch die Vielfalt der Ansatzpunkte, Anreize und Interventionsformen unterscheiden.

Um die damit angerissenen Probleme und ihre tatsächliche Last erkennen und möglicherweise auch beeinflussen zu können, muss aber zuallererst möglichst viel von der "heißen Luft", dem „Pulverdampf“, der falschen Eindeutigkeit und der schrecken- wie angstverbreitenden Wucht der maßgeblich von Schlagworten bestimmten Debatte entfernt werden. Deren Brisanz liegt nämlich nicht allein darin, dass sie Probleme theatralisch oder provokant beschreiben. Vielmehr erzeugen sie häufig selber und eigenständig erst einen Teil des Problemdrucks, mit dem sie dann häufig die davon aufgerührte Öffentlichkeit alleine lassen. Es geht darum, dem dominanten Dramatisierungsdiskurs über die Bevölkerungsentwicklung einen Teil seines Schreckens zu nehmen, ohne damit einen "Verharmlosungs-Diskurs" (Kaufmann 2005, 103) an seine Stelle zu setzen.

In einer Hinsicht sollte man aber, um im Bild zu bleiben, nicht nur "heiße Luft" ablassen, sondern einen Schwall "kalter Luft" in die Debatte einführen. Dabei geht es darum, einige für die politische Gestaltung wichtigen Besonderheiten demografischer Diskurse zu berücksichtigen: Die Ursachen für bestimmte Zustände liegen meist Jahrzehnte zurück und können auch meist nicht einzelnen Akteuren und Bedingungen zugeordnet werden. Die Effekte vieler jahrzehntaler Weichenstellungen und Entwicklungen hören nicht auf zu wirken oder sogar noch vorübergehend größer zu werden, wenn man heute andere Weichenstellungen beschließt. Nach dem heutigen politischen Verständnis falsche Entwicklungen können also durchaus noch Jahre und Jahrzehnte (u.a. bis zum Ende der Gebärfähigkeit der heute schon geborenen Mädchen oder Frauen) weiterwirken. Auch eine Politik der aktiven Einflussnahme auf die Bedingungen der Bevölkerungsentwicklung wird keine schnellen und quantitativ vorzeigbaren Lösungen „bis zum Ende einer Legislaturperiode“ erzielen. Dies liegt zum einen daran, dass Frauen, die heute geboren werden, allerfrühestens nach 15 Jahren Kinder bekommen können. Zum anderen spricht alles dagegen, dass es bei der Entwicklung von Bevölkerungen unter "normalen" Umständen (z.B. Abwesenheit von Krieg oder gewaltigen Wirtschaftskrisen) zu sprunghaften Entwicklungen, egal in welche Richtung, kommt.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Kapitel stehen

- eine systematische empirische Darstellung der Geburtenentwicklung und der Schwierigkeiten sie abzubilden,
- eine dazu teilweise notwendige methodisch orientierte Darstellung der unterschiedlichen Indikatoren des Geburtsgeschehens und die praktischen Konsequenzen der Wahl einzelner Indikatoren,
- eine Darstellung der Vielfalt von materiellen und immateriellen Faktoren und Bedingungen, die Kinderwünsche und ihre Realisierung fördern oder hemmen sowie eine Auseinandersetzung mit der scheinbaren Unvermeidbarkeit und Zwangsläufigkeit einer niedrigen Geburtenhäufigkeit
- und die Skizzierung des Bündels von wiederum materiellen und immateriellen Aktivitäten, Instrumenten und Handlungs- wie Gestaltungsmöglichkeiten zur Geburtenförderung.

Diese Darstellung und Bewertung der aktuellen und künftigen Geburten- und Bevölkerungsentwicklung im ersten Teil dieser Arbeit wird im zweiten Teil durch eine detaillierte Beschäftigung mit ausgewählten materiellen, organisatorischen und personellen Bedingungen des realen Geburtsgeschehens und der Geburtshilfe in Deutschland ergänzt. Neben der eigenständigen Bedeutung von Geburtshilfe existieren aber auch eine Reihe inhaltlicher Querverbindungen und Zusammenhänge zwischen der Anzahl geborener Kinder und den realen Abläufen von Schwangerschaft, Geburt und Jungelternschaft. Dazu zählen beispielsweise

- die Rolle der privat aber vor allem auch öffentlich kommunizierten Erfahrungen, Beobachtungen oder Berichte über die konkreten Umstände von Schwangerschaft und Geburt für die Entscheidung pro oder contra Kind. Eine Zusammenstellung des wissenschaftlich gesicherten Wissens über die Risiken, den Verlauf, und die Bedingungen eines möglichst für Mutter und Kind optimalen Verlaufs von Schwangerschaft und Geburt die Vorbereitung und evtl. auch den Verlauf des Geschehens kann eine wichtige Rolle zu Gunsten eines Kindes spielen.
- bessere wissenschaftlich gesicherte Kenntnisse über die Prozess- und Ergebnisqualität des konkreten Geburtsgeschehens und dabei auch gesicherte Hinweise darauf, wie Schwangere und ihr soziales Umfeld und welche Bedingungen diese verbessern können. Eine verbesserte Transparenz über weite Teile des Geschehens beseitigt unnötige Ungewissheit und Unsicherheit und fördert damit die Chance die vorhandenen persönlichen Ressourcen einsetzen zu können, um den „Rest“ des Geburtsgeschehens zu bewältigen. Dazu dient maßgeblich eine kritische Bewertung des Standes der Medikalisierung, Risikobefrachtung, Verärztlichung und Technisierung des Geburtsgeschehens. Ein wichtiger unbeabsichtigter und unerwünschter Effekt dieser Prozesse ist der damit verbundene Verlust persönlicher Kompetenz und die Marginalisierung persönlicher Ressourcen der schwangeren Frauen und ihres sozialen Umfeldes. Dies beeinträchtigt das reale Geburtsgeschehen insofern als dass die zuvor verdrängten sub-

pektiven Ressourcen gleichzeitig an irgendeiner Stelle des Geburtsvorgangs existenziell benötigt werden. In ähnlicher Weise wirkt die allgegenwärtige Vorstellung, Schwangerschaft und Geburt seien eine Abfolge von Risikosituationen und ihrer technischen Messung und Beherrschung sowie der damit verbundenen passiven Ängste. Die individuelle Vielfalt von Schwangerschaft und Geburt und die natürliche Dynamik und Dramatik der Ereignisse machen aber auch hier Patent-Rezepte, -Ratschläge und Prognosen unmöglich und unsinnig. Allein schon der während der Geburt nicht seltene Zwang zu extrem kurzfristigen Entscheidungen, macht eine Reihe im Prinzip richtiger Vorgehensweisen z.B. die informierte und geteilte Entscheidungsfindung zwischen Gebärender, Ärztin, Arzt oder Hebamme obsolet.⁶

In diesem Sinne beschäftigt sich der zweite Teil dieses Buches mit der

- Darstellung der insgesamt positiven Ergebnisse des stationären und außerstationären Geburtsgeschehens in Deutschland,
- Darstellung von personellen, professionellen (z.B. gleichberechtigte Integration von Hebammen in das Geschehen) und organisatorischen Möglichkeiten, die Prozess- und Ergebnisqualität der Schwangerschaft und Geburt zu erhöhen,
- Darstellung und kritischen Diskussion der wesentlichen Argumente und Elemente, die das Geburtengeschehen von der Schwangerschaft bis zur Geburt als Hochrisiko-Prozess darstellen und massiv medikalisieren,
- Aufbereitung von wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen über den so genannten Wunsch-Kaiserschnitt als einer an Bedeutung zunehmenden aber auch wegen seines eigenen Risikopotenzials heftig umstrittenen Form, die „Lasten“ einer natürlichen Geburt zu verringern und sie damit zusätzlich zu medikalisieren und
- der Darstellung ausgewählter wissenschaftlich gesicherter Möglichkeiten, besser mit den natürlichen Ungewissheiten und Unsicherheiten des Geburtsgeschehens umgehen zu können.

Diese gesundheitswissenschaftlichen Ausführungen werden durch Hinweise auf die zahlreichen Unterstützungsangebote der GEK für die Zeit der Schwangerschaft und den Zeitraum vor und nach der Geburt abgerundet.

Wer weitere konkrete Informationen über Detailprobleme von Schwangerschaft und Geburt sucht, sei ausdrücklich auf behandelnde oder betreuende ÄrztInnen, Hebammen, die GEK oder eine der im Anhang aufgezählten kompetenten Organisationen und ihr Informationsmaterial verwiesen.

⁶ Dies bedeutet allerdings nicht, dass auf solche Entscheidungsfindungsprozesse in der Geburthilfe verzichtet werden sollte. Vielmehr muss die Information und Entscheidung zu wichtigen möglichen Entscheidungssituationen während der Geburt (z.B. Schmerzmitteleinsatz, Kaiserschnitt) mehr in die Vorbereitungsphase der Geburt verlegt werden.

2 Geburten in Deutschland

2.1 Stand und Entwicklung des Geburtengeschehens in Deutschland

Im Folgenden wollen wir einen knappen Überblick über die Geburtenentwicklung in Deutschland geben, der die aktuellen Daten in einen zeitlich längeren und inhaltlich breiteren Kontext stellt⁷ und bewertet:

- a) 2005 kamen nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes weniger als 676.000 Kinder zur Welt. Damit ging die Zahl der Neugeborenen gegenüber dem Vorjahr um 4,2 Prozent zurück. 2004 waren in Deutschland noch 706.000 Neugeborene zur Welt gekommen (Statistisches Bundesamt 2006).
- b) Die Geburten gehen in Gesamtdeutschland mit Ausnahme der Jahre 1996 und 1997 seit 1991 kontinuierlich aber im Vergleich zu früheren Zeiten nur noch in geringem Umfang zurück. Damit setzt sich ein Gesamt-Trend fort, der Anfang der 1970er Jahre mit einem heftigen Absinken begann, danach aber stets durch Auf- und Abbewegungen auf dem dann erreichten Niveau gekennzeichnet war. Die für das derzeitige Niveau der Anzahl neugeborener Kinder bestimmende Abnahme fand in den 1960er Jahren statt. Bei dem Anfang der 1960er Jahre erreichten Niveau der Kinderanzahl handelt es sich allerdings um ein auf der Kumulation historisch einmaliger Sonderbedingungen beruhendes "Hoch" in der deutschen Bevölkerungsgeschichte.

Um dies nachvollziehbar zu machen, wollen wir in knapper Form einen Blick auf den großen Trend der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland werfen. Das „Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung“ unterscheidet beim Thema Geburtenrückgang eine erste und zweite Etappe. Der erste Geburtenrückgang beginnt -auf der Basis der Betrachtung von Kohorten (vgl. zur Betrachtung nach Kohorten und Perioden den Abschnitt 2.2.1 dieses Buches) - danach bereits im vorletzten Jahrhundert und hält bis in die Gegenwart hinein an: "Zum Beispiel haben Frauen des Geburtsjahrgangs 1865 im Durchschnitt 4,66 Kinder zur Welt gebracht. Diese aus heutiger Sicht sehr hohe Kinderzahl führte noch dazu, dass die Kindergeneration zahlenmäßig größer als ihre Elterngeneration war. Das ist eine Situation, die es schon lange nicht mehr gibt. Erstmalig hatte sich die Elterngeneration des Jahrgangs 1880 durch ihre Kinderzahl nicht mehr vollständig ersetzt. Dies schaffte auch danach kein einziger Geburtsjahrgang mehr. Im Durchschnitt wurden von den Frauen damals 3,36 Kinder geboren. Zum so genannten einfachen Ersatz der Elterngeneration

⁷ Verzichtet wird durchgängig auf die inhaltlich wichtige und interessante differenzierte Auseinandersetzung mit der Geburtenentwicklung in der alten Bundesrepublik, der DDR sowie in den alten und neuen Bundesländern nach 1989. Hinweisen möchten wir aber darauf, dass die Entwicklung in den neuen Bundesländern deutlich zeigt, wie kurzfristig soziale Veränderungen und die Veränderung sozialer Mentalität und Kulturen sich auf die Gebärbereitschaft großer Teil der gebärfähigen Bevölkerung auswirken können – also die Geburtenentwicklung unter bestimmten sozialen Rahmenbedingungen politisch beeinflussbar und gestaltbar ist.

wären aber (wegen der hohen Kindersterblichkeit - Einfügung des Verfassers) 3,44 Kinder erforderlich gewesen. Das Geburtenverhalten des Jahrgangs 1880 kann als Beginn einer neuen demographischen Zeitrechnung gesehen werden, denn wenn der Ersatz der Eltern- generationen nicht mehr gewährleistet ist, ist langfristig die Voraussetzung für das Altern der Bevölkerung gegeben" (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2004, 19).

Dass manche Entwicklung in der Vergangenheit mehr als die gegenwärtigen Veränderungen das Etikett „dramatisch“ verdient, zeigt folgende Darstellung: "Die zusammengefassten Geburtenziffern (vgl. zur Definition das Glossar am Ende des Buches) ... haben sich in nur 25 Kalenderjahren zwischen 1890 und 1915 von 4,68 auf 2,92 deutlich verringert. Die Ursachen dafür sind vielfältig" (ebd.).

Die Kinderzahl bewegte sich in Deutschland nach 1915 u.a. kriegsbedingt weiter nach unten und erreichte in den 1930er Jahren nicht zuletzt durch die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise den Wert von rund 1,6 Kinder⁸. Beginnend mit den ersten Jahren des Dritten Reiches aber insbesondere nach Beendigung des 2. Weltkriegs stieg dieser Wert dann bis zur Mitte der 1960er Jahre wieder an und erreichte ein Maximum der Geburtenentwicklung im 20. Jahrhundert.

Dieser letzte Anstieg beruht auf mehreren Faktoren, die dann kumulativ zusammenwirken:

- Als erstes erhöhte die mit massiver ideologischer (z.B. eine zumindest vor dem Krieg intensive Propagierung des Ideals "Frauen an den Herd"), symbolischer (z.B. durch die Verleihung des "Mutterkreuzes") und materieller Unterstützung operierende Familien- und Geburtenförderungspolitik der nationalsozialistischen Regierung zusammen mit der sich in den 1930er Jahren verbesserten wirtschaftlichen und sozialen Situation kräftig die Anzahl der Geburten. Während es 1933 im Deutschen Reich noch rund 950.000 eheliche und nichteheliche Geburten gab, waren es Ende der 1930er Jahre rund 1,3 Millionen Geburten (Müller 2002, 139). Damit waren auch die Kinder geboren, die in den 50er- und 60er Jahren selber im gebärfähigen Alter sein würden.
- Hinzu kam aber eine zweite Entwicklung: „Insbesondere an den Zweiten Weltkrieg schloss sich ein ausgeprägtes Geburtenhoch an, das nicht mehr nur aus Timingeffekten (vgl. dazu ausführlich den Abschnitt 2.2.2 dieses Buches) erklärt werden kann. Über eine kurze Zeit, ausgelöst durch eine Euphoriestimmung in der Bevölkerung in der Zeit des deutschen Wirtschaftswunders, kombiniert mit einer hohen Heiratsneigung

⁸ Diese Entwicklung förderte dann auch Publikationen damals führender Bevölkerungswissenschaftler, die in ihrer inneren Dramatisierung durchaus an aktuelle Debatten erinnern. Der Direktor der Abteilung Bevölkerungsstatistik des Statistischen Reichsamtes, Friedrich Burgdörfer, veröffentlichte etwa 1932 ein Standardwerk mit dem Titel "Volk ohne Jugend. Geburten schwund und Überalterung des deutschen Volkskörpers. Ein Problem der Volkswirtschaft, der Sozialpolitik, der nationalen Zukunft".

und einer hohen Wertigkeit von Familie, stellte sich bis zur Mitte der 60er Jahre das bislang letzte deutsche Geburtenhoch ein (...). Noch einmal ersetzen sich, analysiert nach Kalenderjahren (also nicht aus der Sicht von Kohorten - Anmerkung des Verfassers), die Elterngenerationen zahlenmäßig durch die Geburt von Kindern. (...) Träger dieses Geburtenhochs waren die um 1930 geborenen Männer und Frauen“ (BIB 2004, 20). Die mittlere Kinderzahl bzw. die zusammengefasste altersspezifische Geburtenziffer des Frauen-Geburtsjahrgangs 1930 betrug 2,17 und trug damit uneingeschränkt zur Erhaltung des Bevölkerungsbestandes bei. Derselbe Wert sank für den Geburtsjahrgang 1940 auf 1,98, betrug für den Jahrgang 1950 1,72 und sank schließlich im Geburtsjahrgang (aber teilweise im Jahre 1999 nur geschätzt) 1960 auf 1,63 (Engstler 1999, 102; zit. nach Müller 2002, 137).

Wer also die 1960er-Jahre zum Ausgangspunkt der Darstellung und Bewertung des Geburtengeschehens in Deutschland nimmt, muss sich generell der historischen Besonderheit oder gar Einmaligkeit dieses Ausgangsniveaus bewusst sein.

Mitte der 1960er Jahre trafen dann mindestens drei Faktoren zusammen und bewirkten einen deutlichen Rückgang des Geburtengeschehens, der stark verkürzt bzw. fälschlicherweise als „Pillenknick“ bezeichnet wurde und wird.

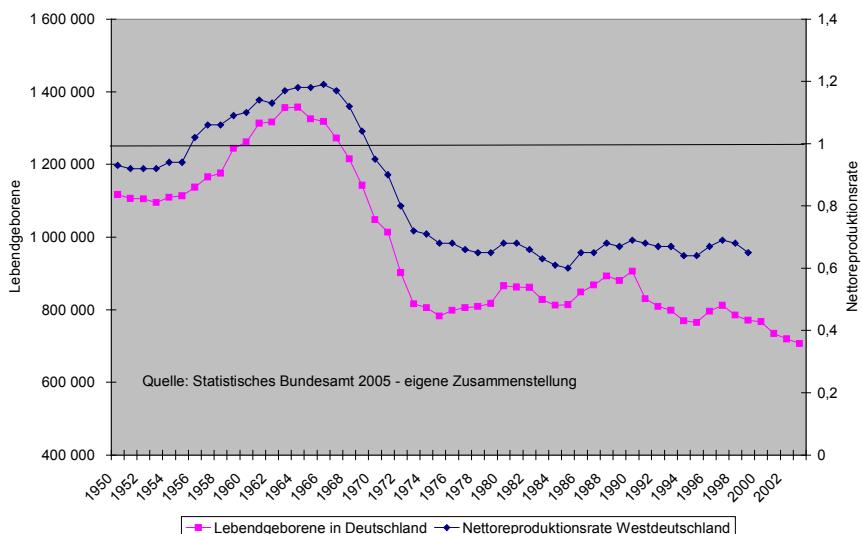
- Der erste Faktor war praktisch die Folge oder „Kehrseite“ einer der maßgeblichen Ursachen des vorherigen Geburtenhochs, nämlich des in den 1950- und 60er Jahren verbreiteten zeitlichen Vorziehens der Heirat und der Geburt des ersten Kindes im Lebenslauf. Hier handelt es sich um eine der beiden Varianten des Tempoeffekts (vgl. dazu noch ausführlich den Abschnitt 2.2.2 und das Stichwort im Glossar). Diese Generation erreichte in den 60er Jahren die letzten Jahre der Gebärfähigkeit und bekam trotz ihrer Ehe- und Kinderfreudigkeit angesichts ihrer bereits früh geborenen Kinder keine weiteren Kinder mehr.
- Gleichzeitig begann bei den jüngeren Frauen die zweite Variante des Tempoeffekts zu wirken, nämlich die durch zahlreiche gesellschaftliche und individuelle Faktoren (z.B. erkennbares Ende des Wirtschaftswunders, verstärkte Bildungsbemühungen und Beginn der Förderung von Frauenerwerbstätigkeit⁹) geförderte Verschiebung von Heirat und Geburt des ersten Kindes in das höhere Lebensalter (vgl. dazu ausführlich den Abschnitt 2.4.5 dieses Buches).
- Als dritter Faktor eröffnete sich dann mit „der Pille“ insbesondere für Frauen die Möglichkeit, den Zeitpunkt und die Anzahl von Geburten selbstbestimmt und verlässlich individuell zu steuern.

Wie die Abbildung 1 zeigt, führen diese Faktoren dann ab Mitte der 1960er Jahre zu einem deutlichen Absinken der Anzahl neugeborener Kinder in Deutschland. Der steile Abwärts-trend endet 1976, kehrt sich mit Ausnahme zweier Jahre in den 1980er Jahren zu einem

⁹ Erst in der Mitte der 1960er Jahre fielen die gesetzlichen Vorschriften, die Frauenerwerbstätigkeit nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Ehemannes erlaubten.

Wiederanstieg mit über 100.000 zusätzlicher Neugeborenen um, der aber im Jahr 1990 endet. Seitdem sinkt die jährliche Anzahl Lebendgeborener insgesamt leicht weiter, was aber einen kleinen Zwischen-Wiederanstieg Mitte der 90er Jahre nicht ausschloss.

Abbildung 1: Anzahl der Lebendgeborenen in Deutschland 1950-2003 und Entwicklung der Nettoreproduktionsrate in Westdeutschland 1950-1999



Wie die Abbildung 1 ebenfalls gut zeigt, lag die Nettoreproduktionsrate, die anzeigen ob durch die Geburten die Elterngeneration ersetzt wird (Wert über 1) oder nicht (Wert unter 1) (vgl. auch Definition im Glossar), ebenfalls nur von Mitte der 1950er bis Anfang der 1970er Jahre über der Erhaltungsgrenze.

- c) Ein weiteres Problem ist die vielen Prognosen über die künftige demografische Entwicklung verborgen oder offen zu Grunde liegende Annahme, es handle sich um lineare Prozesse – meistens der Abnahme. Wie ein genauer Blick in die Vergangenheit aber zeigt, schwankt das Geburtengeschehen häufig hin und her. Es ist also weder ein lineares noch ein linear „abnehmendes“ Geschehen. Für die Vergangenheit belegt dies einer der Pessimisten unter den Bevölkerungsprognostikern selber: "Die Jahrgänge, die mehr Kinder großzogen, als sie selber zählten, wurden in Deutschland vor über einem Jahrhundert geboren. Der Jahrgang 1892 war der letzte, der sich in der Zahl seiner Kinder ersetzte. Seitdem ist jede Kindergeneration zahlenmäßig kleiner als ihre Elterngeneration. Damit hat Deutschland schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts den jahrhundertealten Pfad des Bevölkerungswachstums verlassen. Nur die Geburtsjahrgänge 1930 bis 1937 erreichten in den sechziger Jahren noch einmal eine annähernd bestandserhaltende Geburtenrate" (Miegel 2002, S.14f.).

Das gegenwärtige altersspezifische Geburtengeschehen ist ebenfalls eher durch Nichtlinearität gekennzeichnet. Allerdings ist auch bei der Fortschreibung von positiven Daten Vorsicht geboten und muss z.B. auf das Ende der Gebärfähigkeit der jüngeren Frauen gewartet werden: "Auf die Jahrgänge 1967 bis 1969 entfallen die absoluten Minima der altersspezifischen Geburtenziffern; in den jüngeren Jahrgängen steigen die Geburtenzahlen wieder an. So hatten 1000 Frauen des Jahrgangs 1968 bis zu ihrem 25. Geburtstag 382 Kinder geboren - beim Jahrgang 1973 waren es zum gleichen Zeitpunkt bereits 421 (...). Belegen lässt sich damit bisher nur, dass der seit Mitte der sechziger Jahre andauernde Trend zur Abnahme der Zahl junger Mütter Mitte der neunziger Jahre gestoppt wurde. Aus den bisher vorliegenden Daten ist natürlich nicht zu entnehmen, ob die heute zwischen 20 und 30 Jahre alten Frauen, die bisher mehr Kinder bekommen haben als die vorangehenden Jahrgänge, auch insgesamt mehr Kinder bekommen werden" (Detlef Görtler in der Welt vom 19.08.2003).

Einigkeit besteht unter den Demografen über das Ende des jahrzehntelangen Geburtenrückgangs in Deutschland: „Die bislang für einen westdeutschen Geburtsjahrgang niedrigste endgültige Kinderzahl wird mit 1439 für die 1968 geborenen Frauen geschätzt. Für die danach geborenen Frauen (1969, 1970) erwarten wir mit 1456 bzw. 1472 Kindern leichte Anstiege der endgültigen Kinderzahl. Der Rückgang der endgültigen Kinderzahlen, der bereits seit dem Jahrgang 1933 (2224) bestand, ist damit abgeschlossen“ (Dorbritz 2004, 12).

Der am "Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung" tätige Dorbritz stimmt hier ausdrücklich der Beobachtung Görtler's zu. Nicht zustimmen will Dorbritz dagegen dessen Schlussfolgerung, das Ende eines Rückgangs sei bereits der Beginn eines Kinder-Booms. Der plakativen Überschrift Görtler's "Gerontokratie? Nichts da! Bald kommt der Baby-Boom" hält Dorbritz kühl entgegen: "Ein sich anbahnender Geburtenboom ist in diesen Zahlen jedoch nicht zu erkennen" (Dorbritz 2004, 12).

2.2 Ausgewählte Schwierigkeiten, die Geburtenentwicklung zu verstehen

Wie gerade gesehen, ist die Geburtenentwicklung keineswegs so einfach zu verstehen wie es auf den ersten Blick zu sein scheint. Dies gilt auch und gerade hinsichtlich der Eindeutigkeit und Validität vieler schlagzeilträchtiger Feststellungen und Prognosen und schließlich auch für den Realitätsgehalt zahlreicher bevölkerungspolitischer Gegenstrategien und Absichten, die Anzahl der geborenen Kinder politisch zu beeinflussen. Hier finden sich häufig Einseitigkeiten, Reduktionen, falsche oder verkürzte Annahmen und Überreibungen. Einige der für ein besseres Verständnis des Geschehens und eine effektive Einflussnahme wichtigsten Faktoren und Dimensionen haben wir im Folgenden zusammengestellt und dabei auch versucht, die empirischen Effekte zu belegen.

2.2.1 Vielfalt und unterschiedliche Aussagefähigkeit der Indikatoren

In vielen Darstellungen der Geburtenentwicklung tauchen oft offen oder verdeckt unterschiedliche Indikatoren für scheinbar ein- und dasselbe Geschehen auf. Um welche es sich handelt, was sie über das Geburtengeschehen aussagen und was die Nichtbeachtung ihrer Unterschiede an Folgen für das Verstehen zeitigt, wollen wir an einigen der am häufigsten die öffentliche Debatte bestimmenden Indikatoren etwas ausführlicher beschrieben und dabei auch auf die Vorteile, Nachteile und empirischen Effekte der unterschiedlichen Perspektiven (Perioden- und Kohortenperspektive) dieser Indikatoren eingehen.

2.2.1.1 Rohe Geburtenziffer, altersspezifische Geburtenziffer - Perioden-/Querschnitts- und Kohorten-/Längsschnitts-Betrachtung

Die für eine rationalere und unaufgeregtere politische Debatte über Geburten und Bevölkerungsentwicklung wichtigste Unterscheidung ist die zwischen Querschnitts- und Längsschnittsbetrachtung oder die zwischen so genannten Perioden- und Kohortenanalysen.

Periodenanalysen untersuchen die Geburtenentwicklung in Querschnitten. Sie liefern meist aktuelle Daten und sind daher in tagespolitischen Debatten beliebt. Die wichtigsten Indikatoren dieser Art sind z.B. die Anzahl der lebendgeborenen Kinder je 1.000 Einwohner oder die rohe Geburtenziffer sowie die altersspezifische Geburtenziffer.

Einen der massivsten Nachteile der gerade in internationalen Vergleichen gern benutzten rohen Geburtenziffer stellt ihr Bezug zur gesamten Bevölkerung und damit die erhebliche Abhängigkeit von der jeweiligen Gesamt-Altersstruktur einer Gesellschaft dar. Daher sind nationale oder internationale Vergleiche mittels dieses Indikators nur zulässig, wenn rechnerisch ein identischer Altersaufbau in den verglichenen Ländern oder Zeitschnitten zu Grunde gelegt wird. Die altersspezifische Geburtenziffer gibt an, wie viele lebendgeborene Kinder jeweils 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 45 (dies wird derzeitig als die maximale Spanne der Gebärftigkeit gesetzt¹⁰) in einem dieser Jahre bekommen.

Ein weiterer Nachteil von Periodenanalysen und der mit ihnen gebildeten Indikatoren ist die Abhängigkeit von kurzfristigen aber effektvollen Periodeneinflüssen sozialer, ökonomischer oder kultureller Art. Einer der oft diskutierten Einflüsse dieser Art ist der so genannte Timing- oder Tempoeffekt (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 2.2.2). Unter der Einwirkung dieses Effekts kann in reinen Querschnittsanalysen über lange Jahre der Eindruck entstehen, die Geburtenhäufigkeit bewege sich auf einem als zu niedrig bewertetem Niveau und würde sogar abnehmen.

Ob dies zutrifft kann aber nur mit einer Kohorten- oder Längsschnittsanalyse des Geburtengeschehens ganzer Geburtsjahrgänge oder –Kohorten von Frauen für ihre gesamten

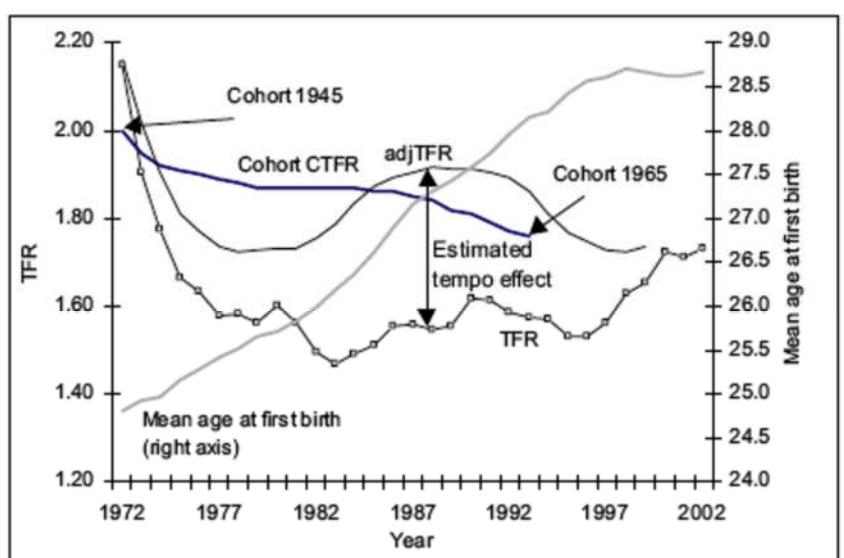
¹⁰ Da es eine auf sehr niedrigem Niveau wachsende Anzahl von gebärenden Frauen gibt, die älter als 45 Jahre sind, könnte es sein, dass diese Grenze auch bald nach oben verschoben wird. Die „technische“ Machbarkeit sagt aber nichts über die soziale und kulturelle Wünschbarkeit der freien Verschiebung solcher Grenzen aus.

gebärfähigen Lebensjahre festgestellt werden. Im Jahre 2005 können beispielsweise zum ersten Mal für die in den Jahren 1955 bis 1960 geborenen Frauen zuverlässige Angaben zu ihrem Kohorten-Geburtengeschehen oder ihrer Gesamtfruchtbarkeit gemacht werden. Wer aus dem aktuellen Geburtengeschehen der jüngeren, d.h. beispielsweise der 1975 bis 1980 geborenen Frauen generalisierende Schlussfolgerungen zur weiteren Bevölkerungsentwicklung zieht, bewegt sich auf möglicherweise sehr unsicherem Boden. Dies passiert z.B. in einem Zeitungsbeitrag zur demografischen Entwicklung, der im Jahre 2003 das Geburtenverhalten der Generationen folgendermaßen bewertet: "Alle Deutschen, die 60 Jahre und älter sind - von der Generation der Achtundsechziger aufwärts -, haben beide Verpflichtungen eingehalten: Sie haben für die Eltern die Rente gezahlt, und sie haben sich bevölkerungspolitisch korrekt vermehrt." (Gaschke 2003). Unabhängig davon, ob die Charakterisierung des Geburtenverhaltens der älteren Generation als „korrekt“ stimmt oder nicht und woher eine derartige „Gebär-Norm“ überhaupt ihre Legitimität bezieht, waren 2003 noch viele der „unkorrekteten“ Frauen unter 60 im gebärfähigen Alter.

Zu welchen unterschiedlichen Werten Perioden- und Kohorten-Analysen beim Geburtengeschehen über längere Zeitabschnitte führen können und dass man bei demografischen Schlussfolgerungen genauestens auf den dabei genutzten Indikator achten muss, zeigt eine vergleichende Zusammenstellung der Kinderanzahl nach verschiedenen Indikatoren für die Niederlande.¹¹ Als eine Art erklärende Basisinformation ist in die Abbildung das auch in den Niederlanden ständig steigende Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes eingetragen.

¹¹ In seiner Studie "Why does Sweden have such high fertility?" dokumentiert Hoem (2005) die Entwicklung der Perioden- und Kohorten-Fertilitätsraten für die Jahre 1960-2004 und die Geburtsjahrgänge 1940-1965 in mehreren Ländern - darunter auch Deutschland.

Abbildung 2: Durchschnittliches Alter bei der Geburt des ersten Kindes, Perioden-Geburtenrate (TFR), Kohorten-Geburtenrate (Cohort TFR) und um den Tempoefekt bereinigte Geburtenrate (adjTFR) der 1945-65 geborenen Frauen in den Niederlanden 1972-2002 (Sobotka 2004, 169)



In den Niederlanden sinkt die unbereinigte Geburtenhäufigkeit (TFR) im Zeitraum 1972 bis 2002 deutlich unter den Wert von etwas über 2 Kinder pro Frau, der die Bestandserhaltung garantieren würde. Dies gilt auch dann, wenn man in Rechnung stellt, dass sie nach einem anfänglichen steilen Absinken gegen Ende des Beobachtungszeitraums wieder ansteigt. Für alle Beobachtungszeitpunkte nach Beginn des Absinkens stellt dieser jeweils jahresbezogene Querschnittsindikator das Geschehen aber immer geringer oder schlechter dar als der jeweilige jährliche Kohortenindikator (Cohort CTFR). Im Jahre 1983 erreichte der Unterschied ein Maximum von 0,4 Prozentpunkten bzw. Kinder.

Die adjustierte Geburtenrate (adjTFR) versucht nun die in den Querschnittswerten nicht enthaltenen Konsequenzen der Verschiebung von Geburten ins höhere Lebensalter zu berücksichtigen. Dabei wird zweierlei deutlich: Erstens sinkt auch die bereinigte Geburtenrate nach 1970/72 unter den Bestandserhaltungswert von etwas mehr als 2 Kinder pro Frau. Zweitens sinkt der tatsächliche Wert aber nicht so weit ab wie der Periodenwert der Geburtenrate und erholt sich bereits nach wenigen Jahren deutlich. Gegen Ende des Betrachtungszeitraums nähern sich beide Werte stark an, was u.a. damit zu tun haben könnte, dass sich das Erstgebärb-Alter gegen Ende des Betrachtungszeitraums bei einem Wert von rund 28 1/2 Jahren stabilisiert hat.

Auch wenn niemand weiß, wie viele Kinder eine Geburtsjahrgangs-Gruppe von Frauen, die noch nicht das 45. Lebensjahr erreicht hat, bis zum Ende ihrer Gebärfähigkeit bekommt.

men wird, spricht die empirische Entwicklung der letzten Jahre für eine gewisse Anzahl spätgeborener Kinder. Die tatsächliche Fruchtbarkeitsrate liegt also irgendwo zwischen den beiden Werten. Zumindest ein Teil der mit den laufenden niedrigen Querschnittswerten von beispielsweise in Deutschland 1,4 Kindern pro Frau begründeten Dramatik kann daher reduziert werden. Klar ist aber auch, dass in den Niederlanden wie in vergleichbaren Ländern der realistische Wert selbst nach diesen Korrekturen mit Sicherheit immer noch unter dem Bestandserhaltungswert einer Bevölkerung von rund 2 Kindern pro Frau liegt.

Die in den Niederlanden über rund 30 Jahre untersuchten Effekte zeigen sich auch in anderen Ländern, in denen dies genauer für die 1990er Jahre untersucht wurde.

Tabelle 1: Länderspezifische Geburtenraten mit (AdjTFR) und ohne (TFR) Berücksichtigung des "Tempo-Effekts" 1995-2000 (Sobotka 2004, 162)

	Geburtenrate (TFR)	Geburtenrate unter Berück- sichtigung des Tempo-Effekts (AdjTFR)	Umfang Tem- po-Effekt
Frankreich (1999)	1,79	1,96	0,17
Niederlande	1,60	1,73	0,13
Westdeutschland (1992-94)	1,38	1,51	0,13
England/Wales	1,71	1,85	0,14
Schweden	1,57	1,85	0,28
Italien (1993-96)	1,21	1,64	0,43
Tschechien	1,18	1,73	0,55

2.2.1.2 Zusammengefasste Geburtenziffer und Brutto- und Nettoreproduktionsrate

Als zweites geht es um eine Reihe von Indikatoren, die sehr stark prognostischen Zwecken dienen und dafür auf verschiedene Weise Periodeneffekte unterdrücken. Zum einen ist dies die zusammengefasste Geburtenziffer, die alle geborenen weiblichen und männlichen Kinder aller gebärfähigen Frauen anzeigt.

Auf das fundamentale Problem einer der Grundannahmen dieses Indikators weist das „Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung“ bei seinem Versuch hin, ihn plastisch darzustellen: „Angegeben wird, wie viele Kinder geboren würden, wenn die Geburtenneigung des jeweiligen Kalenderjahres über das gesamte gebärfähige Alter von 1000 Frauen konstant bliebe. Versucht man, der zusammengefassten Geburtenziffer eine inhaltliche Bedeutung zu geben, dann könnte man es folgendermaßen ausdrücken: Würden 1000 Frauen

im Jahr 2001, also in nur einem Kalenderjahr, den Altersabschnitt zwischen 15 und 49¹² Jahren durchleben, dann hätten sie 1349 Kinder zur Welt gebracht“ (BIB 2004, 89). Der so berechnete Indikator drückt also nicht tatsächliche Geburten, sondern ihre Möglichkeit unter den gesetzten Annahmen aus. Sofern es sich dabei um Annahmen über das Zeugungs- und Gebärverhalten handelt, gelten diese als in der Zeit konstant. Damit werden die zukünftigen Geburtenraten z.B. der 30-45-jährigen Frauen wahrscheinlich unterschätzt.

Zum anderen geht es um die Brutto- und Nettoreproduktionsrate, die angibt, wie viele Mädchen durchschnittlich von einer Frau in ihrem gesamten gebärfähigen Alter geboren werden. In die Berechnung dieser Raten gehen eine ganze Reihe von Annahmen über die Geburtenziffern und die Sterblichkeit der Kinder und Frauen ein. Man spricht von Nettoreproduktionsrate, wenn die Sterblichkeit der Frauen im gebärfähigen Alter berücksichtigt wurde. Die Bruttoreproduktionsrate kennt dagegen keine Sterblichkeit der gebärfähigen Frauen. Die Nettoreproduktionsrate gibt an, ob und auf welchem Niveau die Elterngeneration ersetzt wird oder nicht. Wenn dieser Ersatz nicht stattfindet, schrumpft die Bevölkerung absolut.

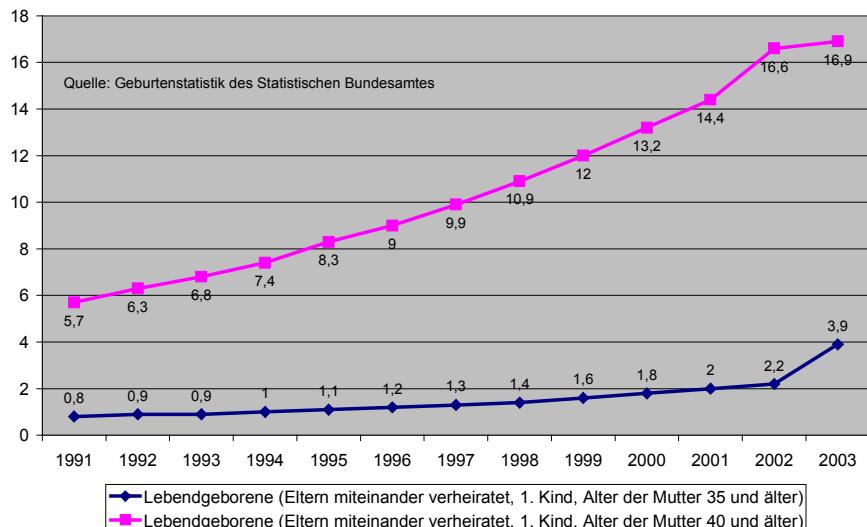
2.2.2 Die empirische Bedeutung des "Tempoeffekts"

Vereinfacht dargestellt handelt es sich bei dem bereits mehrfach erwähnten Timing- oder Tempoeffekt um den Effekt, der durch die Verschiebung der Zeugung und Geburt von Kindern ins höhere Lebensalter für die Statistik der Geburtenhäufigkeit entsteht.

Wie hoch der Anteil des jährlichen Geburtengeschehens ist, der sich im Altersbereich über dem 35. Lebensjahr der Mutter abspielt und wie sich dieser Anteil seit Beginn der 1990er Jahre verändert, zeigt die folgende Abbildung. Insbesondere der besonders zügige Anstieg der spätgeborenen ersten Kinder zum Ende des Untersuchungszeitraums untermauert die Berechtigung, im weiteren Verlauf dieses Buches immer wieder gegenüber Querschnittsbeobachtungen darauf hinzuweisen, dass man das Ende der Gebärfähigkeit eines Geburtsjahrganges abwarten muss, bis man ein endgültiges Urteil über den Umfang und die Tendenz der Geburtenentwicklung verkünden kann.

¹² Dies ist kein Zitierfehler, sondern die 49 Jahre als höchstes Lebensjahr der Gebärfähigkeit finden sich im Originalzitat.

Abbildung 3: Lebendgeborene erste Kinder von miteinander verheirateten Eltern nach dem Alter der Mutter in Deutschland (in % an allen ersten Geburten) 1991 bis 2003 (BMFSFJ 2005)



In Querschnittsberechnungen der Geburtenhäufigkeit wird der Tempoeffekt systematisch vernachlässigt und die tatsächliche Kinderzahl der Frauen eines Geburtsjahrgangs mehr oder weniger unterschätzt: "Der so genannte Tempoeffekt der Fertilität bewirkt, dass in Zeiten eines Anstiegs des mittleren Gebäralters die jährliche Maßzahl der Fertilität (Gesamtfruchtbarkeitsrate, Periodenfertilität) deutlich niedriger ist als in Jahren, in denen das Gebäralter konstant bleibt, auch wenn sich die Kinderzahl über den Lebensverlauf von Frauen (Kohortenfertilität) nicht verändert. Dieses bisher außerhalb der technischen Demografie wenig beachtete Phänomen kann auch dazu führen, dass bei einer Stabilisierung oder gar bei einem Sinken des mittleren Gebäralters die jährliche Geburtenrate deutlich steigt" (Lutz und Skirbekk 2004, 1). Dabei ist natürlich eine entsprechend hohe Fertilität der Frauen notwendig bzw. diese darf nicht gleichzeitig spürbar sinken.

Der aus der Zahl neugeborener Kinder abgeleitete Indikator „Kinder pro gebärfähiger Frau“ liegt derzeit als Querschnittsindikator bei rund 1,4 Kindern und damit weit unter dem für die Bestandserhaltung einer Bevölkerung notwendigen Wert von etwas über 2 Kindern pro Frau. Wird eine Reihe der Besonderheiten der Geburtenentwicklung also vor allem der Tempo-Effekt auch bei aktuellen Querschnittsaussagen berücksichtigt, bewegt sich dieser Wert auf einem tatsächlichen Niveau von rund 1,7 Kindern pro Frau. Wie wichtig dieser quantitativ relativ geringe Zuwachs ist, zeigt eine aktuelle Prognose des Kölner Sozialstatistikers Bomsdorf (2005): Danach würde eine Kinderanzahl von 1,7 bei deutschen Frauen ausreichen, um vor allem unter der Mitberücksichtigung von Zuwan-

rungseffekten und der Verlängerung von Lebenszeit den derzeitigen Umfang der Wohnbevölkerung in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten zu erhalten. Egal ob es sich also bei der Bestandserhaltung einer Bevölkerung um ein wirklich absolut wichtiges gesellschaftliches Ziel handelt, liegt seine Erreichung offensichtlich näher als erwartet.

Wie bereits zuvor bei einer größeren Anzahl ausländischer Autoren (z.B. Coleman, Bongaarts, Lesthaeghe) findet der Tempoeffekt auch in einigen deutschen Studien zur demografischen Entwicklung (z.B. verschiedene Arbeiten aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, dem Max Planck-Institut für demografische Forschung) eine wachsende Beachtung.

Auch wenn selbst die Berücksichtigung des Tempoeffekts nichts daran ändert, dass derzeit in nahezu allen europäischen Ländern die Bestandserhaltungsgröße von rund 2 Kindern unterschritten wird, verändern sich das häufig dramatisch bewertete Niveau und auch der Trend der Geburtenhäufigkeit deutlich.

Ob es nach dem Ende des seit Anfang der 1970er Jahre andauernden Tempoeffektes zu einer erheblichen Veränderung in Richtung Bestandserhaltungswert kommen und dieser Wert jemals wieder erreicht werden wird, ist nicht eindeutig zu klären, und auch wahrscheinlich schwierig wie langwierig¹³. Auf einen wichtigen Grund macht Sobotka aufmerksam: "Zudem werden die Fruchtbarkeitsraten insgesamt wohl vorerst niedrig bleiben, da Frauen zwar ein erstes und zweites Kind in ein höheres Lebensalter verschieben können; eine dritte oder vierte Geburt aber wird selten noch realisiert" (Sobotka 2005, 3).

Aber: Im Rahmen eines großen internationalen Vergleichs der Geburtentrends kommt der britische Bevölkerungswissenschaftler Coleman zu dem Schluss: "Es stimmt nicht mehr, dass westliche Staaten eine sinkende Geburtenrate haben (...). In 13 der 58 europäischen Länder (...) hatten Frauen, die gegen 1960 geboren wurden, durchschnittlich mindestens zwei Kinder bis zum Jahr 2001, wenn sie die 40 überschritten hatten (...) Der niedrige deutsche Durchschnittswert hat sich knapp unter 1,7 stabilisiert. Dem werden sich die Durchschnittswerte von Spanien, Italien und Österreich bald anschließen, wenn sie ihn nicht sogar untertreffen, denn in diesen Ländern hat der Abwärtstrend bis 2001 angehalten

13 Vgl. dazu auch Bongaarts: "The future course of fertility in countries where it is already at or below replacement is one of the most hotly debated topics in contemporary demography. There is no doubt that fertility in much of the developed world has reached historic lows and will almost certainly remain below replacement in the future. However, the present analysis has demonstrated that observed period fertility measures such as the TFR are temporarily depressed by a rise in the mean age at childbearing in most of these countries. This postponement effect has been present in many developed countries since the 1970s and could continue for years into the future. But once this rise ends—as it eventually must—the corresponding fertility-depressing effect stops, thus putting upward pressure on period fertility. When the tempo effect becomes smaller or disappears, the downward trend in period fertility could end, and a slight upturn is a distinct possibility." (Bongaarts 2002, 439)

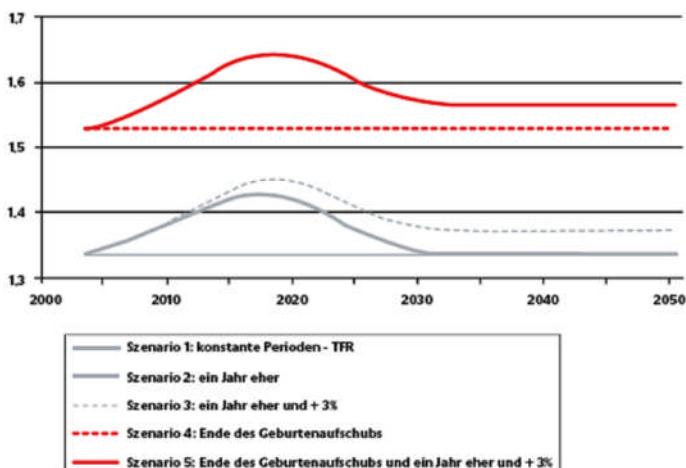
und liegt bei deutlich unter zwei Kindern (...). Es gibt ein gewisses Einvernehmen darüber, dass das ‚echte‘ Fertilitätsniveau eher höher ist, als es in den meisten Ländern den Anschein hat“ (Coleman 2004, 23).

Wichtig ist aber auch die Frage, ob und wie stark sich eigentlich die aktuell mehr oder weniger unerwünschten Folgen der Verschiebungen des Geburtengeschehens ins höhere Lebensalter auf die Anzahl der geborenen Kinder auswirken, wenn ein Wiedervorziehen gelingen würde.

Auch hierzu findet sich eine umfangreiche Studie der Bevölkerungswissenschaftler Bertram, Rösler und Ehlert (Bertram et al. 2005) mit unterschiedlichen Szenarien zur Geburtenentwicklung bis 2030 und 2050.

Ohne hier genauer auf die Probleme der von Bertram et al. aus der amtlichen Geborenenstatistik des Statistischen Bundesamtes übernommenen und dann konstant gesetzten Perioden-Geburtenrate von 1,34 Kinder pro Frau einzugehen (vgl. dazu Abschnitt 2.2.3), führt die Veränderung von drei Rahmenfaktoren des Geburtengeschehens zu vier unterschiedlichen Entwicklungen gegenüber dem in Szenario 1 konstant fortgeschriebenen Status quo (vgl. hierzu Abbildung 4). Die variablen Einflussfaktoren sind das Vorziehen des Lebensalters bei Geburt um ein Jahr ohne die Gesamtzahl der Kinder (die so genannte Kohortenfruchtbarkeit) zu erhöhen, dasselbe Vorziehen einschließlich einer Erhöhung der Gesamt-Geburtenrate um 3 Prozent, die sofortige Beendigung des aktuell erfolgenden Geburtenaufschubs und schließlich die Kombination dieser Faktoren. Das Minimalszenario 2, das lediglich das Gebäralter der Frauen um 1 Jahr verringert, erhöht die Geburtenrate auf maximal 1,43 Kinder, erreicht aber im Jahre 2034 wieder den Startwert. Das Maximalszenario, das die sofortige Beendigung des Geburtenaufschubs mit einem gleichzeitigen Vorziehen des Gebäralters der Frauen um 1 Jahr und mit einer Erhöhung der Fruchtbarkeit um 3 Prozent kombiniert, würde zu einem Maximum der Geburtenrate im Jahre 2017 von über 1,6 Kindern pro Frau und zu einer konstanten Geburtsrate von 1,57 Kindern ab 2037 führen.

Abbildung 4: Szenarien zur Geburtenentwicklung durch Beeinflussung des Tempoeffekts
 (aus: Bertram et al. 2005, 42)



Quelle: Daten für 2003: Statistisches Bundesamt, Altersspezifische Geburtenziffern 2003, Altersjahrsmethode

Geht man nun davon aus, dass schon die aktuelle querschnittsmäßige Geburtenrate unter Berücksichtigung des Tempoeffekts aus der Längsschnittperspektive tatsächlich etwas höher liegt als in diesen Szenarien angenommen wird, könnte die künftige Geburtenentwicklung in Deutschland offensichtlich weit weniger dramatisch und weniger unentrinnbar verlaufen als in manchen Debatten der Eindruck erweckt wird.

Warum man aber auch aus der nachgewiesenen Existenz und Wirkung des Tempoeffekts nicht in den umgekehrten Fehler einer völligen Entdramatisierung verfallen darf oder hier die Lösung aller Geburtenprobleme sehen darf, liegt an einer Reihe von speziellen biologischen und sozialen Umständen der Zunahme von Spätgeburten. Dazu zählen insbesondere:

- Die sinkende Wahrscheinlichkeit von zweiten und mehreren Kindern nach späten Erstgeborenen. Während 1970 einem ersten Kind mit einer Wahrscheinlichkeit von 79 Prozent ein zweites Kind folgte, sank dieser Wert 2003 auf 68 Prozent. Ein drittes folgte dem zweiten Kind 1970 zu 56 Prozent und 2003 nur noch zu 29 Prozent (alle Angaben aus Schwarz 2005, 8).
- Die mit dem Alter von Frauen und Männern zunehmenden Zeugungs- und Fruchtbarkeitsprobleme und
- ein mit der langjährigen Gewöhnung an einen kinderlosen Lebensstil verbundene Übergang in eine dauerhafte Kinderlosigkeit.

2.2.3 Vielfalt und Validität der Datenquellen für das Geburtengeschehen

Entgegen der spontanen Annahme, bei Geburten handele es sich doch um ein einfaches Zählproblem, kommt eine Mitarbeiterin des Max-Planck-Instituts für Demografische Forschung in Rostock stellvertretend für andere ExpertInnen zu einem generell gegenteiligen Urteil: „Die niedrigen Geburtenraten in Deutschland werden von Politik und Medien zunehmend als sozialpolitische Herausforderung wahrgenommen. Der Diskussion fehlt aber ein sicheres Fundament, da die Datenlage zum Geburtenverhalten in Deutschland schlecht ist“ (Kreyenfeld 2004, 4).

Was hiermit konkret gemeint ist und welche Unter- und Überschätzungen oder falschen Schlussfolgerungen möglich sind, zeigen wir an mehreren ausgewählten Beispielen. Manche Kontroverse auf Basis "der Geburtenstatistik" beruht ausschließlich auf der Nutzung unterschiedlicher, aber nicht als solche erkennbaren Datenquellen der Protagonisten.

Demografische Aussagen und Debatten können in Deutschland ihre Informationen aus drei Quellen gewinnen:

- der laufenden amtlichen Bevölkerungsstatistik,
- dem jährlich durchgeföhrten Mikrozensus und
- speziellen Surveys wie z.B. dem seit 1987 mit öffentlichen Geldern finanzierten und vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) in bisher drei Wellen durchgeföhrten Familien-survey.

Jede dieser Datenquellen hat eine Reihe von bekannten methodischen Nachteilen, ist teilweise von sehr spezifischen Normen und Normalitätsannahmen geprägt und fördert dadurch Unter-, Über- oder Fehlschätzungen und damit divergierende Eindrücke des tatsächlichen Geburtengeschehens.

Zu den jeweils wichtigsten Problempunkten zählen:

- Der strikte Bezug auf eine lebenslange Ehe in der amtlichen Bevölkerungsstatistik. In früheren Ehen oder nichtehelich geborene Kinder werden für ein- und dieselbe Frau nicht- oder untererfasst. Statt auf einer einfachen Zählung und Zuordnung zu Frauen beruhen Angaben zur Kinderzahl auf unterschiedlich umfangreichen Schätzungen: „Schätzungen der Verteilung der Lebendgeborenen nach der Lebendgeborenenfolge anhand der Daten der amtlichen Statistik ... müssen es bleiben, weil einerseits die Lebendgeborenen nach der Ordnungsfolge nur für verheiratete Frauen in der bestehenden Ehe ausgezählt wurden. Informationen fehlen somit für die Unverheirateten generell und für die Verheirateten in dem Fall, dass eine zweite oder weitere Ehe besteht. Beispielsweise wird ein in zweiter Ehe geborenes Kind, das eigentlich das dritte Kind der Mutter ist, danach als „erstes“ Kind gezählt“ (Dorbritz/Schwarz 1996, 233).

Die ernsten und oft vorwurfsvollen Debatten über die zu geringe Anzahl der Kinder pro Frau oder über kinderlose Frauen könnten sich also durchaus auch „gegen“ Frauen richten, die nicht „nur“ kein oder ein Kind geboren haben, sondern praktisch Mütter von zwei oder drei Kindern sind.

- Die dem Prinzip nach in der amtlichen Statistik dominierende Querschnittsorientierung (Geburtenentwicklung pro Jahr) statt einer Längsschnittsorientierung (Geburtenanzahl einer Geburtsjahrgang-Kohorte von Frauen) kann je nach Vorzeichen des so genannten Tempoeffekts die tatsächliche Kinderanzahl pro Frau über- oder unterschätzen und führt zu einer zu optimistischen oder pessimistischen Bewertung der Entwicklung.
- Der strikte Bezug des Mikrozensus (MZ) zum gegenwärtigen Haushalt bei der Erfassung von ledigen Kindern birgt ebenfalls eine Reihe von Erfassungsproblemen in sich. Nach ausführlich geführten Debatten über den Datenschutz werden im MZ weder Kinder erfasst und der im Haushalt lebenden Frau zugeordnet, die den Haushalt bereits verlassen haben oder in einem anderen Haushalt (z.B. dem des Vaters) leben, noch wird nach Kindern gefragt, welche die Frau vor ihrer jetzigen Ehe oder Lebensgemeinschaft evtl. auch nichtehelich geboren hat oder die früh verstorben sind. Daher wird auch im MZ die tatsächliche Kinderanzahl pro Frau untererfasst.
- Dem Vorteil eines Familien- oder Geburtensurveys, die genannten Erfassungsprobleme durch entsprechende Fragen ausschließen zu können und wesentlich mehr über die Umstände von Geburt, Elternschaft und Familie oder eheähnlichen Lebensgemeinschaften erfahren zu können¹⁴, stehen aber auch Nachteile gegenüber. Viele Surveys haben nur eine Erhebungswelle oder wenige Erhebungszeitpunkte in längeren Abständen und können damit die bekannten Verschiebungs- oder Tempoeffekte auch nur unvollständig erfassen. Die systematische Besonderheit von Surveys, nur prinzipiell befragungsbereite TeilnehmerInnen zu haben, könnte gerade beim Geburtengeschehen zu einer leichten Unterfassung der nichtehelichen Kinder führen. Hinzu kommen weitere mögliche Stichprobenfehler, welche die Bevölkerungsrepräsentativität von Surveys einschränken können.

Ein gravierendes Beispiel dafür, wie sich die Wahl der Datenquelle auf die wissenschaftliche und politische Brisanz von Daten auswirken kann, sind die je nach Datenquelle erheblich divergierenden Berechnungen und Schätzungen zum Anteil kinderloser Frauen in Deutschland. Die genauen Angaben finden sich in den Abschnitten 2.4.3.2 und 2.4.3.1 dieses Buches.

2.2.4 Prognosen

Wie bei kaum einem anderen gesellschaftlichen Gegenstand wird die Debatte über die demografische Entwicklung und damit auch die Entwicklung von Geburten durch Prognosen geprägt und gesteuert. An einigen Punkten verdichten sich Prognosen sogar zu prak-

¹⁴ Zum komparativen Vorteil des DJI-Familiensurveys gegenüber der amtlichen Statistik wird dort ausgeführt: "Der Familiensurvey gibt anders als der Mikrozensus erstens Angaben über alle Kinder wieder, im Fachterminus: über die biologische, nicht nur über die eheliche Fertilität, und darüber hinaus hat dieser Survey, verglichen mit anderen, eine außerordentlich breite Altersspanne von unter 20 bis über 50 Jahren." (Hullen 2003, 28)

tisch unerschütterlichen Gewissheiten. So stützt sich etwa der Bevölkerungswissenschaftler Birg auf ein „Phänomen der demographischen Trägheit“, das ihn die zukünftige Geburtenentwicklung als eine Art naturwissenschaftlich determinierten Prozess verstehen und prognostizieren lässt: „Eine Abnahme der absoluten Geburtenzahl, die auf einer Änderung des Fortpflanzungsverhaltens beruht (...) hat eine Generation später unausweichlich eine weitere Abnahme der Geburtenzahl zur Folge (...) die sich anschließenden Abwärtsbewegungen der absoluten Geburtenzahl in Form von Wellentälern (...) Die Auswirkungen der verringerten Kinderzahl bzw. der abnehmenden Zahl der späteren, potentiellen Eltern auf die Geburtenzahl in der nächsten und den folgenden Generationen tritt mit ähnlicher Sicherheit ein wie eine Aussage über den Wechsel der Jahreszeiten in der Zukunft, also praktisch mit 100 Prozent“ (Birg 2001, 100).

Spätestens wenn Verhaltensweisen, die in hohem Maße sozial und kulturell beeinflusst und variabel sind, so hart mit hoch determinierten naturwissenschaftlichen Prozessen gleichgesetzt werden, lohnt es, sich auf einige erkenntnistheoretische Eigenarten von Prognosen sowie ihre potenziellen technischen Mängel zu besinnen.

Statt demografische Prognosen zu quasi naturwissenschaftlichen Wirkungen zu stilisieren, ist es hilfreich, über eine zentrale Paradoxie der Erkenntnisform Prognose nachzudenken. Für Minois, der sich systematisch mit dieser Art von Erkenntnisformen beschäftigt hat, ähneln die Bemühungen um Prognosen „stark der Jagd nach einer Chimäre. Von Anfang an krankt es an einem Widerspruch. Denn wenn man versucht, die Zukunft zu kennen, setzt man voraus, dass sie erkennbar ist, d.h. schon heute unausweichlich feststeht. Wozu würde es sonst nützen, sie zu kennen (...)? Die Zukunft zu verkünden hat also nur dann einen Sinn, wenn sie nicht feststeht, d.h. wenn sie unvorhersehbar ist. In welchem Fall die ‚Vorhersage‘ zu einer magischen Tätigkeit wird, dazu bestimmt, die gewünschte Zukunft herbeizuführen“ (Minois 1998, 18).

Aus diesem Grundverständnis folgt Minois, es ginge bei einer Prognose nicht um „die Genauigkeit der Vorhersage“, sondern darum, dass „sie die Rolle einer gesellschaftlichen oder individuellen Therapie spielt“ (Minois 1998, 20). Darüber hinaus gilt: „Tatsächlich ist die Vorhersage niemals neutral oder passiv. Immer entspricht sie einer Absicht, einem Wunsch oder einer Befürchtung; sie bringt einen Kontext sowie eine Geisteshaltung zum Ausdruck. Die Vorhersage klärt uns nicht über die Zukunft auf, sondern spiegelt die Gegenwart wider“ (Minois 1998, 20).

Zusätzlich zu diesen erkenntnistheoretischen Limitierungen gibt es aber auch Probleme der praktischen Aussagefähigkeit demografischer Prognosen. Dies gilt z.B. für die u.a. bei Birg zu beobachtende Vernachlässigung der realen Freiheitsgrade und damit der graduellen Variabilität von Prognosen zur zukünftigen Geburtenentwicklung. So ist selbst die Feststellung, alle Frauen, die in den nächsten 40-50 Jahren potenziell Kinder bekommen könnten, lebten bereits und insofern wäre an diesem Teil der Input-Bedingungen der Geburtenentwicklung nichts mehr zu ändern, nicht richtig. Sie schließt z.B. die Möglichkeit der Zuwanderung von bereits erwachsenen Frauen im gebärfähigen Alter aus dem Ausland aus. Falsch, unzulässig und in keinem Fall zu belastbaren Ergebnissen führend ist die Annahme oder das Szenario, damit stünde die Anzahl der künftig geborenen Kinder fest.

Da niemand seriös das Reproduktionsverhalten der Frauen und Männer in den nächsten 40 Jahren voraussagen kann, kann er auch nicht sagen, ob und wie weit sich die Kinderzahl pro Frau von der jetzigen niedrigen Ziffer nach oben oder auch nach unten entfernt. Mit einer ersten Anpassung dieses Werts an die Werte vergleichbarer europäischer Länder wäre zwar richtigerweise noch lange kein bestandserhaltendes Niveau erreicht. Dafür können aber die Voraussetzungen geschaffen werden, dass sich die Abwärtsentwicklung in den folgenden Jahren in eine Aufwärtsentwicklung verwandelt und weder eine weitere „Talfahrt“ noch eine Stagnation auf dem aktuell niedrigen Niveau unentrinnbare Schicksale darstellen. Diese Aufwärtsentwicklung könnte sich aus den Effekten einer leichten Reduktion des Anteils insgesamt kinderloser gebärfähiger Frauen, einer leichten Erhöhung des Anteils von Frauen und Familien mit mehreren Kindern und weiteren kleinen Veränderungen ergeben. Was nicht erwartet werden kann, sind allerdings Riesenschritte in Richtung Bestandserhaltung.

Der früher beim Statistischen Bundesamt tätige und jetzt an der FH Koblenz arbeitende Statistiker Bosbach (Interview in Die Welt vom 3. Juni 2004) weist noch auf zwei weitere Punkte hin: Als erstes würde bereits die durchweg nur rund vier Jahre betragende Gültigkeitszeit der bisher zehn Bevölkerungs-Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes auf die Schwierigkeiten exakter und nachhaltig gültiger Voraussagen hinweisen. Ein Teil der prognostischen Kraft hänge von Veränderungen politisch beeinflusster und beeinflussbarer Rahmenbedingungen (z.B. Einwanderungspolitik) ab. Zweitens zeige ein Blick in die Geschichte der Bundesrepublik wie waghalsig und wirklichkeitsfern z.B. Bevölkerungsprognosen gewesen wären, die Anfang der 50er Jahre ohne Kenntnis der „Pille“, der Einwanderungen von damals sachlich unbekannten so genannten Gastarbeitern, der Wiedervereinigung oder der Einreisemöglichkeit von Russland-Deutschen Prognosen für die Zeit bis 2000 angestellt hätten. Vergleichbar einschneidende Ereignisse und entsprechend massive Auswirkungen für die Zukunft auszuschließen wäre unseriös und/oder unrealistisch.

2.2.5 Zur Bedeutung von Normen und Normalitäts-Annahmen

Wie bereits bei vielen der dargestellten Positionen und Debatten über die Entwicklung der Kinderanzahl und die demografische Situation deutlich wird, spielen hier gewichtige soziale Normen, Interessen und Ziele oder Normalitätsannahmen eine zentrale Rolle. Dies beruht nicht zuletzt darauf, dass die Bevölkerungsentwicklung keinen Eigenwert besitzt. Statt dessen sind dann der Gewinn oder Verlust von Macht und Wohlfahrt, die Beeinträchtigung oder die Verbesserung von Umwelt und das Verschwinden oder die Ausbreitung von Kultur entscheidende Maßstäbe oder Bewertungskriterien (vgl. dazu ausführlicher Kaufmann 2005). Ein Großteil der Dynamik und Dramatik der Debatten über die Geburtenentwicklung entzündet sich daher an der normativen Hülle.

Dies ist auch einer der Gründe für einen radikalen Vorschlag des britischen Bevölkerungswissenschaftlers Coleman. Er regt in einem aktuellen Überblick zur demografischen Entwicklung im Europa des 21. Jahrhunderts (Coleman 2004) an, von normativ geprägten Modellen der Bevölkerungsentwicklung Abstand zu nehmen. Wenn die tatsächliche Entwicklung deutlich anders verläuft als in derartigen Modellen, entstehen zwangsläufig die bekannten dramatischen Lageschilderungen und Prognosen. Er stellt fest: "Ohne guten

Grund wurde angenommen, dass sich die Fertilität am Ende des ersten demographischen Übergangs auf Ersatzniveau stabilisieren würde" (Coleman 2004, 23). Er hält es für "angemessener zu fragen, warum die Fertilität nicht noch weiter sinken sollte" und zwar nach einigen ökonomisch geprägten Modellen sogar "bis auf Null" (ebd.).

Würde man so den als „normal“ erscheinenden Entwicklungs-Korridors verbreitern, würde sich die demografische Situation nicht mehr nur in teilweise selbst inszenierter "demografischer Schwarzmalerei" (ebd., ausführlicher Coleman 2004a) erschöpfen und sich mehr auf die konkreten Bedingungen erwünschter und unerwünschter Entwicklungen konzentrieren.

2.3 Überdramatisierte Folgen der Geburtenentwicklung

2.3.1 "Deutschland stirbt aus" - Das Geburtengeschehen als „Standortfaktor“ im internationalen Vergleich

Ob in nationalen Appellen, sozialen Zukunftsszenarien oder in internationalen Vergleichen: Die Anzahl der Einwohner Deutschlands oder der deutschen Einwohner stellt einen der vielen Bezugspunkte der Diskussion um die derzeitige und künftige Kinderzahl und ein wichtiges Kriterium zu ihrer Bewertung dar. Unter der Überschrift "nach dem Mensch kommt der Wolf" entwirft etwa die 2006 erstellte und veröffentlichte Studie "Die demografische Lage der Nation" ein für viele inner- und besonders ostdeutsche Regionen absolut hoffnungsloses Bild einer kurz bevorstehenden "Renaturierung" (Kröner/Medicus/Klingholz 2006).¹⁵

Wir beschäftigen uns mit diesem Zusammenhang zweifach: Erstens wollen wir die aktuelle Bedeutung der absoluten Anzahl der Einwohner eines Nationalstaats im internationalen Kontext relativieren. Zweitens wollen wir mit internationalen Vergleichen einiger Indikatoren der Geburtendebatte der Frage nachgehen, wie „schlecht“ oder „gut“ Deutschlands Position dabei wirklich aussieht.

Die meisten seriösen Befürchtungen über negative Auswirkungen auf den Nationalstaat¹⁶ lassen sich relativieren. So wird für eine ganze Reihe europäischer, nordamerikanischer aber auch anderer außereuropäischer Vergleichs-Gesellschaften ein vergleichbarer Bevölkerungsschwund prognostiziert. Außerdem ist innerhalb Europas ein wichtiger Grund für die Bedeutung der absoluten Anzahl von Nationalbürgern weitgehend und dauerhaft ver-

¹⁵ Neben die erwarteten Folgen eines absoluten Schwundes der Bevölkerungszahl treten natürlich noch eher qualitativ negative Erwartungen. So z.B. das immer "älter werdende" Verhältnis von jüngeren und älteren BürgerInnen oder eine mögliche Überfremdung selbst bei konstanter Zuwanderungsquote.

¹⁶ Für a priori unseriös halten wir die Instrumentalisierung oder den Missbrauch der Bevölkerungsentwicklung für nationalistische oder rechtsradikale Zwecke. Statt wissenschaftlichem Diskurs geht es hier um politische Auseinandersetzung.

schwunden: die Erfordernisse für Landheere und –kriege möglichst viele junge Bürger rekrutieren zu können.

Schließlich hängt die heutige und künftige „Standort“-Stärke einer Gesellschaft wie Deutschland dank ihrer auf hohem Niveau weiterwachsenden Arbeitsproduktivität immer weniger von der absoluten Anzahl seiner BürgerInnen oder Arbeitskräfte ab. Das Menetekel vom „Aussterben Deutschlands“ ist weder rein rechnerisch in Sichtweite noch führt die derzeitige Verringerung der Bevölkerung zwangsläufig zu einem "Innovationsvakuum" oder zum Verarmen der Bevölkerung¹⁷. Nicht zuletzt hing die Anzahl der in Deutschland und vergleichbaren Gesellschaften lebenden Personen bereits seit vielen Jahrzehnten und Jahrhunderten stark von der Anzahl der Einwanderer und von dauerhaft eingegliederten Einwohnern und nicht allein von der Anzahl der im Inland geborenen Kinder ab. Wer also trotzdem von einer existenziellen Bedeutung der absoluten Anzahl von Einwohnern ausgeht, dem stehen u.a. die Instrumente der Einwanderungspolitik zur Lösung eines Teils der befürchteten Probleme für eine mehr oder weniger lange Zeit zur Verfügung. Gegen allzu viel Euphorie, die Einwohnergröße dauerhaft über eine liberale Einwanderungspolitik erhöhen und auf hohem Niveau stabilisieren zu können spricht allerdings die differenzierte Untersuchung der Kinderzahl eingewandter ausländischer Frauen. Das Geburtniveau der ausländischen Frauen näherte sich in den letzten Jahren nämlich zügig dem Niveau der deutschen Frauen an (vgl. dazu Abschnitt 2.3.3).

Legt man den Maßstab des internationalen Vergleichs an, um die aktuelle Geburten- und Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zu bewerten, bestätigen sich einige "Schlusslicht-Szenarien", relativieren sich aber auch einige „Schrecken“. Außerdem zeigt sich, dass sich die Verhältnisse mehr und schneller verändern als es lineare Katastrophen-Szenarien zu suggerieren versuchen.

Während die alte Bundesrepublik im Jahre 1980 mit einer zusammengefassten Geburtsziffer von 1,45 weit hinter den Niederlanden mit 1,60 oder Finnland mit einem Wert von 1,63 stand¹⁸, lagen zehn Jahre später Italien und Spanien mit 1,33 und 1,36 unter dem unveränderten Wert in Westdeutschland. Wiederum zehn Jahre später, also im Jahre 2000 wiesen 19 europäische Länder eine niedrigere zusammengefasste Geburtenziffer aus als Deutschland mit dem Wert 1,38. Nur wenn man die neuen Bundesländer gesondert betrachtet, gehört dieser Teil Deutschlands dann einer Gruppe europäischer Länder und Regionen mit sehr niedrigem bzw. weit unterdurchschnittlichem Geburtengeschehen an. Der Wert betrug in Ostdeutschland 1,22, in Russland 1,21, in Armenien 1,11 und in Spanien 1,24 (BIB 2004, 23).

¹⁷ Vgl. dazu noch ausführlicher den Abschnitt 2.3.2.

¹⁸ Ob diese Zahlen für Deutschland und die anderen Länder die tatsächliche Situation anzeigen oder nicht, sei hier dahingestellt. Vgl. aber zu wesentlich anderen Ziffern die im Abschnitt 2.2.1.2 referierten Angaben von Coleman.

Im Jahre 2003 hatten europäische Länder wie Italien, Spanien, Ungarn, Polen und Tschechien eine niedrigere Geburtenrate als Gesamtdeutschland mit 1,34 und Großbritannien, Schweden, die Niederlande und Irland eine höhere Rate (BMFSFJ 2005, 3).

2.3.2 Abnahme der absoluten Größe einer Bevölkerung als „Wohlstandsgefährdung“?

Ein Teil der Beiträge zur Diskussion um die Geburtenentwicklung und die künftige Größe der Bevölkerung in Deutschland suggeriert auch eine enorme Bedeutung der absoluten Anzahl von Einwohnern für die künftige ökonomische und soziale Entwicklung Deutschlands.¹⁹

Die Annahme „viele Einwohner = viele Arbeitskräfte = viel Wohlstand“ muss aber tatsächlich in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt werden. Ein fundamentaler Denkfehler besteht darin, die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung als abhängig von der Anzahl von Einwohnern oder auch Erwerbsfähigen zu sehen. Der heutige und künftige Wohlstand hängt weniger von der absoluten Anzahl von Personen ab, die dazu beitragen als vielmehr von der Arbeitsproduktivität der real vorhandenen und arbeitenden Menschen. Die „biologische Produktionstheorie entspricht (...) nicht den Gegebenheiten einer modernen Volkswirtschaft, in der weniger die Zunahme der Arbeitskräfte als die Kapital- bzw. Wissensakkumulation, mithin die Arbeitsproduktivität ausschlaggebend ist“. Diese Argumentation wird dadurch gestützt, dass das reale Wachstum des Bruttoinlandsprodukts von 1950 bis heute „zu über 90 Prozent auf Realkapitalbildung und Steigerung der Arbeitsproduktivität und zu weniger als 10 Prozent auf das Wachstum der Zahl der Arbeitskräfte zurückzuführen“ (Ebert 2003, 103) ist.

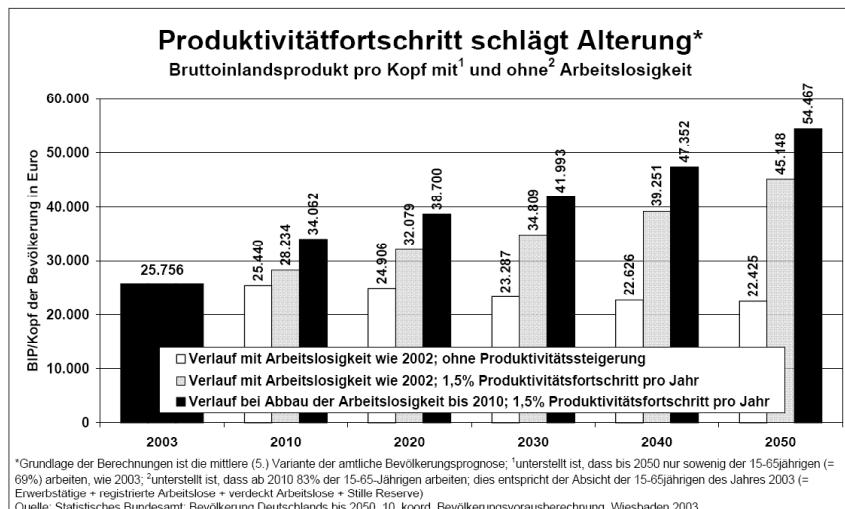
Eine absolut sinkende Anzahl von neugeborenen (deutschen) Kindern muss also keineswegs zwangsläufig oder unvermeidbar zu den befürchteten Verlusten an volkswirtschaftlicher Potenz und/oder an sozialem und individuellem Lebensstandard führen. Wie die Abbildung 5 zeigt, gab und gibt es in den letzten Jahrzehnten wie auch in Zukunft eine Reihe von politisch und sozial beeinflussbaren und nutzbaren Kompensationsmechanismen

¹⁹ Zwei Belege von vielen: Die Stadt Hamburg argumentiert in ihrem Internet-Leitbild "Hamburg - Wachsende Stadt" folgendermaßen: "Seit 1998 ist die Bevölkerung erfreulicherweise um 35.000 Einwohner gewachsen. Diesen Trend gilt es zu verstärken. Es geht also nicht um ein ungesteuertes Bevölkerungswachstum. Junge Familien in Hamburg halten, qualifizierte Menschen nach Hamburg holen, das ist die Devise - mehr nicht! Das ist Zukunftssicherung und elementar für die soziale Stabilität der Stadt." (<http://www.wachsende-stadt.hamburg.de/grafikversion/meta/faq.html>)

Die künftige ökonomische Entwicklung der Ruhrregion sehen Experten u.a. durch die Abwanderung von Bevölkerung und eine gewisse Überalterung durch eine "fiskalische Abwärtsspirale" gefährdet (Junkernheinrich/Micosatt o.J.: http://www.rvr-online.de/medien/idr/dateien/Kommunalfinanzen_und_Wirtschaftsentwicklung_im_Ruhrgebiet.pdf)

men, die zumindest den Erhalt des derzeitigen Konsum- und Sozialniveaus (also auch des derzeitigen Niveaus der Sozialsysteme) gewährleisten. Lediglich bei dem eher unwahrscheinlichen Fall einer anhaltend hohen Arbeitslosigkeit²⁰ bei gleichzeitigem Ausbleiben jeglichen Produktivitätsfortschrittes im Zeitraum bis zum Jahr 2050 sinkt das Wohlstands niveau. Selbst wenn die heutige Arbeitslosigkeit innerhalb des Prognosezeitraum nicht abgebaut würde, aber zumindest die heutigen Produktivitätszuwächse anhielten, wäre das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Jahre 2050 höher als heute.

Abbildung 5: Künftige wirtschaftliche Entwicklung, Produktivität, Arbeitslosigkeit und Bevölkerungsentwicklung 2003-2050 (Reuter 2004)

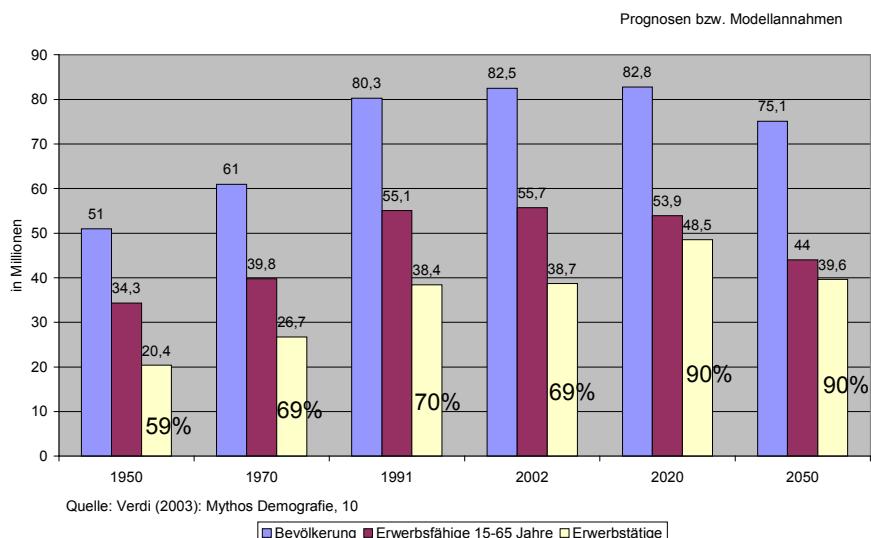


Wie selbst bei einer absolut sinkenden Anzahl von Einwohnern und Erwerbsfähigen im Alter von 15 bis 65 Jahren die absolute Anzahl von Erwerbstägigen von 2002 auf 2050 ansteigen kann, und damit selbst bei gleichbleibender Produktivität sogar mehr Reichtum produzieren kann, zeigt die Abbildung 6. Entscheidend ist dabei die beeinflussbare Variable der Erwerbstägenrate, die hier lediglich vom bisher niedrigen deutschen Niveau auf das Niveau vergleichbarer Industrieländer angehoben würde.

Es muss also noch eine Menge mehr auftreten als eine sinkende Geburtenrate und zusätzlich gleichzeitig passieren, damit die befürchteten Wohlstandsverluste eintreten.

²⁰ Immerhin gibt es Arbeitsmarktexperten, die für die absehbare Zukunft einen Mangel von Arbeitskräften, insbesondere hochqualifizierter, prognostizieren. Dies schließt natürlich eine anhaltende Arbeitslosigkeit niedrig qualifizierter Personen nicht aus.

Abbildung 6: Bevölkerung, Erwerbsfähige und Erwerbstätige bei unterschiedlichen Erwerbsquoten 1950-2050



Insgesamt ergibt sich aber die internationale Bedeutung oder Attraktivität eines Landes wie Deutschland aus seiner ökonomischen, sozialen und kulturellen Produktivität. Dies belegen eine Vielzahl von Länder-Rankings der letzten Jahre über den Bildungsstand, die Gleichberechtigung der Geschlechter oder die Wettbewerbsfähigkeit in hochindustrialisierten Ländern plastisch. Dort liegen etwa Länder wie Schweden oder Finnland mit höchstens einem Zehntel der derzeitigen deutschen Bevölkerungszahl und vergleichbaren politischen Rahmenbedingungen meist deutlich vor Deutschland. Der trotz expansiver Einwanderungspolitik vorhandene relative "Einwohnermangel" wird in den genannten Ländern zum Anlass genommen, mehr und qualitativ in die Ausbildung zu investieren oder soziale Barrieren der Entfaltungsfähigkeit abzubauen.

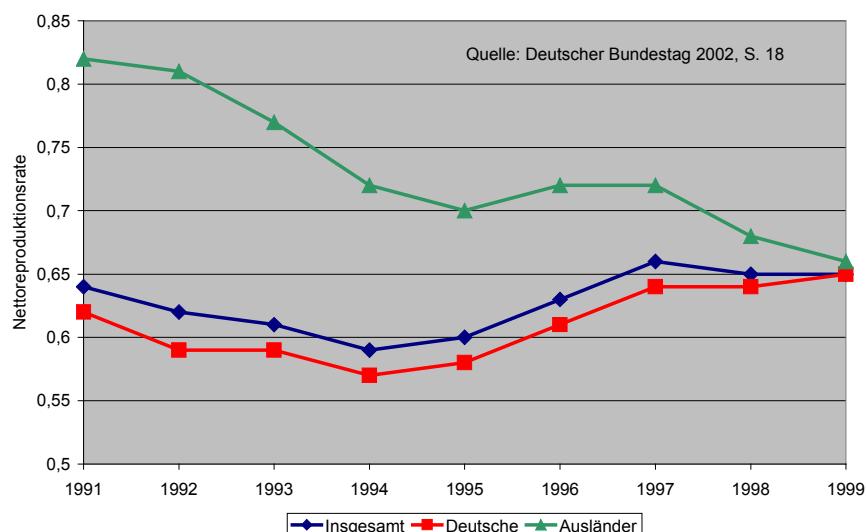
2.3.3 Geburten- und Bevölkerungswachstums durch Einwanderung?

Die Einwanderung ausländischer BürgerInnen war, ist und wird eine wichtige Quelle des Bevölkerungswachstums in Deutschland und vergleichbaren Nachbarländern sein. Möglicherweise ist aber insbesondere die Vorstellung, die inländische Kinderzahl durch mehr Kinder ausländischer Familien zu erhöhen nicht nur moralisch suspekt (z.B. durch die Reduktion auf eine Art "Gebärmaschinen"), sondern auch empirisch unzutreffend.

Dafür sprechen insbesondere zwei Aspekte: Erstens zeigen Modellrechnungen über die Anzahl von Einwanderern, die nötig sind, um die gewünschten "Verjüngungseffekte" zu erreichen oder die Anzahl der Einwohnerzahl stabilisieren zu können "absurd hohe Zahlen" (Lutz 2003, 3). Zweitens gibt es Anzeichen für einen im spezifischen Zusammenhang

mit der erwarteten höheren Geburtenrate von Einwanderinnen unerwünschten Anpassungseffekt. Wie die Abbildung 7 zeigt, haben sich nämlich im Laufe der 1990er Jahre die Nettoreproduktionsraten der ausländischen Frauen nahezu völlig denen der deutschen Frauen angeglichen. Unabhängig von der Frage, ob die von Ausländerinnen in Deutschland geborenen Kinder auch wirklich in Deutschland bleiben können und werden, wirken die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen offensichtlich so stark, dass Erwartungen für die Erhöhung der Geburtenrate nicht auf eine unbremsbare Geburtenfreudigkeit von Einwanderinnen gegründet werden können.

Abbildung 7: Nettoreproduktionsrate von deutschen und ausländischen Frauen in Deutschland 1991-1999



2.4 Einflussfaktoren auf die Geburtenentwicklung

Generell ist die Erkenntnis wichtig, dass die Geburtenentwicklung weder auf einer Ursache oder Triebkraft beruht noch allein durch materielle oder immaterielle, d.h. soziale oder kulturelle Faktoren bestimmt wird. Praktisch durchgängig wirken finanzielle oder organisatorische mit soziokulturellen oder weltanschaulichen Bedingungen zusammen. Berücksichtigt man dies nicht, reduzieren sich die Möglichkeiten, das Geschehen zu verstehen, oder wird es sehr schwierig, die künftige Entwicklung der Kinderzahl zu beeinflussen. Weder moralische Appelle, Investitionen in die Betreuungs-Infrastruktur noch Barzahlungen an die Eltern allein (!) führen daher zu nennenswerten Effekten.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit stellen wir eine Reihe der Faktoren, Determinanten und Elemente vor, über deren Bedeutung und Gewicht Männer und Frauen in Deutschland befragt wurden und die in nationalen und internationalen bevölkerungswissenschaftlichen Studien oder in der bevölkerungspolitischen Debatte als relevant für die Bevölkerungsentwicklung gehalten werden.

2.4.1 Vorbedingungen für Kinderwünsche in Deutschland

Die in der Abbildung 8 aus einer 2005 veröffentlichten Untersuchung zusammengestellten "harten" (z.B. Finanzen) und "weichen" (z.B. Lebensgenuss) Vorbedingungen, die für Männer und Frauen vor der Zeugung und Geburt eines Kindes geklärt oder geschaffen sein müssen, geben einen guten ersten Überblick über die Spannweite der in seriösen Analysen der Geburtenentwicklung gleichzeitig und gleichrangig zu beachtenden Faktoren:

- Am häufigsten werden Bedingungen genannt, die dabei helfen, Ungewissheit über die nächsten Lebensjahre zu vermindern und gewisse Sicherheiten erlangen helfen. Diese Art von Faktoren reichen von einer stabilen Beziehung²¹ bis zur Gewissheit, dass ein Einkommen für die Lebensgestaltung der verheirateten oder in einer Lebensgemeinschaft zusammenlebenden Partner ausreicht oder mindest einer der Partner in einer beruflich gesicherten Situation oder Position angelangt ist. Welche große Bedeutung die Bündelung vieler dieser Gründe spielt, wird in einer bereits 2004 veröffentlichten Befragung der BürgerInnen im Alter von 18 bis 44 Jahren deutlich: "Daraus folgt zwangsläufig ein relativ später Beginn der Familienphase, und zwar um so später, je besser die Ausbildung der Frauen ist. 18- bis 44jährige Kinderlose hängen mit großer Mehrheit der Vorstellung an, daß Kinder erst eingeplant werden sollten, wenn man sicher im Berufsleben steht und auch die Unabhängigkeit genossen hat. 38 Prozent der Eltern, 61 Prozent der Kinderlosen vertreten diese Auffassung. Auch Kinderlose mit ausgeprägtem Kinderwunsch vertreten mehrheitlich die Position, man müsse erst einmal etwas 'vom Leben haben und sicher im Berufsleben stehen', bevor Kinder kommen. Von Kinderlosen, die Kinder für sich persönlich zwar nicht ausschließen, aber sie nur als eine mögliche Option betrachten, sind sogar zwei Drittel dieser Auffassung" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 20).

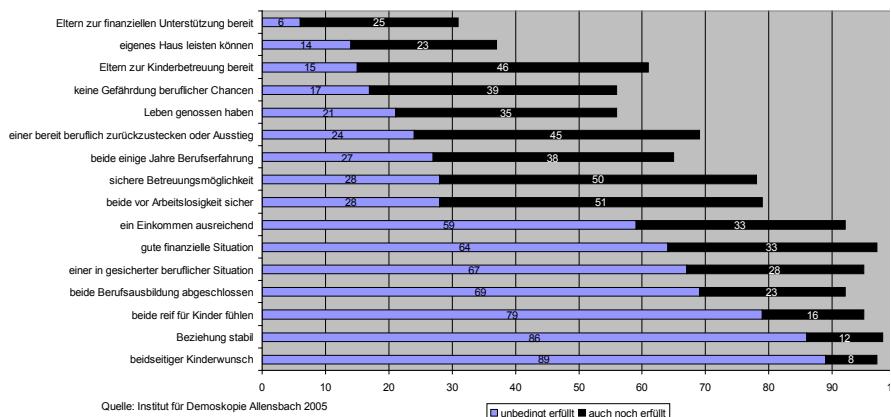
Wie gewichtig es ist, vor der Realisierung eines Kinderwunsches eine Berufsausbildung abgeschlossen zu bekommen, zeigte sich bereits in einer früheren Befragung. Dort lautete die Frage: "Es ist vorgeschlagen worden, verstärkt spezielle Angebote für die Kinderbetreuung zu schaffen, damit die Kinderbetreuung gesichert ist, wenn man während der Ausbildung oder in den ersten Berufsjahren Kinder bekommt. Einmal angenommen, solche Angebote gäbe es jetzt überall, was fänden Sie dann ganz allge-

²¹ "Aber auch die antizipierte Unsicherheit der Partnerschaft spielt eine wichtige Rolle. Dies legen Ergebnisse von Eckhard und Klein (2004) nahe, die in einer Sonderauswertung des Familiensurveys einen steigenden Elternschaftswunsch mit der Dauer der Paarbeziehung sowie einen positiven Zusammenhang zwischen Elternschaftswunsch und subjektiver Einschätzung der Beziehungsstabilität feststellen." (Bertram et al. 2005, 21)

mein besser: Kinder früh zu bekommen oder erst die Ausbildung und die ersten Berufsjahre abzuschließen?" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 27) Für 85 Prozent kam erst der Abschluss der Ausbildung, 6 Prozent würden dann Kinder früh bekommen und 9 Prozent der Befragten waren unentschieden (ebd.).

- In einer zweiten Gruppe von Vorbedingungen für Kinderwünsche spielen eine Reihe von Indikatoren der beruflichen und Lebens-Sicherheit zwar weiter eine gewisse Rolle, es kommen aber Faktoren hinzu, bei denen es entweder um den Genuss des eigenen Lebens oder um Details der organisatorischen und finanziellen Absicherung der Kinderversorgung geht. Dazu zählen das Gefühl beider Partner vor Arbeitslosigkeit sicher zu sein, der Genuss von beruflichen Erfolgen, die oft erst nach mehrjähriger Berufstätigkeit möglich sind, und die Möglichkeit, sich mit oder ohne Unterstützung Dritter eine Immobilie leisten zu können. Wichtig ist hier die offensichtlich weit verbreitete Vorstellung, vor der Alternative „Entweder-Kind-oder-Beruf“ zu stehen. Danach erfordert ein Kind die Bereitschaft eines Partners, seine Berufstätigkeit zu beenden und die Gewissheit oder hohe Wahrscheinlichkeit, dass dies nicht existenzielle finanzielle Folgen nach sich zieht.

Abbildung 8: Materielle und immaterielle Vorbedingungen für Kinderwünsche



- Zusätzlich zu den genannten Faktoren oder an ihrer Stelle steuert aber auch noch die explizite "Sorge vor finanziellen Einschränkungen" die Bereitschaft von Eltern wie Kinderlosen zu (weiteren) Kindern: "39 Prozent aller 18- bis 44jährigen, 45 Prozent der Eltern aus dieser Altersgruppe sind überzeugt, daß Eltern mit Kindern in der Gesellschaft benachteiligt sind. Dabei denken nicht alle, aber mit Abstand die meisten an finanzielle Nachteile. 36 Prozent der Eltern nennen spontan wirtschaftliche Nachteile, die Eltern gegenüber Kinderlosen in dieser Gesellschaft haben. 62 Prozent der Eltern ziehen die Bilanz, daß sie nach der Geburt ihres ersten Kindes finanziell in einer schlechteren Position waren als zuvor; die Hälfte von ihnen berichtet von einer deutli-

chen Verringerung der finanziellen Ressourcen" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 41).

Indem Politik dieses Problem durch die klassischen Geldtransfermöglichkeiten wie vor allem den Kindergeldzahlungen zu lösen versucht, gerät sie in das möglicherweise folgenreichere Dilemma, nicht genügend Geld für kollektive Infrastrukturleistungen zur Verfügung zu haben und damit nichts oder zu wenig gegen die Unvereinbarkeitsprobleme von Familie und Beruf unternehmen zu können.²²

Hinzu kommt, dass ein expliziter "Zusammenhang zwischen Sorgen vor Einschränkungen und der Realisierung von vorhandenen Kinderwünschen (...) nur begrenzt nachweisbar (ist)." Dies gilt einerseits für Erwachsene mit Kindern, bei denen "es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den wirtschaftlichen Verhältnissen und dem Wunsch, weitere Kinder zu haben (gibt)." Dies gilt aber auch für "Kinderlose mit dezidiertem Kinderwunsch", die "mit überwältigender Mehrheit entschlossen (sind), diesen Wunsch umzusetzen, und zwar weitgehend unabhängig davon, ob sie spürbare materielle Einschränkungen befürchten oder nicht. 77 Prozent der Kinderlosen mit Kinderwunsch, die mit spürbaren Einschränkungen rechnen, gehen davon aus, daß sie ihren Wunsch umsetzen werden, 79 Prozent der Kinderlosen mit Kinderwunsch, die keine spürbaren Einschränkungen erwarten" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 44).

Belegbar sind aber die durch Erwerbsunterbrechungen, also vor allem die befristete Nichterwerbstätigkeit wegen der Geburt eines Kindes, verursachten tatsächlichen individuellen Folgekosten. Nach einer Untersuchung am Mannheimer Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) vermindert eine einjährige Erwerbspause das durch die Berufserfahrung erworbene Humankapital um 33 Prozent und kann daher ohne gezieltes Gegensteuern auch zu langfristig geringeren Einkommen führen (Beblo/Wolf 2002). Die Ängste vor Einschränkungen sind also keineswegs lediglich vorgeschoßener oder "geföhlt" Art, sondern sehr konkret und berechtigt.

Das Besondere und Vertrackte großer und wichtiger Elemente der vorgestellten individuellen Bedingungsbündel, die Kinderwünsche verzögern oder Kinder verhindern können, besteht darin, dass sie in gesellschaftlichen Zusammenhängen für wünschenswert gehalten und gefördert werden. Dies gilt beispielsweise für den Abschluss einer möglichst guten Berufsausbildung und die Sammlung von Berufserfahrung als Eckpunkte von Bildungspolitik oder auch die Anschaffung von Wohneigentum als eigenverantwortlichem Beitrag zur Altersvorsorge.

²² Das Ganze wird auch dadurch nicht einfacher, "daß Männer wie Frauen einer Ausweitung der finanziellen Familienförderung den Vorrang vor einer Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur einräumen." (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 54) Dieses Ergebnis erinnert auf dem Hintergrund des Fortwirkens des traditionellen 3-Phasenmodells für Frauen an das Bild vom Spatzen in der Hand, den man mitnimmt, weil man sich nicht sicher sein kann, die Taube auf dem Dach wirklich zu bekommen.

Damit ist aber eine Entwicklung angesprochen, die nur dann erklärt und beeinflusst werden kann, wenn neben das landläufige ökonomische Modell über die Entscheidung "pro oder contra Kinder" ein nichtökonomisches theoretisches Modell tritt, das die Debatte um wichtige Dimensionen erweitert und anreichert.

Im Zentrum des weit verbreiteten und viel genutzten ökonomischen Modells stehen die so genannten Opportunitätskosten²³ für die Zeugung und Erziehung von Kindern. Je höher diese sind, desto schwerer fällt die Entscheidung "pro Kind" und umgekehrt: "In der Regel (werden) zu wenig Kinder geboren, wenn die Aufwendungen für Kinder (Opportunitätskosten) sehr hoch werden und bei einer Entscheidung für Kinder handfeste und erkennbare Benachteiligungen in anderen Lebensbereichen Eltern davon abhalten, sich für Kinder zu entscheiden (...). Daher ist es notwendig, die Opportunitätskosten für Kinder zu senken, damit Kinderwünsche eher realisiert werden können, und gleichzeitig sicherzustellen, dass Benachteiligungen von Müttern im Beruf durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen oder beseitigt werden" (Bertram et al. 2005, 6). Wie die gerade etwas näher betrachteten Vorbereidungen für Kinderwünsche zeigen, setzt das Modell der Opportunitätskosten an zahlreichen realen Faktoren an.

Zum problemlosenden Handlungsrepertoire des ökonomischen Modells gehören dann z.B. der Ausbau der Kinderbetreuung, eine bessere Abstimmung der Arbeits- und Kinderbetreuungszeiten mit dem Ziel, die Erwerbstätigkeit der Frauen mit Kindern zu ermöglichen und die Absicherung der Möglichkeit von zwei individuellen Einkommen.

2.4.2 Qualifizierung und Gebärhäufigkeit

Ein anderer Blickwinkel aus dem versucht wird, die reale Geburtenentwicklung zu erklären, hebt auf eine möglicherweise unerwünschte (Neben-)Wirkung der im und für den Übergang von der Produktions- in die Wissensgesellschaft zentralen Ressource Bildung ab. Danach könnte es sein, "dass möglicherweise nicht die Opportunitätskosten das zentrale Problem sind, sondern ein Grundwiderspruch zwischen der Entwicklung des Humankapitals in einer Gesellschaft und der Entwicklung der Ressourcen für dieses Humankapital: Je mehr in die individuelle Bildung investiert wird, umso unwahrscheinlicher ist die Entscheidung für Kinder, insbesondere für mehrere Kinder" (Bertram et al. 2005, 13/14).

Der gesellschaftlich für notwendig und erwünscht erachtete wachsende Aufwand für eine hohe Primärqualifikation und für das "lebenslange Lernen" wirkt sich in dem oben umrissenen Bedingungsgefüge für Kinderwünsche in mehrfacher Hinsicht hemmend aus: Sofern sich nichts an den derzeitigen, eher kinderhemmenden sozialen Umständen der Erstausbildungsphase in Deutschland ändert, trägt diese Phase massiv zur Verschiebung der Zeugung und Geburt des ersten Kindes ins höhere Lebensalter bei. Die Notwendigkeit zum "lebenslangen Lernen" belastet nicht nur das Zeitbudget der bereits älteren Männer und

²³ Opportunitätskosten bringen den Nutzen zum Ausdruck, der einem Individuum dadurch entgangen ist, dass er bei grundsätzlich knappen Mitteln oder Ressourcen das Gut X gewählt hat und auf das Gut Y verzichtet hat.

Frauen, sondern trägt zu einer speziellen sozialen Verunsicherung und Ungewissheit über die weiteren Lebensumstände bei. Deren Kalkulierbarkeit und Sicherheit ist aber eine der fördernden Bedingungen für den Wunsch nach Kindern und seine Realisierung.

Die bereits seit Jahrzehnten anhaltenden Verschiebungsprozesse der Zeitpunkte von Selbstständigwerden, Familiengründung und Kinderkriegen und entsprechende empirische Analysen in den USA und Deutschland fördern die folgende Schlussfolgerung: "Eine erfolgreiche Ausbildung als Investition in das eigene Humankapital, beruflicher Erfolg und die Zugehörigkeit zur obersten Einkommensgruppe scheinen (...) überwiegend nur dann erreichbar zu sein, wenn die Entscheidung im Wesentlichen für eine berufliche Karriere getroffen wird und andere Optionen im Leben, wie die Gestaltung des eigenen Lebens zusammen mit Kindern, demgegenüber geringer gewichtet werden" (Bertram et al. 2005, 14).

Zum Gestaltungsrepertoire dieser Betrachtungsweise gehört an erster Stelle die Veränderung von Wertevorstellungen, die z.B. in den Debatten über kinderlose oder -arme Akademikerinnen auftauchen. Dem müssen sich aber auch konkrete bildungspolitische Überlegungen darüber anschließen, wie eine immer und länger dauernde und besser werdende Ausbildung von immer mehr Menschen mit den gleichzeitig erhobenen Forderungen nach "wieder mehr Kinder" in Einklang gebracht werden können. Dies muss weit über die Forderung hinaus reichen, die Ausbildungszeiten zu verkürzen und beispielsweise auch komplexe Überlegungen zur Vereinbarkeit von hochqualifizierter Arbeit mit Kindern umfassen.

Auf eine weitere, aber völlig anders gelagerte Auswirkung des höheren Bildungsniveaus insbesondere von Frauen auf die Gebärhäufigkeit kommt der Bielefelder Lebenslaufforscher Hans-Peter Blossfeld zu sprechen, wenn er sich mit den Besonderheiten der Partnerwahl befasst. Danach ist das Partnerwahlverhalten von Frauen und Männern noch sehr traditionell geprägt: "Männer heiraten vom Bildungsniveau her gesehen häufig entweder gleich qualifizierte Frauen oder Frauen, die einen niedrigeren Bildungsabschluss haben. Frauen hingegen wählen in der Regel einen gleich qualifizierten Partner oder einen höher Gebildeten. Wenn nun die Frauen immer qualifizierter werden, ... dann verringert sich der Pool an Männern, aus dem sie ihren Partner" und potenziellen männlichen Partner wählen können. Um dies auszugleichen, müssten 18 Prozent der Frauen "nach unten heiraten". Tatsächlich tun dies aber nur 8 Prozent der Frauen, was für die Mehrheit das Single-Dasein zur Folge hat (Blossfeld 2005).

2.4.2.1 Exkurs: Die Kinderlosigkeit von Akademikerinnen

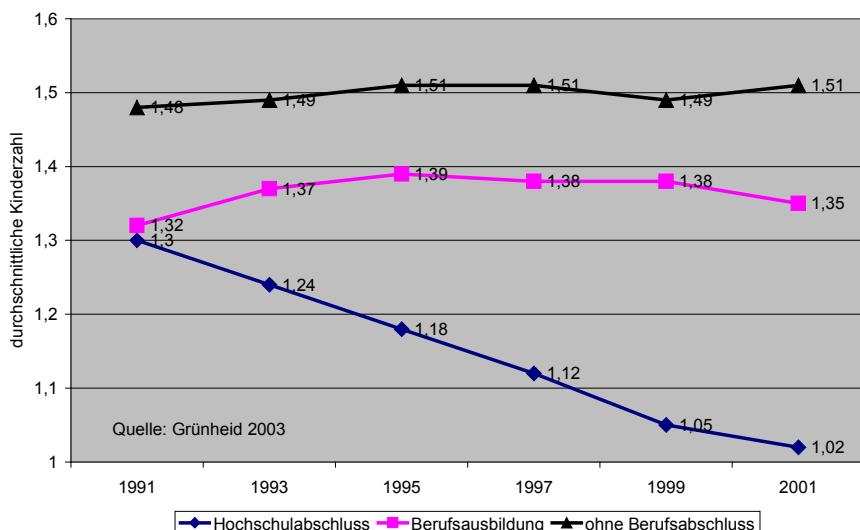
Von dem Dilemma zwischen hoher Qualifikation und möglichst langer Beteiligung am ausbildungsadäquaten Erwerbsleben auf der einen und Kinderwünschen auf der anderen Seite sind hochqualifizierte Frauen am stärksten betroffen. Deshalb und weil es zur Kinderlosigkeit von Akademikerinnen mittlerweile auch eine polemisch geführte und mit moralischen Vorwürfen gespickte exemplarische Debatte gibt, wollen wir uns etwas ausführlicher mit den dabei vorgebrachten Argumenten beschäftigen.

Die besondere Situation der Frauen mit hoher Qualifikation lässt sich so zusammenfassen: „Sie sind in der Regel nach ihrer Ausbildung und ersten Berufsjahren bereits Anfang bis Mitte 30; damit ist das Zeitfenster, das für die Elternschaft subjektiv als ideal empfunden wird, noch enger als im Durchschnitt der Frauen“ (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 20).

Nach einer Analyse von Mikrozensusdaten heben Wirth und Dümmler (2004) mehrere Strukturbesonderheiten des reproduktiven Verhaltens von Akademikerinnen hervor: Ihre Kinderanzahl bis hin zur Kinderlosigkeit resultiert vorrangig aus der verzögerten Partnerwahl und Familiengründung und nicht aus einer *a priori* "verringerten Geburtenneigung" (2). Für eine theoretisch mögliche andere Abfolge der Ereignisse, d.h. der primären Existenz einer "verringerten Geburtenneigung", die dann zu einer verzögerten Partnerwahl, Heiratsneigung und Kinderhäufigkeit führt, spricht wenig. Viel mehr spricht dagegen für den verhaltensprägenden Einfluss der in einer gewissen Unselbständigkeit verlaufenden langen Ausbildung und der spezifischen Anreize zu einer langen Unselbständigkeit oder Elternabhängigkeit der deutschen Variante des Übergangs von der Ausbildung in die Selbstständigkeit (dazu mehr im Abschnitt 2.4.5). "Späte Mutterschaft" im Alter von mehr als 35 Jahren ist in dieser Gruppe "nicht unüblich" (ebd.). Bei der erhöhten Kinderlosigkeit oder geringeren Kinderzahl von Akademikerinnen handelt es sich um "kein neuartiges Phänomen" (2). Es war nur z.B. vor 30 Jahren wegen der damals geringeren Anzahl von Frauen mit akademischen Abschluss nicht aufgefallen. Schaut man sich aber dennoch die Entwicklung über längere Zeit an, liegt "die Kinderlosigkeit bei verheirateten Hochschulabsolventinnen in den letzten drei Jahrzehnten relativ konstant bei etwa einem Fünftel" (Wirth/Dümmler 2004, 6). Nimmt man alle Hochschulabsolventinnen, zeigt sich, so der jüngste Familienbericht der Bosch-Stiftung, ein Rückgang (!) des Anteils kinderloser Frauen zwischen 1971 und 2003. Was im derselben Zeit aber zugenommen hat ist interessanterweise der Anteil hochqualifizierter Männer ohne Nachwuchs, und zwar von rund 15 auf rund 35 Prozent (Robert-Bosch-Stiftung 2005, 48).

In der gegenwärtigen Debatte um kinderlose Akademikerinnen spielt die folgende Darstellung eine initiale Rolle. In ihr geht es um die aktuell vergleichsweise niedrige Kinderanzahl der 35-40-jährigen Frauen mit Hochschulabschluss im Zeitraum 1991 bis 2001, die sich mit großer Sicherheit auch noch bis heute findet und weiter finden dürfte. Im Vergleich mit Frauen, die keinen Berufsabschluss oder eine nichtakademische Berufsausbildung absolviert haben, fällt besonders der kontinuierliche Rückgang der Kinderanzahl der jeweils zwischen 35 und 40 Jahren alten Akademikerinnen ins Auge.

Abbildung 9: Durchschnittliche Kinderzahl westdeutscher Frauen zwischen 35 und 40 Jahren nach Bildungsabschluss 1991 bis 2001



An diesen Zahlen entwickelte sich nun eine Debatte, die noch keineswegs abgeschlossen ist und eine Reihe problematischer Zungenschläge enthält.

Am unverblümtesten formuliert es der FDP-MdB Daniel Bahr: "In Deutschland kriegen die Falschen die Kinder - nur die sozial Schwachen" (zit. nach SZ 25.1.2005).

Etwas vornehmer formuliert, aber sachlich nicht wesentlich anders gemeint, geistert diese Position bereits seit einigen Jahren durch diverse familienpolitische Beiträge: "... finanzielle Anreize haben ihre Grenzen. Wird Menschen immer mehr dafür bezahlt, dass sie sich fortpflanzen, verliert das Kinderkriegen seine Selbstverständlichkeit noch weiter. Die Zahl derer, die Kinder bekommen, nimmt weiter ab, und die daran festhalten, tun dies (...) entweder, um ihre psychologischen Bedürfnisse in die lieben Kleinen zu projizieren - oder weil sich Kinder finanziell rechnen. Wen wundert es, wenn vor diesem Hintergrund (...) hinter vorgehaltener Wissenschaftlerhand vom »down-breeding« die Rede ist, davon, dass diejenigen, die sich fortpflanzen, nicht unbedingt zur geistigen Elite ihrer Gesellschaft gehören" (Michael Klein in Die Welt vom 30.12.2003).

Da es schlecht möglich ist, denjenigen, die nicht zur „geistigen Elite“ gezählt oder gerechnet werden, offen ihre Fortpflanzung vorzuwerfen, häufen sich politische und moralische Anklagen und Appelle gegenüber den Kinderlosen und vor allem den hoch qualifizierten Kinderlosen. Der Tenor ist eindeutig: Sie blieben mit ihrem Verhalten der Gesellschaft etwas schuldig und gefährdeten die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme oder gar der gesamten Gesellschaft.

Unter der alarmierenden Überschrift „Deutschlands kinderlose Elite: Lauter letzte Menschen. Nehmen wir Abschied vom Mythos der Familie - oder von der Zukunft“ bewertet der Bildungsexperte R. Kahl die Kinderlosigkeit von Akademikerinnen als wesentlichen Bestandteil eines wahrhaftigen Endzeit-Szenarios: „Was bedeutet es, wenn sich ausgegerechnet ein großer Teil der Bildungselite aus dem generativen Prozess verabschiedet? Es ist ja nicht nur die demografische Verfinsternung, die nun zu all den anderen Deutschland-Krisen noch hinzukommt. Und es ist nicht nur diese zusätzliche Bildungskatastrophe, wenn ausgerechnet die Familien streiken, die am meisten Wissen und Kultur weitergeben könnten. Der Schatten liegt nicht erst auf der Zukunft. Was ist mit unserer Gegenwart los, dass viele nicht weitemachen, nichts weitergeben, keine Zukunft produzieren wollen? Man denkt unwillkürlich an Nietzsches Schmähwort von den letzten Menschen. Was bedeutet ein Leben unter dem Vorzeichen, nach uns kommt nichts mehr?“ (Welt am Sonntag vom 25.4.2004)

Weil hier geradezu lehrstückhaft versucht wird, ein sachliches Geschehen zu moralisieren, zu dramatisieren und sachliche Diskussionen durch Ressentiments, appellative Vorhaltungen und Schulduweisungen zu ersetzen, lohnt sich ein gründlicher Blick auf zentrale Argumente dieser Debatte.

Als erstes wird das besondere biografische Muster von hochgebildeten Frauen fast durchweg ignoriert oder nur am Rande gestreift. So ist ihre hohe und langandauernde Qualifizierung gesellschaftlich ebenso gewollt und gewünscht wie die möglichst intensive Nutzung der damit erworbenen Fähigkeiten innerhalb von Arbeitsprozessen. Dass eine hohe Qualifikation meist nicht ohne zusätzliche "Lasten" erreicht werden kann und einige Lebensjahre kostet, hat viele, aber meist nur schwer beeinflussbare Gründe. Dies kann aber nicht ein- und denselben Frauen als "Gebärfaulheit" oder individuelles Fehlverhalten vorgeworfen werden. Eine genauso vorwurfsvolle Kritik würde wahrscheinlich auch sofort dann hörbar, wenn die frisch examinierten Frauen sich an die aktuellen Appelle halten würden, gleich heirateten, Kinder bekämen und zumindest vorübergehend nicht erwerbstätig wären.

Zweitens werden die möglichen gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Kinderlosigkeit von hochqualifizierten ebenso wie für weniger qualifizierten Frauen kaum zur Kenntnis genommen. Zu denken ist hierbei in Deutschland an das immer noch vorherrschende Verhältnis von Arbeit/Beruf und Familie, das eher durch Polarisierung und „Entweder-Oder“ geprägt ist als eine gelungene Koexistenz darstellt oder durch integrative Arrangements bestimmt wird. An was es mangelt sind flexible Rückkehrregelungen in die frühere berufliche Position, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten oder familienfreundliche Arbeitszeitregelungen.

Drittens unterschlägt die Konzentration auf die Kinderanzahl von 35-40-jährigen Frauen und die ausschließliche Präsentation dieser partiellen Informationen die durchaus noch realistisch mögliche Geburt von Kindern im letzten Jahrfünft der biologischen Gebärfähigkeit derselben Frauen. In einem Beitrag aus dem Rostocker Max Planck-Institut für Demographische Forschung, der sich speziell mit der Debatte um die Kinderlosigkeit von Akademikerinnen beschäftigte, weist die Verfasserin (Kreyenfeld 2004, 4) auf den Sachverhalt hin, dass "späte erste Mutterschaften zunehmen. Dies zeigt das Beispiel der Akademike-

rinnen: 45 Prozent der westdeutschen Frauen mit Hochschulabschluss sind mit 35 Jahren kinderlos, wenn man das Kriterium "im Haushalt lebender Kinder" (im Mikrozensus - Anmerkung des Verfassers) heranzieht. Im Alter von 45 trifft dies aber nur auf 32 Prozent zu. Diese Werte lassen vermuten, dass weniger Akademikerinnen in Westdeutschland kinderlos sind als allgemein angenommen."

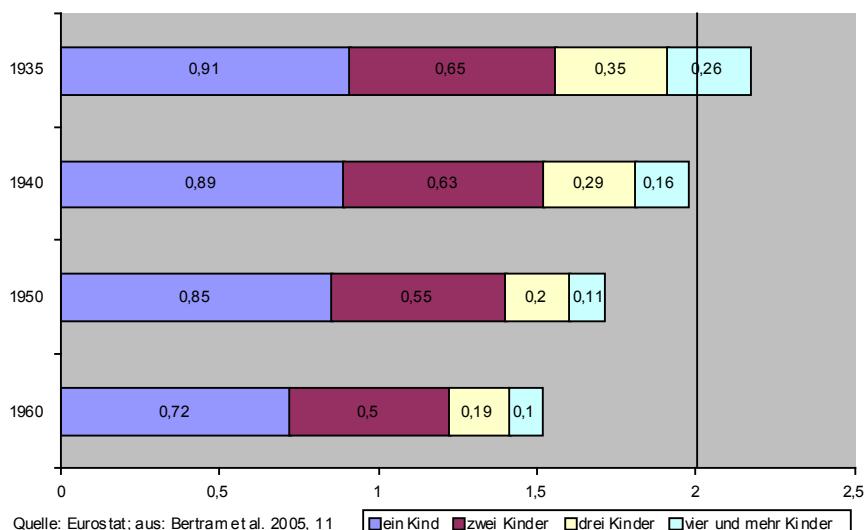
Dies wird durch eine parallele Analyse der Mikrozensus- und SOEP- (Sozioökonomisches Panel) Daten für Akademikerinnen im Jahre 2003 bestätigt. Danach waren 2003 mindestens 30 Prozent (SOEP) oder 31 Prozent (Mikrozensus) der 38-43-jährigen und damit am Ende ihrer biologischen Gebärfähigkeit befindlichen Akademikerinnen kinderlos (Scharain/Unger 2005, 13) - weniger als vielfach behauptet aber immer noch recht viele.

2.4.3 Kinderlosigkeit

Naturgemäß haben der Anteil kinderloser Frauen und die Anzahl von Kindern pro Frau einen insgesamt wichtigen Einfluss auf die Höhe der Geburtenrate. Der Anteil kinderloser Frauen im gebärfähigen Alter wird derzeit auf 30 Prozent geschätzt und schwankt je nach sozialem Status und Bildungsgrad erheblich. Bei Akademikerinnen wird aktuell sogar von rund 42 Prozent gesprochen (vgl. Genauereres in den Abschnitten 2.4.3.1 und 2.4.2.1 mit einem Exkurs über kinderlose Akademikerinnen).

Wie die Abbildung 10 zusätzlich zeigt, ist die Vergangenheit durch das langsame Verschwinden der Mehrkinderfamilie charakterisiert. Die Häufigkeit von Familien mit drei und mehr Kindern in den betrachteten Geburtsjahrgängen 1935 bis 1960 sinkt stärker als die Kinderanzahl pro Frau in diesen Jahrgängen insgesamt.

Abbildung 10: Geburtenentwicklung nach Anzahl der Kinder in den Geburtsjahrgängen 1935 bis 1960



Auch für die völlige Kinderlosigkeit oder die Tendenz zur Ein-Kind-Elternschaft gibt es eine Reihe von Erklärungen - polemische, dramatisierende und realistische.

2.4.3.1 Kinderlosigkeit: Weder ein aktuelles noch ein besonders genau zu quantifizierendes Phänomen

Auch wenn sich die Prognostiker nicht auf eine Zahl einigen können²⁴ gilt die völlige Kinderlosigkeit einer rasch wachsenden Anzahl von Frauen als ein besonders schwerwiegend bewerteter Faktor des Rückgangs der Geburtenzahl.

Die Selbstgewissheit dieser Meinungsfront vernachlässigt eine schon etwas ältere Warnung vor der Wirklichkeitsnähe der dafür genutzten Daten: "Gegenwärtig erlaubt es die Datenlage nicht, exakte bevölkerungsstatistische Angaben zur Kinderlosigkeit zu machen. Zu groß sind die in den Konzepten der Datenerhebung angelegten Schwierigkeiten" (Dorbritz/Schwarz 1996, 231). Keine der standardmäßig genutzten Quellen, also weder die

²⁴ So schwanken die Prognosen, Szenarien und Beobachtungen zwischen einem Viertel für den Jahrgang 1960 (Borchardt und Stöbel-Richter 2004, 7-8), "über 30 Prozent ... für jüngere Jahrgänge" (Birg und Flöthmann 1992), "einem Drittel" für die "nach 1960 geborenen Frauenjahrgänge" (Birg 2001, 192) und "heute ... 40 Prozent" (Jürgen Borchert im Stern vom 22.02.2001) lebenslang Kinderlosen, ohne dass erkennbar ist, woran diese Unterschiede liegen könnten. Gelegentlich drängt sich aber der Eindruck auf, dass es um möglichst hohe Werte geht.

amtliche Bevölkerungsstatistik, der Mikrozensus noch Surveys, ist danach geeignet, sämtliche Wissensdefizite restlos zu beseitigen, ohne neue Unklarheiten zu schaffen. Unabhängig davon sind aber Prognosen der Kinderzahl für alle nach 1960 geborenen Frauen, also der 45 Jahre alten und jüngeren Frauen, wegen der Möglichkeit z.B. der heute 25-Jährigen noch später oder spät Kinder zu kriegen, fragwürdig.

Wie unterschiedlich und instabil die Prognosen je nach Wahl der Datenquelle ausfallen, zeigen weitere Beispiele aus der Flut von Prognosen:

- Auf der Grundlage von Daten der amtlichen Bevölkerungsstatistik werden die Anteile kinderloser Frauen folgendermaßen bilanziert: „Während die in den 30er und 40er Jahren des 20. Jahrhunderts geborenen Frauen nur zu rund 10 Prozent kinderlos blieben, ist bei den in den 50er Jahren geborenen Frauen bereits jede 5. ohne Kinder, für die 10 Jahre jüngeren Frauen rechnet man bereits mit 30 Prozent Kinderlosigkeit“ (Grünheid 2002, 60).
- Schwarz (2002, 8) berechnet 2002 mit Mikrozensus-Daten dagegen für die 1961 bis 1965 geborenen Frauen eine Kinderlosen-Rate von 24 Prozent. Dorbritz, wie Schwarz am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beschäftigt, korrigiert fast zum selben Zeitpunkt die Erwartung eines Kinderlosenanteils von 30 Prozent auf 27 Prozent (Dorbritz 2001, 12).
- Wenn die Unsicherheiten der Datenquellen und methodisch fragwürdige Betrachtungswinkel zusammentreffen, entstehen Musterbeispiele für "demografische Märchen" (Berth 2005) vom Schlag der "Akademikerinnen-Kinderlosigkeit": So muss die verbreitete These, 40 Prozent dieser Frauengruppe hätten keine Kinder, nach Meinung des Rostocker Max-Planck-Institut für demografische Forschung mehrfach korrigiert werden. Genau betrachtet bezieht sich die genannte Zahl lediglich auf Westdeutschland und auf die Gruppe der 35- bis 39-jährigen Akademikerinnen. Wenn man die bekannte Tendenz zur späteren Geburt in Rechnung stellt, und stattdessen die Kinderlosigkeit der Gruppe der 38- bis 43-jährigen Akademikerinnen betrachtet, sinkt der Anteil der Kinderlosen auf "nur" noch 31 Prozent. Da es sich dabei um Daten des Mikrozensus handelt, in dem nur die Kinder gezählt und zugeordnet werden, die zum Erhebungszeitpunkt im Haushalt der Frauen leben (also nicht die evtl. verstorbenen, beim Vater lebenden oder sonstwie bereits ausgezogenen Kinder der Frau), liegt der tatsächliche Kinderlosenanteil noch niedriger als bei 31 Prozent aber mit 30 Prozent nur geringfügig niedriger²⁵ (vgl. dazu auch zusammenfassend Berth 2005).

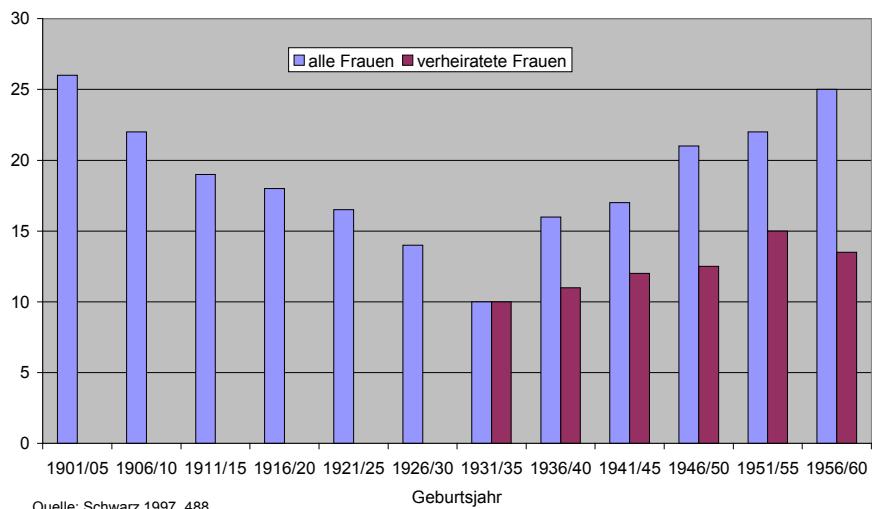
Wenn man beachtet, dass hinter jedem Prozentpunkt tausende Frauen und Kinder stehen, muss also bei sämtlichen Bewertungen und Schlussfolgerungen sehr genau auf Zeitpunkte und Datenquelle geachtet werden.

²⁵ Dies wird, ohne es hier vertiefen zu wollen, von Scharein und Unger (2005) als ein Hinweis angesehen, dass der früh im Lebenslauf von Frauen vermutete Auszug von Kindern doch keine so große Rolle spielt.

Auch der Eindruck, Kinderlosigkeit wäre erst eine moderne Erscheinung und z.B. Ausdruck des Selbstverwirklichungsstrebens "der 68er" oder "frauenbewegter" Frauen, trügt: "In Debatten über kinderlose Paare wird meist nicht zwischen den Ursachen der Kinderlosigkeit differenziert. Häufig wird unterstellt, dass die Kinderlosigkeit in der Partnerschaft bzw. Ehe eine neue Erscheinung sei und bewusst gewählt und freiwillig ist. Kinderlosigkeit war in früheren Zeiten in Deutschland immer schon weit verbreitet und nähert sich jetzt den Zahlen um die vorherige Jahrhundertwende an" (o. Verf. 2003, 8).

Auch wenn an die Aussagekräftigkeit der in der Abbildung 11 zusammengestellten Daten im Detail auch kritische Fragen gestellt werden können (z.B. ob und wie es sich um wirklich genau vergleichbare Messgrößen handelt), zeigt sie deutlich, dass es sich bei der Kinderlosigkeit keineswegs um ein völlig neuartiges Phänomen handelt. Der Anteil der kinderlosen Frauen unter allen Frauen lag für die Geburtsjahrgänge 1956-60 sogar leicht unter dem entsprechenden Anteil bei den in den Jahren 1901-05 geborenen Frauen. Interessant ist dabei der deutliche Unterschied zwischen allen und den verheirateten Frauen, deren Kinderlosenanteile seit dem Geburtsjahrgang 1931 getrennt ausgewiesen werden. Mit uneinheitlicher Tendenz liegt dieser Wert deutlich unter den etwa von Grünheid befürchteten "über 30 Prozent".

Abbildung 11: Anteil der kinderlosen Frauen der Geburtsjahrgänge 1901 bis 1960 im früheren Bundesgebiet

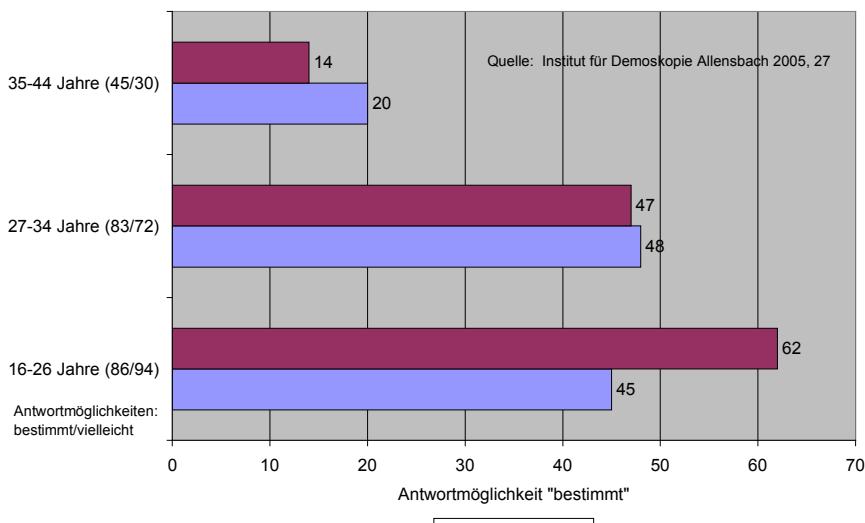


2.4.3.2 Prinzipielle Kinderlosigkeit oder subjektive Geringschätzung von Kindern als Hauptgrund schwindender Kinderzahlen?

Mit häufig kulturpessimistischem Hintergrund sehen zahlreiche Akteure ein rapide schwindendes grundsätzliches Desinteresse an Kindern der zeugungs- und gebärfähigen Personen als Haupttriebkraft der realen Entwicklung. Anders als die pauschale Vehemenz der daraus abgeleiteten Anklagen gegen vergangene Generationen (besonders beliebt "die 68er") oder auch die heutige "Jugend" erwarten ließe, ist die erklärte Absicht zur Kinderlosigkeit oder eine prinzipielle subjektive Geringschätzung von Kindern bei genauerem Hinsehen weit seltener zu finden als der Wunsch Kinder zu haben:

- In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Jahre 2004 gaben z.B. achtzig Prozent der Deutschen an, sich Kinder zu wünschen. Unter den 18 bis 24 Jahre alten Deutschen waren dies sogar 94 Prozent (zit. nach FAZ vom 13.11. 2004).
- Die in der Abbildung 12 dargestellten Häufigkeiten, mit der kinderlose Männer und Frauen einen Kinderwunsch äußern, unterstreichen das bisherige Ergebnis. Sie zeigen, dass unter den Kinderlosen bis zum 35. Lebensjahr mindestens die Hälfte "bestimmt" den Wunsch haben, ein Kind zu bekommen. Nimmt man noch die vagere Antwortmöglichkeit "vielleicht" hinzu (siehe die Zahlen in der Klammer hinter den Altersangaben in der Reihenfolge Männer/Frauen), kommt man auf extrem hohe Wunschhäufigkeiten. Auffällig ist, dass dieser Wunsch bei Frauen über 26 Jahren geringer ausgeprägt ist als bei den Männern der jeweiligen Altersgruppe.

Abbildung 12: Kinderwunsch kinderloser Männer und Frauen nach Altersgruppen 2004 (Angaben in Prozent)



- In einer aktuellen "Familienstudie", die das „Lebensgefühl und die wirtschaftliche Situation junger Familien“ ergründet hat, steht auch nach längerer Erfahrung mit dieser Lebensform die „Familie als Eltern-Kind-Verbund“ für fast 90 Prozent der Deutschen an erster Stelle ihrer persönlichen Prioritäten. Kinder bedeuten für mehr als 85 Prozent der Eltern positive Aspekte wie „gebraucht werden“, „viel Freude“ sowie „lieben und geliebt werden“. Die Antwort „Opfer bringen und verzichten müssen“ folgt mit 68 Prozent erst auf Platz 10 (Institut für Demoskopie Allensbach, zit. nach FAZ vom 12.1. 2005).
- Auch das Familienbild der 18- bis 44-Jährigen ist in Deutschland durch die Existenz von einem oder mehreren Kindern geprägt: "Nur ein verschwindend geringer Anteil hält die kinderlose Familie für ideal, nur eine Minderheit die Ein-Kind-Familie: 13 Prozent halten die Ein-Kind-Familie für ideal, ganze 3 Prozent eine Familie ohne Kinder. Die gesellschaftliche Leitvorstellung orientiert sich heute in hohem Maße an der Zwei-Kind-Familie, die 57 Prozent der 18- bis 44jährigen für die beste Familienkonstellation halten." (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 6).

Dieses Familienbild wird aber noch nicht einmal von den Befragten realisiert: "Die konkreten Kinderwünsche lassen jedoch den Schluß zu, daß für viele bereits ein Kind das Bedürfnis nach Kindern in hohem Maße abdeckt. Von den Eltern aus Ein-Kind-Familien sind nur 20 Prozent fest entschlossen, weitere Kinder zu bekommen, weitere 21 Prozent halten sich diese Option zumindest offen; 57 Prozent schließen weitere Kinder für sich aus. Nach dem zweiten Kind steigt der Anteil, der keine weiteren Kinder möchte, auf 84 Prozent, in den größeren Familien auf 89 Prozent. Insgesamt haben 36 Prozent der 18- bis 44jährigen Eltern nur ein Kind. Wenn von ihnen 57 Prozent weitere Kinder möchten, und gleichzeitig 23 Prozent der Kinderlosen die Elternschaft für sich persönlich ausschließen, so bedeutet dies, daß ein hoher Anteil der 18- bis 44jährigen ihr Leben auf kein oder maximal ein Kind ausrichten. Dieser hohe Anteil, der die persönliche Lebensplanung nicht an der (sogar von ihnen selber präferierten - Einfügung des Verfassers) gesellschaftlichen Normvorstellung der Zwei-Kind-Familie orientiert, kann durch Mehr-Kind-Familien nicht annähernd kompensiert werden. Nur 13 Prozent der 18- bis 44jährigen haben mehr als zwei Kinder, auch nur 16 Prozent der 35- bis 44jährigen." (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 14)

In künftigen Studien sollte vor allem der Frage, warum es in Ein-Kind-Familien nicht zu einem zweiten Kind kommt, genauer nachgegangen werden.

- Auch die jüngste, im Jahre 2003 durchgeführte und 2005 veröffentlichte Studie aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Dorbritz et al. 2005), beginnt mit der positiven Nachricht, dass "80 Prozent der Befragten im Alter zwischen 20 und 45 Jahren Kinder haben oder sich noch Kinder wünschen. Nach wie vor möchte die Mehrheit der Bevölkerung zwei oder mehr Kinder haben"(10). Entgegen früheren Untersuchungen werden aber "im Durchschnitt nur noch 1,7 Kinder gewünscht" (ebd.). Hinzu kommt die Erkenntnis, "dass die Zahlen zum Kinderwunsch zunehmend durch gewollte Kinderlosigkeit geprägt" (10) sind. Als eines "der wichtigen Ergebnisse" ihrer

Studie heben daher Dorbritz et al. hervor: "In Deutschland hat sich das Ideal der freiwilligen Kinderlosigkeit ausgebreitet" (10).

Auch wenn die erhobenen Daten nicht bezweifelt werden, muss die Schlussfolgerung einer Art dauerhafter gewollter Kinderlosigkeit mit einem Fragezeichen versehen werden. Hierfür sprechen zwei Gründe: Zum einen sind Trendprognosen aus einem einmalig gemessenen Wert immer problematisch.²⁶ Zum anderen nennen die Verfasser der Studie selber den speziellen Zeitpunkt ihrer empirischen Erhebung als möglichen Umstand, der ihre Ergebnisse negativ beeinflussen könnte. Sie ziehen daraus aber keine inhaltlichen Konsequenzen.²⁷

- In einer Untersuchung der für die künftige Familien- und Geburtenentwicklung wichtigen Gruppe der 30-34-jährigen Frauen kommt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung zu folgendem Ergebnis: "Die Mehrheit in dieser Altersgruppe folgt noch immer dem traditionellen Familienbildungsmuster, ist verheiratet und hat Kinder. In Westdeutschland sind dies 51,2 Prozent, in Ostdeutschland 53,1 Prozent. Die zweitgrößte Gruppe in Westdeutschland wird aber bereits von Alleinlebenden gebildet (14 Prozent) (...). Verheiratet ohne Kinder sind 11,7 Prozent. In nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben 10,7 Prozent. Der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern (3,2 Prozent) ist sehr niedrig. Es zeigt sich wieder einmal, dass zumindest in Westdeutschland die Ehe für das Zusammenleben mit Kindern bevorzugt wird. Schließlich sind 7,4 Prozent allein erziehend und 3,7 Prozent leben noch im elterlichen Haushalt. Insgesamt leben in 61,8 Prozent der Lebensformen Kinder. Dass tatsächlich am Ende des gebärfähigen Alters 38,2 Prozent der heute 30- bis 34-jährigen Frauen kinderlos sein werden, ist unwahrscheinlich. Durch-

²⁶ Dieser Einwand ist nur zum Teil berechtigt. Im Euro-Barometer aus dem Jahr 2001 gab es nämlich bereits ähnliche Hinweise: "Die Studie (Euro-Barometer 2001 - Einführung des Verfassers) (...) zeigt, dass das persönliche Ideal in der Regel niedriger war als das gesellschaftliche Ideal (...) Die Daten zeigen auch, dass die persönlich ideale Kinderzahl in Deutschland und Österreich besonders bei jüngeren Frauen auf deutlich unter zwei Kinder gesunken ist. Mit ihren niedrigen Idealvorstellungen sind Frauen im deutschen Sprachraum eine Ausnahme in Europa (...) Frauen der jüngeren Jahrgänge (im Alter von 20 bis 34 Jahren) wünschen sich hier durchschnittlich sogar nur 1,7 Kinder (...) Das Eurobarometer zeigt, dass Frauen in allen Ländern Europas im Durchschnitt 0,2 bis 0,4 Kinder weniger (...) erwarten als sie persönlich ideal finden." (Lutz/Milewski 2004, 2) Da der Zahl von 1,7 Kindern hier aber nur Angaben der 20-34-jährigen Frauen zu Grunde lagen, handelt es sich bei den aktuellen Ergebnissen nicht um eine Bestätigung oder die Fortsetzung eines Trends, der 2001 begonnen haben könnte.

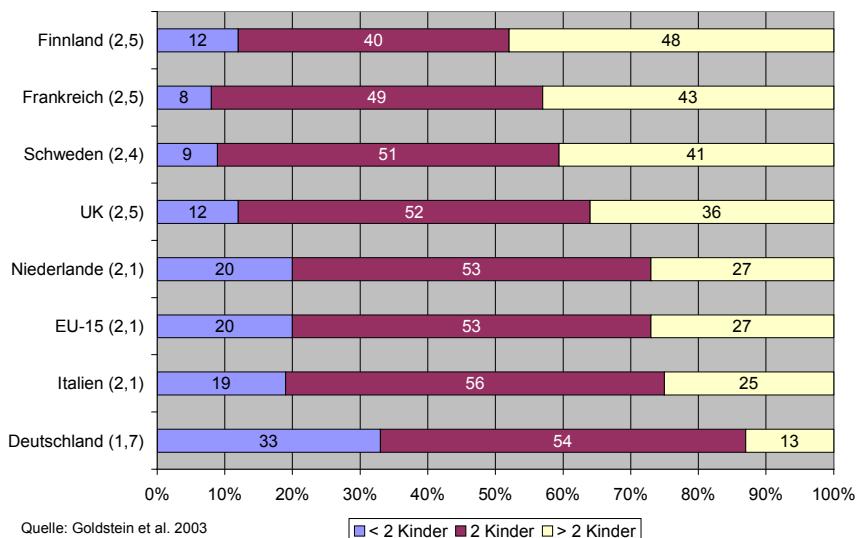
²⁷ Die Vorstellung der Hauptergebnisse beginnt mit folgenden Hinweisen: "Der Survey (...) wurde in der ersten Hälfte des Jahres 2003 in einer Zeit erhoben, in der demographisch relevante Themen wie die Diskussion um das Zuwanderungsgesetz, die Gefährdung der sozialen Sicherungssysteme durch das Altern der Bevölkerung oder die an den Sicherungssystemen partizipierenden Kinderlosen massiv der Öffentlichkeit bewusst wurden. Unsere Ergebnisse sind ganz sicher davon nicht unberührt geblieben" (Dorbritz et al. 2005, 8).

schnittlich beginnt die Familienbildungsphase erst kurz vor dem 30. Lebensjahr. Es ist also zu erwarten, dass über späte Geburten der Anteil Kinderloser noch sinken wird" (BiB 2004, 70).

Zu beachten ist freilich, dass die Lebensform Ehe im Vergleich mit den Verhältnissen vor 20 Jahren einen deutlich geringeren Anteil und eine schwächere Bedeutung und Wertschätzung hat.

- Im internationalen Vergleich fällt für den Beginn dieses Jahrzehnts das allerdings sehr geringe Niveau der Anzahl gewünschter Kinder in Deutschland auf. Wie die Abbildung 13 zeigt, belief sich die erwünschte Kinderzahl pro Familie bei den 20-34-jährigen Frauen in Deutschland auf 1,7. Der EU-15-Vergleichswert betrug 2,1 und der Spitzentreiter Finnland lag bei 2,5 Kindern (Goldstein et al. 2003). Im Vergleich Finlands mit Deutschland ist besonders der hohe Anteil von 48 Prozent der befragten Frauen wichtig, der sich mehr als 2 Kinder vorstellen konnte. In Deutschland betrug diese Gruppe nur 13 Prozent.

Abbildung 13: Persönliche Idealgröße der Familie 2001 im internationalen Vergleich



2.4.4 Geburtenhäufigkeit und Schwangerschaftsabbrüche

Die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit wird nicht zuletzt auch durch die Entwicklung der Anzahl von legalen und illegalen Schwangerschaftsabbrüche beeinflusst. Die Zahl der legalen Schwangerschaftsabbrüche liegt seit 1996 durchweg über 128.000 pro Jahr. Nach einem Niedrigststand von 128.030 Abbrüchen im Jahre 2003 stieg die Zahl 2004 auf

129.650 amtlich gemeldete Abbrüche (Ärzte Zeitung vom 10.3. 2005). Die Häufigkeit von legalen Schwangerschaftsabbrüchen je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren²⁸ schwankte zwischen 1996 und 2003 zwischen einem Maximum von 80 in den Jahren 2000/2001 und einem Minimum von 76 in den Jahren 1996/1997 und 2003 (Statistisches Bundesamt 2004). 2004 stieg dieser Wert wieder leicht auf 77 an.

Knapp drei Viertel (71 Prozent) der Frauen, die 2004 einen Schwangerschaftsabbruch vornahmen, waren zwischen 18 und 34 Jahren alt, 16 Prozent zwischen 35 und 39 Jahren. Sieben Prozent der Frauen waren 40 und älter, sechs Prozent waren minderjährig. Bei Mädchen unter 15 ist die Zahl der Abbrüche im Vergleich zu 2003 von 715 auf 779 gestiegen.

Von 1996 bis 2004 nahm der Anteil der verheirateten Frauen an allen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen von 52,3 Prozent auf 43,9 Prozent ab. Der Anteil der ledigen Frauen stieg dagegen von 40,6 Prozent auf knapp über 50 Prozent.

Die weitaus meisten Abbrüche (97 Prozent) wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. In weniger als drei Prozent der Fälle waren medizinische oder auch kriminologische Indikationen der Grund für die Abtreibung.

Im Jahr 2003 hatten 40,4 Prozent aller Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornahmen, vorher kein lebendes Kind geboren. 26,1 Prozent der Frauen hatten bereits eine Lebendgeburt hinter sich und 23,2 Prozent bereits zwei Kinder geboren (Statistisches Bundesamt 2004).

Da vor 1996 legale Schwangerschaftsabbrüche relativ schlecht gemeldet wurden, war die Anzahl der tatsächlichen legalen Abbrüchen ungefähr doppelt so hoch wie die der gemeldeten. Die Meldetätigkeit ist seit 1996 so gut geworden, dass die "Dunkelziffer" der legalen Abbrüche heute deutlich geringer sein dürfte (Statistisches Bundesamt 1996).

Zu den legalen Schwangerschaftsabbrüchen kommen noch nicht wenige illegale Abbrüche hinzu. Für das Jahr 2003 mit rund 128.000 legalen Abbrüchen einer Schwangerschaft wurden insgesamt 300.000 Abbrüche geschätzt, was 172.000 illegale Verfahren bedeuten würde.

Das Geburtendefizit könnte also theoretisch allein durch eine Absenkung der legalen und illegalen Schwangerschaftsabbrüchen beseitigt werden. Im Jahre 2003 wäre dies durch eine Halbierung erreichbar gewesen. Dass es dazu nicht nur moralischer Appelle, sondern der massiven Veränderung sozialer und ökonomischer Rahmenbedingungen bedarf, ist klar und auch das Handicap solcher Verrechnungen.

²⁸ Dies ist die so genannte "abortion rate", die genau von der ebenfalls in der Debatte um Schwangerschaftsabbruch verwandten "abortion ratio", nämlich dem Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen zur Anzahl der Lebend- und Totgeborenen, unterschieden werden muss. Die erste Rate berücksichtigt demografische Veränderungen und kann daher gut für regionale Vergleiche genutzt werden.

2.4.5 Die Rolle der Verschiebungsprozesse von Selbständigkeit, Heirat und Kinderwunsch ins höhere Lebensalter

Zu den wichtigsten Determinanten des aktuellen Umfangs und der Art der Geburtenentwicklung gehören massive Verschiebungen der Zeitpunkte für selbständiges Leben, feste Partnerschaft, Zeugung, Geburt und Erziehung von Kindern in ein höheres Lebensalter – Prozesse, die seit Jahrzehnten ablaufen. Angesichts der relativ zunehmenden biologischen Hemmnisse (z.B. sinkende Fruchtbarkeit mit zunehmendem Alter) und der absoluten Grenze der Gebärfähigkeit verkürzt sich durch die Verschiebungen aller oder eines Teils der genannten Ereignisse das objektive und subjektive „Kinder-Zeitfenster“ erheblich. Auch wenn dies nicht zwangsläufig zur Zunahme von Kinderlosigkeit oder der Abnahme der Kinderanzahl pro Frau führen muss, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für beide Effekte beträchtlich. Wichtig für den weiteren Umgang mit den erzeugten Dynamiken ist, dass es sich vielfach um politisch und gesellschaftlich ausgelöste und gesteuerte Ereignisse handelt. Man kann daher auch zu Recht von den Folgen einer "zeitlichen Strukturierung der Lebensverläufe durch den Staat" (Bertram et al. 2005, 45) sprechen.

Der Familienforscher Bertram sprach angesichts der Fülle von Anforderungen jüngst von einer „Überlastung der mittleren Jahre“, die es früher nicht gab und die dazu führt, dass „viele junge Leute in einer Zeitfalle sitzen: Sie sollen innerhalb weniger Jahre – zwischen 25 und 35 – alles auf einmal hinkriegen: sich beruflich etablieren, einen Haushalt aufzubauen, eine Familie gründen, die Kinder erziehen, für die Rente vorsorgen. Und sie wissen dabei, dass das Arbeitsleben mit 55 vielleicht schon vorbei ist“ (Interview in SZ vom 26. März 2005). Treffend charakterisiert wird dieser Lebensabschnitt auch als eine Art biografische "Rushhour" (Bittman 2004).

Nimmt man diese Charakterisierungen ernst, kommt man auch zu erheblich anderen als den geläufigen Schlussfolgerungen, wie die Inhalte und die "Stimmung" einer Politik aussehen müssen, welche die Geburtenrate in Deutschland anheben möchte:

- Zum einen verfehlten moralische oder vorwurfsvolle Tiraden bzw. Appelle gegen "verantwortungsloses Verhalten" die Mehrheit der zeugungs- und gebärfähigen Menschen. Diese versuchen sich nämlich unter den vielfältigen und tendenziell widersprüchlichen gegebenen äußeren Umständen, Erwartungen und Anforderungen rational zu verhalten. Da viele der "moralischen" Debatten mit dramatischen Darstellungen oder Prognosen z.B. über die Lage des "Wirtschaftsstandorts" operieren, könnte es sogar sein, dass ausgerechnet sie selber in erheblichem Maße zu der Zukunftsunsicherheit oder -unsicherheit beitragen, die dann speziell junge Menschen davon abhält "in eine solche Welt Kinder zu setzen".
- Zum anderen müssen familienpolitische Handlungs- und Gestaltungsvorschläge der Vielfalt der Problemlage gerecht werden. So plausibel und auf den ersten Blick machbar manche der einzelnen finanziellen oder organisatorischen Faktoren auch sein mögen, so sicher greifen eindimensionale Vorschläge und Veränderungen zu kurz. Stattdessen muss "eine nachhaltige Familienpolitik auf einem Mix aus Infrastrukturpolitik, Zeitpolitik und finanzieller Transferpolitik aufbauen (...), um Rahmenbedingungen zu

schaffen, die es jungen Erwachsenen ermöglichen ihre Zukunft gemeinsam und gemeinsam mit Kindern zu planen und zu realisieren" (Bertram et al. 2005, 6/7).

2.4.5.1 Verschiebung des Zeitpunkts der Selbständigkeit in ein höheres Lebensalter

Der Zeitpunkt der sozialen, ökonomischen und räumlichen Selbständigkeit junger Menschen und der damit meist verbundenen Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit, eine Familie oder Lebensgemeinschaft zu gründen und Kinder zu zeugen, verschiebt sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten insgesamt²⁹ in ein höheres Lebensalter.

Zu den Ursachen zählt die von einer größeren Anzahl von jungen Menschen absolvierte, gesellschaftlich gewollte und geförderte längere Ausbildung, die nicht nur Lebenszeit "kostet", sondern auch noch bei Hochqualifizierten eine spezifische Distanz zu Kinderwünschen fördert. Nach den Ergebnissen einer Umfrage des deutschen Hochschulinformationssystems (HIS) aus dem Jahre 2000 (zit. nach Bertram et al. 2005, 15) sind die "meisten Studentinnen (bei Studienbeginn) der Auffassung, zwei oder mehr Kinder seien Teil der eigenen Lebensplanung, wohingegen am Ende des Studiums, abhängig vom gewählten Studienfach, bis zu 40 Prozent diese Meinung nicht mehr vertreten." Aus den fachspezifischen Variationen des Anteils von Studentinnen ohne Kinderwunsch (z.B. sind junge Frauen mit dem Studienfach Psychologie nur noch zu 60 Prozent sicher, wirklich Kinder zu wollen) zieht Bertram (ebd.) den Schluss, "dass es nicht ein Kosten-Nutzen-Kalkül ist, das diese Einstellungen beeinflusst, sondern Vorstellungen, die mit der eigenen antizipierten Berufsrolle zusammenhängen" (Bertram et al. 2005, 15).

Einen anderen analytisch unterscheidbaren Ursachenkomplex stellt die spezifisch deutsche Form der Elternfixierung und -abhängigkeit von Kindern dar, die erst mit dem Berufseintritt beendet ist. Die häufig nur moralisch geführte Diskussion über das so genannte "Hotel-Mama-Verhalten" insbesondere der jungen Männer hat es mit einem sehr konkreten und auch über das Verlassen des Eltern-Haushaltes hinauswirkendem Verhaltenstyp zu tun. Dabei wird oft vernachlässigt, dass es sich dabei auch um politisch und nicht ohne staatlichen Eigennutz³⁰ geschaffene und damit auch wieder abschaffbare Bedingungen für die langen Unselbständigkeitzeiten junger Erwachsenen in Deutschland handelt.

²⁹ Die Insgesamt-Entwicklung wird deshalb betont, weil diese Entwicklung zwischenzeitlich abbrach und eine Tendumkehr erfolgt. Diese wurde aber mittlerweile erneut in die Richtung des Haupttrends umgekehrt.

³⁰ Auf diesen wichtigen Werte-Hintergrund weisen Bertram et al. in ihrem familienpolitischen Gutachten hin: "Der deutsche Staat betont zumindest bei den jungen Erwachsenen die Elternrechte vor allem deswegen, weil er dadurch Kosten spart. Nicht die jungen Erwachsenen selbst erhalten direkte Unterstützung, sondern immer die Eltern. Dahinter steht eine Vorstellung von Subsidiarität, die davon ausgeht, dass verwandtschaftliche Beziehungen bei Unterstützung und Hilfe letztlich immer der staatlichen Unterstützung voranzugehen haben." (Bertram et al. 2005, 22)

Dazu gehört z.B. die lange Verantwortlichkeit deutscher Eltern für die ökonomische Existenzsicherung ihrer Kinder bis zum Ende ihrer Ausbildungszeit und dem Beginn eines eigenen Berufslebens. Dies ist in anderen europäischen Ländern wie zum Beispiel in Frankreich deutlich anders geregelt. Als selbständige gelten junge Erwachsene in Deutschland nicht schon beim Eintritt in eine berufsvorbereitende Ausbildung, sondern erst mit dem meist Jahre später erfolgenden Eintritt in den Beruf. Angesichts eher noch wachsender Ausbildungszeiten und den nicht geringen Übergangsproblemen vom Bildungs- in den Arbeitsbereich, verschiebt sich der Zeitpunkt der objektiven aber vor allem auch der "gefühlten" Unabhängigkeit und den möglicherweise „reproduktiven Folgen“ dieses Gefühls immer mehr in spätere Lebensjahre.

Dass dieser spezifische Selbstständigkeitsnachteil deutscher, junger Erwachsenen auch zu "Startnachteilen oder -verzögerungen" im Bereich der Partnerwahl und möglicherweise des Kinderkriegens führt, halten Bevölkerungswissenschaftler für erwiesen. Aus Studien mit Daten des internationalen "Family Fertility Surveys" aus dem Jahre 1992, neuere vergleichbare Daten gibt es nicht, zitieren Bertram et al (2005, 23), dass "50 Prozent der befragten bis 25-jährigen jungen Frauen in Deutschland an(geben), keinen festen Partner zu haben, in Italien sind es sogar 60 Prozent, in Frankreich und in den nordeuropäischen Ländern jedoch nur 20 Prozent." Die Schlussfolgerung lautet dann: "Offenbar nehmen die jungen Erwachsenen in den Ländern, in denen die ökonomische Verantwortung ausschließlich bei den Eltern liegt, Rücksicht auf die Ressourcen ihrer Eltern und binden sich später als in jenen Ländern, die mehr auf die Selbstständigkeit der jungen Erwachsenen setzen. Dabei darf zudem nicht vergessen werden, dass die ökonomische Selbstständigkeit einer Familie in der Regel auf zwei Einkommen basiert. Nicht nur der junge Mann, sondern auch die junge Frau muss zunächst eine eigene ökonomische Basis haben, um eine gemeinsame Zukunft planen zu können" (Bertram et al. 2005, 23).

Im Jahre 2004 lebten (Statistisches Bundesamt 2005a) noch 24 Prozent der über 21 Jahren alten männlichen Bevölkerung im Elternhaus. Mit 30 Jahren waren noch 14 Prozent und mit 40 Jahren noch 5 Prozent der Männer „ledige Kinder“ im Haushalt ihrer Eltern. Auch wenn dies bei den jungen Frauen deutlich anders aussah (mit 22 Jahren noch 44 Prozent, mit 30 Jahren 5 Prozent und mit 40 Jahren noch 1 Prozent bei den Eltern) behindert das „Hotel-Mama“-Leben der Männer sowohl die frühere Gründung einer Ehe als auch eine Partner- oder Elternschaft in einer Lebensgemeinschaft. Die "späte Abnabelung von den Eltern sorgt auch dafür, dass die jungen Männer hierzulande viel später als andere Europäer feste Bindungen eingehen: Von den 23- bis 27-jährigen Deutschen, die das Elternhaus verlassen haben, leben nur 30 Prozent mit einer Partnerin zusammen - in England sind das 40, in Finnland sogar 50 Prozent" (Berlin-Institut-Newsletter 2006). Dies ist auch ein Hintergrund für den insbesondere von jüngeren Frauen für ihre Kinderlosigkeit genannten Grund des Fehlens eines entsprechenden Partners.

Zusammen mit anderen genannten Faktoren führt dies zu einer vor Jahrzehnten beginnenden sukzessiven Verschiebung des bis etwa 1970 zuerst einmal ins niedrigere Lebensalter (dies war einer der Gründe des Geburten-Hochs in diesen Jahren) vorgezogenen Erstheirats-Zeitpunkts von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 14) ins höhere Lebensalter.

Während Männer im Jahr 1970 mit knapp 26 und Frauen im selben Jahr sogar bereits mit 23 Jahren ihre erste Ehe schlossen, fand dieses Ereignis im Jahr 2000 erst mit fast 32 und etwas über 28 Jahren statt.

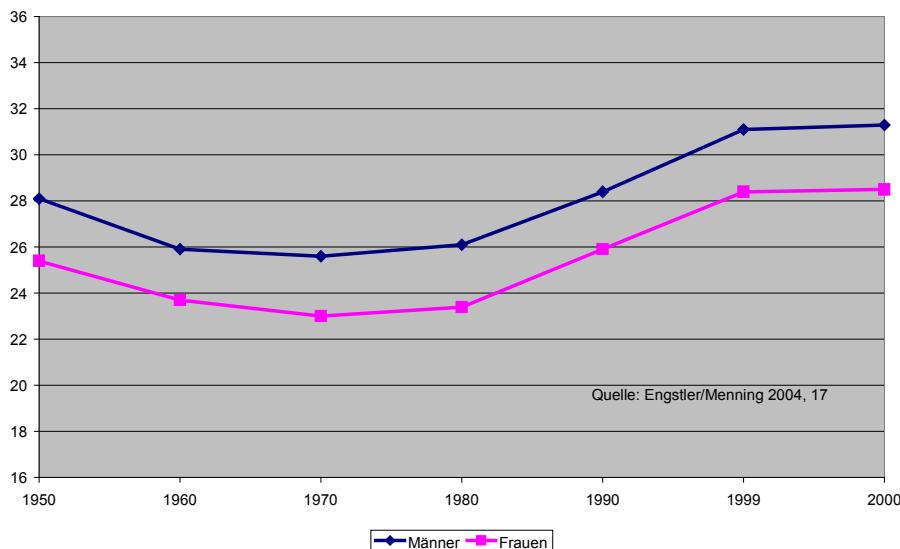
1996 lag auch der Anteil junger Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren, die in irgendeiner Form zusammenlebten in Deutschland mit rund 15 Prozent deutlich unter den in Skandinavien oder Frankreich gemessenen Werten von 25 und 45 Prozent (Coleman 2004, 2).

Das Hauptergebnis einer Untersuchung zur Häufigkeit kinderloser Männer lautet daher auch: "Männer (werden) im Vergleich zu Frauen erst relativ spät innerhalb der Altersspanne 20 - 45 Eltern (...) (in seltenen Fällen auch später), eine Elternschaft also länger hinauszögern und erst relativ spät aufholen" (Schmitt 2004, 7).

Einer der maßgeblichen soziokulturellen Faktoren für die Verlängerung einer ehe- und damit unter den sonstigen Bedingungen der deutschen Kultur auch kinderlosen Zeit sind die im Abschnitt 2.4.1 ausführlich gezeigten bei jungen Männern wie Frauen weit verbreiteten und fest verankerten „Normalvorstellungen“ über die Bedingungen, die bei ihnen vor der Schließung einer Ehe und Gründung einer Eltern-Kind-Familie erfüllt sein müssen.

Diese Entwicklung allein als Folge von höherer Ausbildung zu betrachten und „den Höherqualifizierten“ anzulasten, würde aber zu kurz greifen. Bereits in den 1990er Jahren stellte der Familiensurvey des Deutschen Jugendinstituts (DJI) nämlich fest: "Der Aufschub bleibt nicht auf die Gruppe der besser Ausgebildeten, die diesen Trend initiierten, begrenzt, sondern wird auch von den Befragten mit Hauptschulabschluß, hier insbesondere von den Männern, mitgetragen. Die häufig als Ursache für den Aufschub der Familiengründung benannte längere Ausbildungsphase kann also nicht allein verantwortlich gemacht werden. Auch die Zeitspanne zwischen dem Beginn des Berufslebens und der Heirat vergrößert sich" (DJI o.J.).

Abbildung 14: Durchschnittsalter bei der ersten Eheschließung in Westdeutschland nach Geschlecht 1950 bis 2000

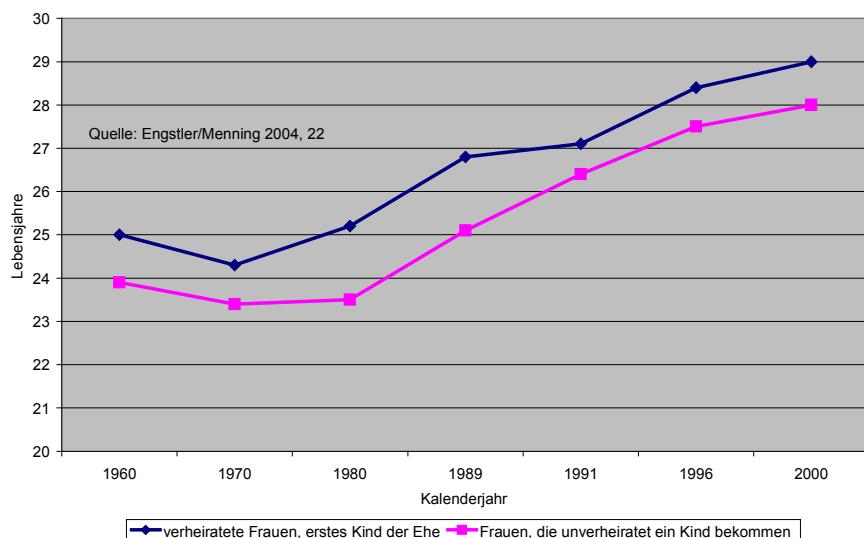


2.4.5.2 Verschiebung des Zeugungs- und Geburtszeitpunkts in das höhere Lebensalter und die „Verengung des subjektiven Zeitfensters“ für Elternschaft

Die gerade beschriebenen Gründe und Motive stehen meist auch hinter der Verschiebung des Zeitpunkts der Geburt des ersten Kindes in ein höheres Lebensalter. Dies wird zusätzlich durch die in Westdeutschland praktisch bis in die Gegenwart reichende geringe Bereitschaft zu nichtehelichen Kindern gefördert, was durch die lange Zeit gesetzlich abgesicherte geringe Akzeptanz oder Gleichstellung von nichtehelichen Kindern sogar politisch gefördert wurde (vgl. Genauereres im Abschnitt 2.5.2.3).

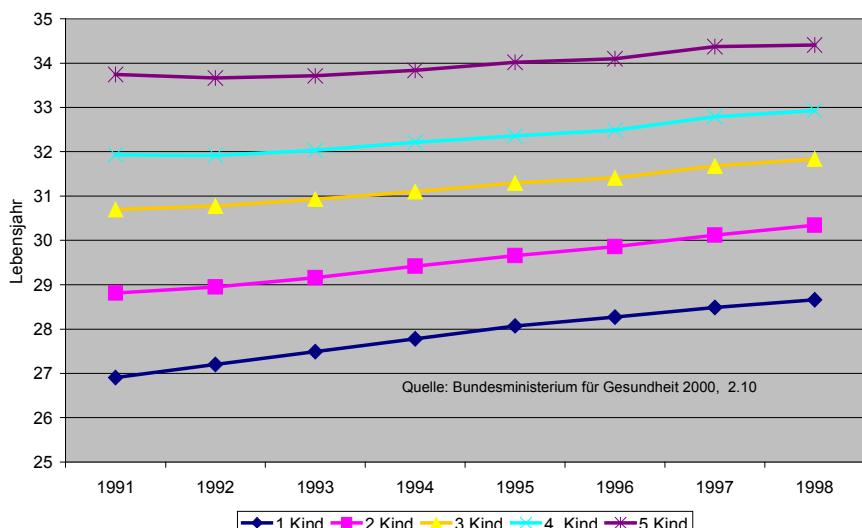
Wie die folgende Abbildung zeigt, verschiebt sich der Geburtszeitpunkt des ersten Kindes verheirateter wie unverheirateter Frauen seit 1970 um rund 5 Jahre vom 24./23. ins 29./28. Lebensjahr der Frauen. Der Geburtszeitpunkt für nichtehelich geborene erste Kinder liegt über den gesamten Zeitpunkt bis zu anderthalb Jahre unter dem für ehelich geborene erste Kinder.

Abbildung 15: Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in Westdeutschland 1960 bis 2000



In der folgenden Abbildung wird diese Verschiebungsdynamik für fast die gesamten 1990er Jahre und auch für die Geburt der zweiten, dritten und weiteren Kinder bestätigt. Die Autoren des statistischen Jahrbuchs, aus dem die Daten der Grafik stammen, machen selbst darauf aufmerksam, dass die Angaben sich auf Mütter beziehen, die ihr Kind als verheiratete Frau geboren haben und damit tatsächlich Zweitgeborene aus einer zweiten Ehe als erste Geburt in die Statistik eingehen (Bundesministerium für Gesundheit 2000, Tabelle 2.10). Damit liegt das tatsächliche Durchschnittsalter für Erstgeborenen niedriger als hier dargestellt.

Abbildung 16: Durchschnittliches Alter der verheirateten Mütter in Gesamtdeutschland bei der Geburt des ersten bis fünften Kindes 1991-1998



Die Abbildung 17 gibt für Deutschland einen Gesamtüberblick über die Anzahl der Kinder, die von je 1000 Frauen gleichen Alters geboren wurden und das Lebensalter ihrer Mütter für ausgewählte Kalenderjahre zwischen 1950 und 1997. Die Daten bis zum Jahr 1990 beziehen sich auf die alte Bundesrepublik und im Jahr 1997 auf das wiedervereinigte Deutschland. Beispielsweise haben von 1.000 Frauen, die im Jahre 1950 27 Jahre alt waren, 130 Frauen ein lebendes Kind geboren während es bei 1.000 gleichaltrigen Frauen im Jahre 1997 knapp 80 Frauen waren.

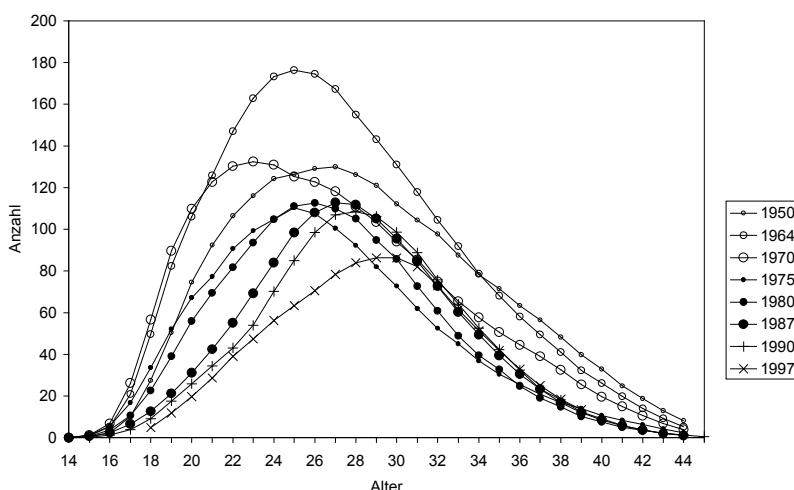
Aus der Perspektive der Geburtsjahrgänge von Frauen zeigt Schwarz (2005) folgende Trends: Die Frauen des Geburtsjahrgangs 1934 bekamen 74 Prozent ihrer gesamten Kinder (2.240 Kinder je 1.000 Frauen) bis zum 30. Lebensjahr und die 1945 geborenen Frauen sogar zu 83 Prozent (1.708 Kinder je 1.000 Frauen). Die Frauen des letzten vom Geburtengeschehen her betrachtet "fertige" Geburtsjahrgang 1960 bekamen nur noch knapp 69 Prozent ihrer Kinder (1.548 Kinder je 1.000 Frauen) dem 30. Lebensjahr.

Im Jahr 1950 sind noch weit weniger Kinder je 1.000 Frauen gleichen Alters geboren als im Jahr 1964. Für das Jahr 1964 ist eine wesentlich höhere Geburtenrate erkennbar. Über die nachfolgenden Jahre sanken die Geburtenraten. Insbesondere die Anzahl der Geburten bei Frauen bis zum Alter von 25 Jahren sank immer weiter. Bis 1970 verlagerte sich allerdings der Gipfel der Geburtenrate noch in ein jüngeres Alter: von 27 Jahren im Jahr 1950 über 25 Jahre 1964 schließlich auf 23 Jahre im Jahr 1970. Seither verschiebt sich der Zeitpunkt der höchsten Geburtenrate in immer höhere Lebensjahre. Im Jahre 1990 hatten dann die 28-jährigen Frauen die höchste Geburtenrate. Die Geburtenraten der über 38-jährigen

Frauen sind von 1950 bis 1975 deutlich zurückgegangen und seither ziemlich konstant. Nur 16-18 von 1.000 Frauen im Alter von 38 Jahren bekommen seither ein Kind. Für 1997 zeigen die gesamtdeutschen Daten einen weiteren Rückgang der Geburtenrate in den jüngeren Jahren an. Die Geburtenraten ab dem 32. Lebensjahr bleiben andererseits relativ konstant. Das Maximum liegt 1997 beim Alter von 29 Jahren.

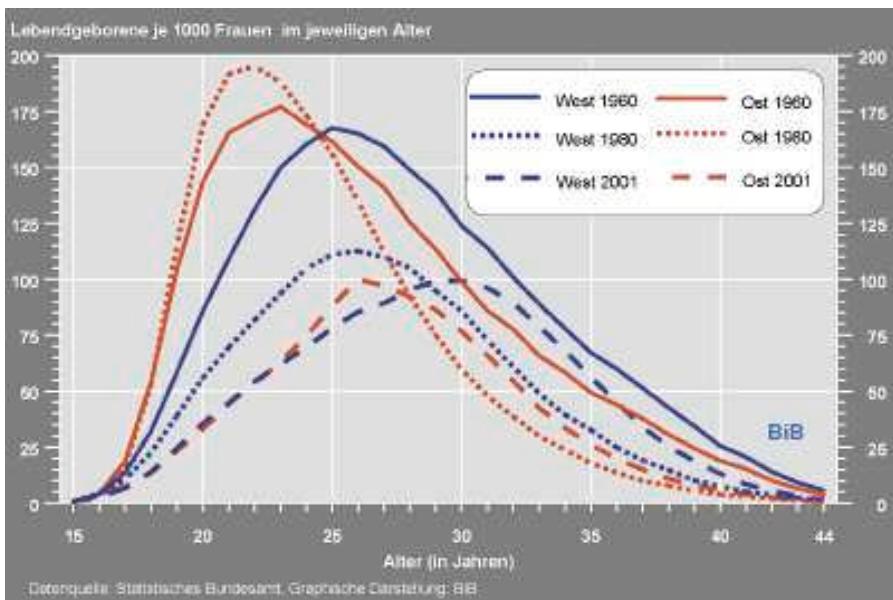
Zusammenfassend lässt sich sagen: die Geburtenrate ist zunächst in den höheren Lebensjahren gesunken, dann auch in den sehr jungen Lebensjahren und abschließend gibt es eine Verschiebung und Konzentration der Geburten in Richtung des 30. Lebensjahres.

Abbildung 17: Lebendgeborene je 1.000 Frauen in der alten BRD (bis 1990) und Gesamtdeutschland (1997) für ausgewählte Kalenderjahre (Müller 2002, 138)



Ein Vergleich der altersspezifischen Geburtsziffern für Ost- und Westdeutschland in den Jahren 1960, 1980 und 2001 (siehe Abbildung 18) zeigt zunächst für das Jahr 1960 eine hohe Ähnlichkeit des Geburtsgeschehens in beiden Teilen Deutschlands. In den Jahren 1980 und 2001 gibt es dann aber zwei Arten von Unterschieden. Während sich 1980 die altersspezifische Geburtenhäufigkeit in Ostdeutschland noch auf einem hohem Niveau befindet und sich der Gipfel des Geschehens sogar noch etwas in die früheren Lebensjahre bewegt hat, sank das Niveau in Westdeutschland gegenüber 1960 beträchtlich und der Gipfel bewegte sich in spätere Lebensjahre. Ohne dies ausführlicher darzustellen, erleichterte in Ostdeutschland ein früher Auszug aus dem Elternhaus und ein frühes Kind den Erhalt einer eigenen Wohnung. Hinzu kam eine hohe öffentliche Betreuungssicherheit durch Krippen und Kindergarten. 2001 gibt es zwar keine Unterschiede der absoluten Geburtenziffern mehr, aber der Gipfel der Geburtenhäufigkeit liegt in Ostdeutschland einige Jahre vor dem in Westdeutschland.

Abbildung 18: Altersspezifische Geburtenziffern in West- und Ostdeutschland, 1960, 1980 und 2001



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2004, 30.

Wie wirken sich nun die vielfältigen Verschiebungsprozesse auf die Gesamthäufigkeit von Geburten und Kindern aus? Kann die Hoffnung gehegt werden, dass der Nachteil des „Spätstarts“ bei der Geburt des ersten Kindes durch eine raschere Abfolge der Geburt weiterer Kinder und die Zunahme von Spätgeburten noch kompensiert werden kann oder scheitert dies doch an biologischen Limits?

Auf mögliche biologische Grenzen und ihren Effekt verwiesen die Autoren des DJI-Familiensurveys bereits bei der Vorstellungen ihrer Ergebnisse aus der ersten Surveywelle: "Je später das erste Kind geboren wird, desto unwahrscheinlicher sind, allein aus biologischen Gründen, spätere Geschwister, und je weiter die Geburt des ersten Kindes aufgeschoben wird, desto wahrscheinlicher werden Probleme bei der Realisierung des Kinderwunsches. Außerdem bedeuten größere Generationenabstände allein schon weniger geborene Kinder: in einem bestimmten Intervall (z.B. 100 Jahre), können z.B. beim Durchschnittsalter 25 der Mütter bei der ersten Geburt vier Generationen Kinder auf die Welt bringen, beim Durchschnittsalter von 33,3 Jahren aber nur drei Generationen" (DJI o.J.).

Die Bereitschaft zu und das Interesse an Kindern stößt also nicht erst an die Grenze der zum Erstheirats- und Erstkinderzeitpunkt immer noch gut 15 Jahre entfernten biologischen Gebärfähigkeit, sondern bereits an viel früher existierende Interessengrenzen. Für das Geburtengeschehen bedeutet dies, dass "das subjektiv als geeignet empfundene Zeitfenster

bei vielen nur fünf bis maximal acht Jahre ausmacht" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 16).

Auch wenn das „Kinder- oder Geburtenfenster“ im biologischen Normalfall³¹ zeitlich begrenzt ist, müssten sich die bisher erkannten Verschiebeprozesse allerdings wegen des bereits dargestellten Tempo-Effekts nicht zwangsläufig oder ungehemmt auf die Gesamthäufigkeit von Geburten und Kindern auswirken. Dies kommt erst durch weitere biografische Arrangements und Konstellationen zustande.

So warnt das DJI selber vor abschließenden pessimistischen und mechanischen Schlussfolgerungen und hebt dazu Teildynamiken hervor, die das bisher Beobachtete relativieren: "Eine Verringerung des Tempos der Geburten korreliert nicht unbedingt mit einem geringeren Quantum an Geburten. Der Beitrag zeigt, dass die in den 60er Jahren geborenen Frauen eine höhere Fertilität hatten als die späteren und die früheren Frauenjahrgänge: Von den Frauen, die vor 1960 geboren wurden, waren 16 Prozent kinderlos, bei den in den 60er Jahren geborenen Frauen waren es nur 14 Prozent. Momentan liegt die Kinderlosigkeit im Westen bei 30 Prozent, im Osten bei 12 Prozent. Eine wichtige Erkenntnis (...) besteht darin, dass ein höheres Erstgeburtalter nicht notwendig eine geringere Kinderzahl bewirkt" (o. Verf. 2003, 4).

2.4.5.3 Zur Bedeutung der biologischen oder sozialen Zeugungsfähigkeit bei kürzerem Kinder- "Zeitfenster"

Wie bereits angedeutet, dürfen trotz des von uns für vorrangig angesehenen Ensembles sozialer und gesellschaftspolitischer Faktoren die biologischen Bedingungen nicht vergessen werden.

In einer jüngst erschienenen Studie über die Genese des Kinderwunsches heben die Autoren hervor, dass "die Zeitspanne der für die Reproduktion tatsächlich genutzten fruchtbaren Jahre der Frauen (...) sich deutlich verringert (hat). Die zeitliche Verschiebung der Erstgravidität, der zunächst temporäre und geplante Kinderlosigkeit vorausgehen, ist einer der Wege in die dauerhafte Kinderlosigkeit, denn das Konzeptionsoptimum von Frauen liegt vor dem 25. Lebensjahr und sinkt mit zunehmendem Alter deutlich. Die Konzeptionshäufigkeit einer 30-Jährigen beläuft sich im Vergleich dazu auf 11 Prozent und die einer 40-Jährigen beträgt nur noch 3 Prozent (...). Die Risiken der Sterilität und Infertilität steigen also mit höherem Lebensalter. Im Kontrast zu den biologischen Gegebenheiten steht der Befund, dass sich 74 Prozent der kinderlosen Frauen im Alter von 35 - 44 Jahren Kinder wünschen und nur 20 Prozent der Frauen mit ihrer Kinderlosigkeit zufrieden sind (...)" (Borchardt/Stöbel-Richter 2004, 49).

In dem bereits vorgestellten Bild des "enger" werdenden Zeitfensters entsteht also die Enge nicht nur durch die multifaktoriell bedingte Verschiebung der Geburt des ersten und weite-

³¹ Wir beschäftigen uns hier bewusst nicht mit den laufenden Debatten und Experimenten, Kinder nach der weiblichen Menopause austragen zu können.

rer Kinder in ein höheres Lebensalter, sondern auch durch die geringer werdenden biologischen Erfolgschancen von Frauen und Männern³², in diesem höheren Lebens- bzw. Gebär-fähigkeitsalter ein Kind zeugen zu können.

War man meist davon ausgegangen, dass Männer kein mit dem der Frauen vergleichbares biologisches Limit der Zeugungsfähigkeit haben und insofern weniger Probleme mit der skizzierten Verengung des "Kinderfensters" hätten, gibt es mittlerweile massive Hinweise auf ein objektiv wie subjektiv wahrnehmbares "soziales Zeitfenster" für eine Vaterschaft. So nimmt nach Berechnungen von Tölke (2005 - zit. nach BMFSFJ [Hrsg.] [2005]) die Wahrscheinlichkeit einer Erstvaterschaft ab Mitte 30 signifikant ab. Auch subjektiv halten nur 10 Prozent von den dazu befragten Männer eine Vaterschaft für zeitlich unbegrenzt möglich.

2.5 Wie fördert man die Geburtenhäufigkeit und erleichtert das Leben mit Kindern?

Angesichts der vielfältigen Gründe für das derzeitige Niveau der Geburtenrate, müssen Überlegungen und Versuche, es anzuheben, ebenfalls aus einem Mix unterschiedlichster materieller und immaterieller Maßnahmen bestehen. Zu den materiellen Faktoren gehören vor allem

- Verbesserungen der finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, zu den immateriellen vorrangig die
- Anerkennung der Gleichrangigkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung, aber auch
- geänderte Normalitätsvorstellungen über das Kinderkriegen und Kinderhaben. Die Historikerin Gebhardt hat in einer Untersuchung der in älteren Erziehungsratgebern transportierten kinderfeindlichen Kinderbildern zu überlegen gegeben, "ob die Fortpflanzungsmüdigkeit damit zusammenhängt, wie man sich in diesem Land lange den Umgang mit Babys vorgestellt hat" (Gebhardt, M. 2005, 58).

Ohne dies verabsolutieren zu wollen, gibt es aus mehreren aktuellen Befragungen Hinweise, dass die Bedeutung finanzieller und infrastruktureller Faktoren (z.B. Kindergeld oder Betreuungsplätze) in der offiziellen Kinder- und Familienpolitik überschätzt und die Bedeutung immaterieller Faktoren wie beispielsweise die gesellschaftliche Anerkennung von Kindererziehung unterschätzt wird.

Auf die an sie gestellte Allensbach-Frage, was sie sich vom Staat wünschen, antworteten nur 24 Prozent der befragten Eltern, „25 Euro mehr Kindergeld“. Und für nur 21 Prozent

³² Ohne dies weiter vertiefen zu wollen, beruht der Hinweis auf die Beteiligung der Männer z.B. auf Studien, die auf eine u.a. umwelt- aber auch verhaltensbedingt sinkende Qualität der Spermien hinweisen.

standen „bessere Betreuungsmöglichkeiten“ im Vordergrund (laut FAZ.NET vom 12. 1. 2005). In einer zeitgleichen Umfrage des Instituts Forsa wünscht sich nur eine Minderheit von 38 Prozent der befragten Eltern „am meisten“ mehr Kinderbetreuungsplätze, 85 Prozent möchten mehr finanzielle Unterstützung vom Staat und nur etwas weniger Befragte, nämlich über drei Viertel der Befragten (77 Prozent) fordern „mehr gesellschaftliche Anerkennung für die Erziehung von Kindern“ (laut FAZ.NET vom 12. 1. 2005).

Eine ganze Reihe der Maßnahmen, die zur Förderung der Geburtenentwicklung diskutiert werden, sich in Planung befinden oder umgesetzt sind, stammen aus Ländern deren Kinderzahl sich unabhängig vom gewählten statistischen Indikator auf einem höheren Niveau befindet als in Deutschland. Die damit häufig verbundene Vorstellung, man könne inländische Probleme vielleicht durch den 1:1-Import ausländischer Patentrezepte lösen, birgt aber zahlreiche Illusionen. Dies gilt auch dann, wenn man sich nur die angenehmen und konfliktarmen Maßnahmen herauszupicken versucht. Hier gilt, dass die Wirkungen von familienpolitischen Maßnahmen auf die Fertilität vom sonstigen gesellschaftlichen und historischen Kontext abhängen und zeitlichen Schwankungen unterliegen können. "Trotzdem deuten die hohen Fertilitätsraten in den nordischen Ländern darauf hin, dass deren Familienpolitik, die auf Erwerbsbeteiligung aller, auf Abfederung von Lebensrisiken und auf das Recht auf Betreuung für alle setzt, soziale Bedingungen schafft, die es Frauen und Männern eher ermöglichen, Kinder zu haben als dies gegenwärtig in Deutschland und Österreich der Fall ist" (Neyer 2004, 3). Letztlich wird dies vor 1989 auch durch die Eheschließung und die Fertilität in der damaligen DDR bestätigt, die erst nach der "Wende" drastisch zu sinken begannen.

Ein gründlicher Vergleich der internationalen Geburtenhäufigkeit und ihrer hemmenden und fördernden Faktoren zeigt zweierlei: Oftmals irren sich aus- wie inländische Beobachter mangels entsprechender Analysen über die tatsächlichen Ursachen erwünschter Wirkungen. Hinzu kommt, dass die Frage, ob bestimmte Faktoren überhaupt und dann positiv oder negativ wirken, wesentlich vom weiteren gesellschaftlichen Kontext abhängt. Es gibt also meist keine zwingenden oder quasi natürlichen Ursache-Wirkungsketten und dementsprechend auch keine weltweit nutzbaren Patentrezepte.

Dass dies so ist und welche Faktoren dabei je nach Gesellschaft gegensätzliche Effekte haben, fasst der deutsche Familienforscher Bertram so zusammen: „Eine Geburtenrate von 1,4 Kindern pro Frau, eine Scheidungsrate von 25 bis 30 Prozent und knapp 30 Prozent Kinderlosigkeit (in Deutschland – der Verfasser) sind Zahlen, die von den einen als Krise der Familie und von anderen als Ausdruck verfehlter Familienpolitik interpretiert werden. Ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt aber, dass etwa in Frankreich eine hohe Scheidungsrate (38 Scheidungen auf 100 Eheschließungen) und eine höhere Geburtenrate (1,9) genauso zusammengehen können wie ein weitgehendes Fehlen von Familienpolitik und relativ hohe Geburtenraten wie in den USA mit etwa 2 Geburten pro Frau. Dabei werden diese Geburtenraten in den USA auch von den weißen einheimischen Frauen erreicht (...) Als Ursache für diese Unterschiede verweisen die einen bei Frankreich gern auf die vorbildliche vorschulische Betreuung oder auch auf die gezielte Unterstützung von Mehrkin-

derfamilien. Da dies aber für die USA nicht gilt, müssen noch andere Faktoren für diese Entwicklung verantwortlich sein“ (Bertram 2004).

Unabhängig vom letztendlich existierenden Maßnahmen-Mix, plädieren immer mehr Bevölkerungswissenschaftler und Familienpolitiker dafür, mehr und dominant die konkrete Sichtweise und die heterogenen Wünsche insbesondere der jungen Frauen in den Mittelpunkt konkreter Planungen zu stellen.³³

Wegen der fundamentalen Bedeutung des derzeit immer enger werdenden Kinder-“Zeitfensters” konzentriert sich diese Arbeit auf Maßnahmen, die entweder dieses “Fenster” erweitern, das weiterhin enge “Fenster” entlasten bzw. komfortabler gestalten oder neu- und andersartige “Fenster” öffnen.

Auf die verständliche Frage, wie realistisch eigentlich Erfolge bei der Erhöhung der Kinderanzahl erwartet werden können, gibt es keine einfachen, d.h. einschränkungslosen oder vorbedingungsarmen Antworten.

Verhältnismäßig optimistisch sehen die Berechnungen aus, die der Kölner Sozialökonom Bomsdorf (2005) in einem gerade veröffentlichten Gutachten zu der Frage durchgeführt hat, wie hoch die Geburtenrate in Deutschland steigen müsste, um den derzeitigen Bevölkerungsumfang von über 80 Millionen für die nächsten Jahrzehnte halten zu können - vorausgesetzt man hält dieses Ziel überhaupt für wichtig. Er relativiert zunächst die gemeinhin für deutsche Frauen für notwendig gehaltene Bestandserhaltungs-Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau. Auf Basis der Annahmen der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Nettozuwanderung jährlich 200.000 Personen, Lebenserwartung Neugeborener) würde seines Erachtens “eine kontinuierliche Erhöhung der Fertilitätsrate von heute 1,37 auf 1,7 im Jahr 2015 den Bevölkerungsumfang längerfristig über 80 Millionen stabilisieren” (Bomsdorf 2005, 2).

Andere Autoren (z.B. Bertram et al. 2005, 44) warnen allerdings davor, den Aufwand zu unterschätzen, der notwendig ist, um die Geburtenrate in Deutschland wirklich in die Nähe des europäischen Durchschnitts zu bringen. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass der Effekt durch keine einzelnen der vielen Einzelmaßnahmen erzielt werden kann, sondern nur durch eine Bündelung mehrerer und verschiedenartigster Aktivitäten und Interventionen.

Da das Nebeneinander oder die Vereinbarkeit von Kindern und eigener Erwerbstätigkeit eine übergreifende und fundamentale Voraussetzung für Kinderwünsche und ihre Ver-

³³ So zuletzt Bertram und Mitarbeiter, die ein Kapitel ihres Gutachtens in Anlehnung an eine in Großbritannien dazu laufende Debatte mit der programmatischen Überschrift “Fragt die Frauen” überschrieben haben, und dies damit begründen, dass eine “nachhaltige Familienpolitik nur dann Erfolg haben wird, wenn sie die unterschiedlichen Werte und Präferenzen von jungen Männern und Frauen für ihre eigene Lebensführung akzeptiert.” (Bertram et al. 2005, 47)

wirklichkeit bei Frauen ist, wollen wir eine Analyse des Status quo an den Anfang aller weiteren Betrachtungen stellen.

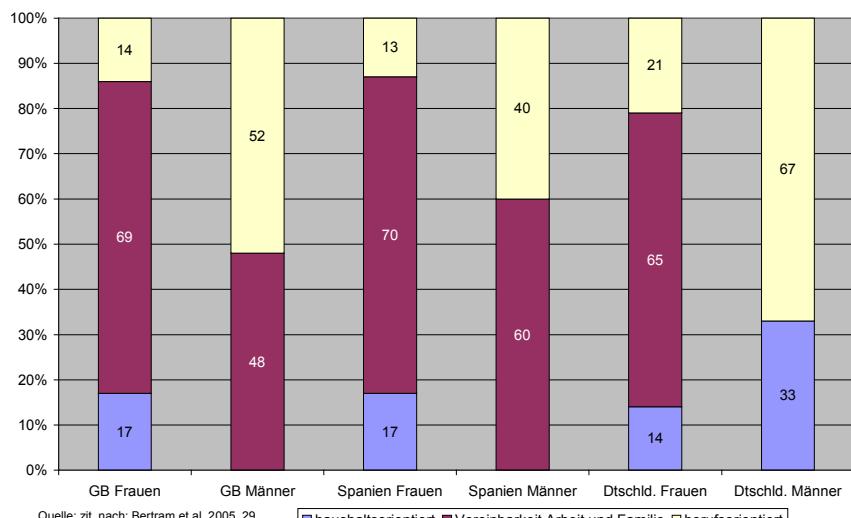
2.5.1 Förderung durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Frauenerwerbstätigkeit

2.5.1.1 Wie sieht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland aktuell aus?

Zu den vorrangigen Gründen für die Verschiebung des Geburtsgeschehens ins höhere Lebensalter oder gar die Kinderlosigkeit rechnete die Geschäftsführerin des Allensbach-Instituts, Köcher, bei der Vorstellung einer 2005 im Auftrag des Familienministeriums erstellten Studie zu den Essentials der künftigen Familienpolitik ausdrücklich nicht finanzielle Hindernisse, sondern „ein polarisierendes Rollenverständnis bei Frauen in Familie und Beruf“ (laut FAZ.NET vom 12.1. 2005). Positiv formuliert könnte also jeder Beitrag zum Abbau der Polarität von Familie und Beruf auch die Geburtenentwicklung fördern. Die Maßnahmen müssen von der prinzipiellen gesellschaftlichen Anerkennung der Gleichrangigkeit von Kinderziehung und Beruf bis hin zu konkreten Maßnahmen zur Vereinbarkeit beider Tätigkeiten reichen.

Wie die Abbildung 19 zeigt, wünschen sich 60 Prozent der jungen Frauen in Deutschland Familie und Beruf vereinbaren zu können. Darin unterscheiden sie sich nur geringfügig von den jungen spanischen und britischen Frauen. Dies wird anders, wenn man sich die Wünsche der jeweiligen Männer zum Nebeneinander von Familie und Erwerbstätigkeit betrachtet. In Deutschland wünscht sich das nämlich kein einziger der befragten Männer, wohingegen es immerhin 60 Prozent der spanischen und 48 Prozent der britischen Männer beschäftigt. Mit anderen Worten: Das mühselige Arrangement von Familie und Beruf ist in Deutschland ausschließlich eine Angelegenheit der Frauen. An dieser einseitigen Belastung der Frauen mit einem der wichtigsten Probleme der Kindererziehung ändert auch die Tatsache nichts, dass immerhin 33 Prozent der deutschen Männer haushaltsorientierte Wünsche äußerten. Rund zwei Drittel der Männer, und damit ein international sehr hoher Anteil, sind trotzdem ausschließlich an ihrer eigenen Berufstätigkeit interessiert.

Abbildung 19: Verteilung der Wünsche von Männern und Frauen zum Verhältnis von Familie und Arbeit in Deutschland, Großbritannien und Spanien 1999/2002



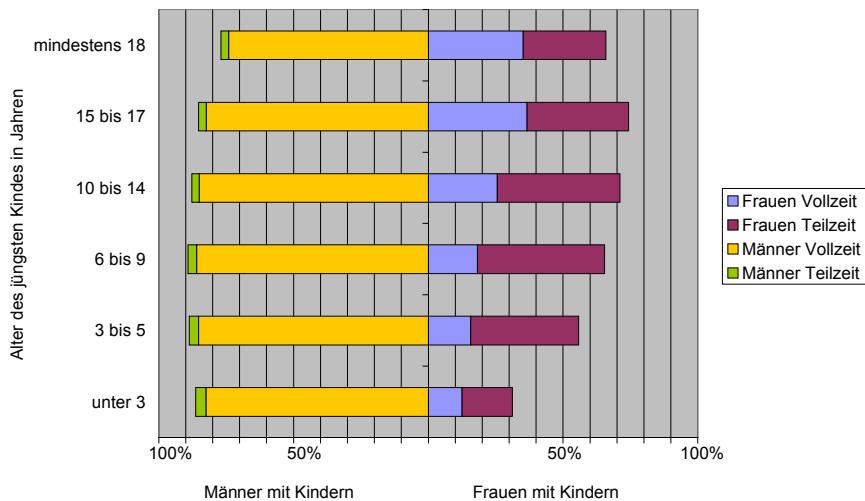
Sieht man sich die realen Arrangements zum Neben- und Miteinander von Familie und Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern mit Kindern an, zeigen sich für alle Frauen mit Kindern während ihrer gesamten Erwerbstätigkeitsphase mehrfache und erhebliche Nachteile gegenüber den Männern mit Kindern. Die gerade untersuchten Wünsche bleiben also nicht im Theoretischen, sondern werden mehr oder weniger vollständig umgesetzt.

Wie die Abbildung 20 für Deutschland in Übereinstimmung mit nahezu allen vergleichbaren Analysen der letzten Jahrzehnte zeigt, lag die Erwerbstätigkeit von Frauen mit Kindern in Deutschland im Jahre 2004 in allen Lebensaltern mehr oder weniger deutlich unterhalb des Niveaus der Männer mit Kindern. 86,3 Prozent aller Männer mit einem jüngsten Kind im Alter unter 3 Jahren waren 2004 erwerbstätig und zwar zu 82,5 Prozent in Vollzeit und lediglich zu 3,8 Prozent in Teilzeit. Von den Frauen mit derselben Konstellation waren nur 31,2 Prozent überhaupt erwerbstätig. Dabei überwog aber der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Frauen den der in Vollzeit arbeitenden Frauen. Der Erwerbstätigkeiten-Anteil nimmt zwar bei den Frauen mit dem Älterwerden ihres jüngsten Kindes zu, erreicht aber selbst im Maximum (jüngstes Kind im Alter 15-17 Jahren) nicht den Wert der Männer. Während die Teilzeit-Tätigkeit bei den Männern mit Kindern in keiner Altersstufe ihrer Kinder eine quantitativ bedeutende Rolle spielte, überstieg der Anteil der Frauen mit Kindern, die in Vollzeit erwerbstätig sind erst nach dem 15. Lebensjahr ihrer Kinder den Anteil der in Teilzeitarbeit Erwerbstätigen.

Selbst wenn ein Teil dieser Verhältnissen auf dem Wunsch der Frauen mit Kindern beruht, existiert doch eine erhebliche faktische Benachteiligung (weniger durch gesetzliche Rege-

lungen als durch Moralvorstellungen und Normalitätsannahmen von Ehemännern) von Frauen mit Kindern nicht nur in einer kurzen Phase nach der Geburt, sondern für deutlich längere Zeit wenn nicht für die gesamte restliche Zeit von Erwerbstätigkeit. Selbstverständlich gilt dies nicht für die Frauen oder jungen Mütter, die eine längere Nichterwerbstätigkeit präferieren.

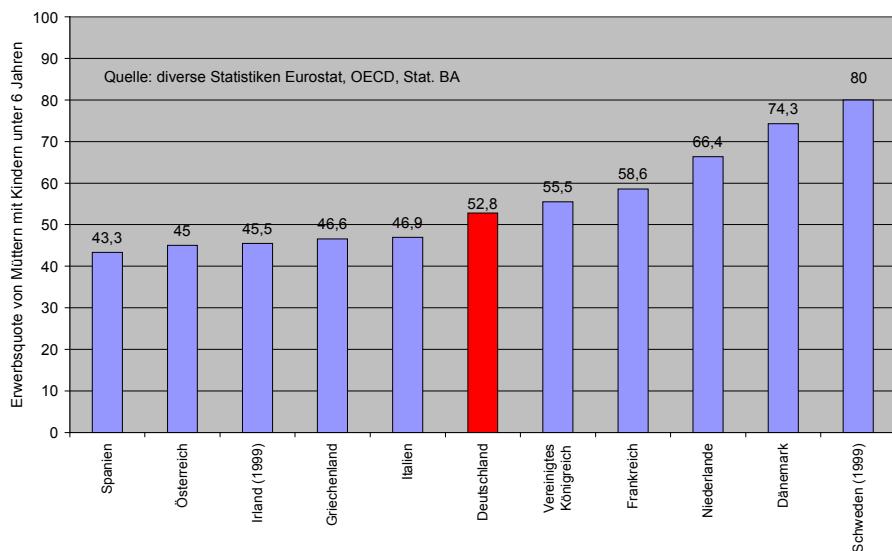
Abbildung 20: Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern mit Kindern 2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005): Leben und Arbeiten in Deutschland, Mikrozensus 2004

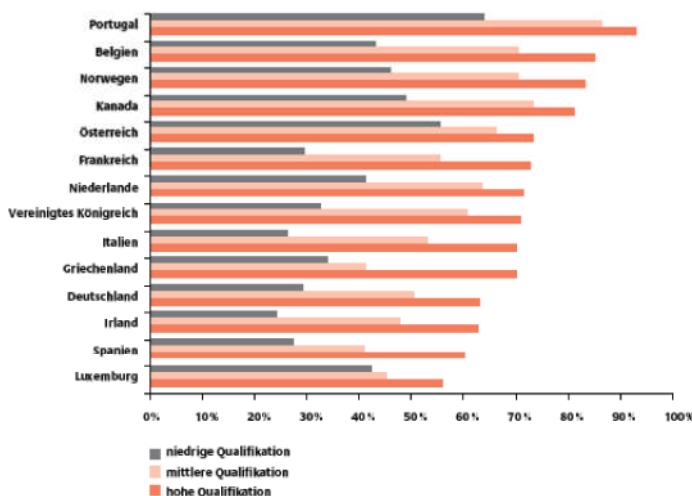
Der internationale Vergleich zeigt, dass es sich bei den spezifischen Beschäftigungsdefiziten für Frauen mit Kindern zum Teil um ein typisch deutsches Problem handelt. Zu Beginn des gegenwärtigen Jahrzehnts stand Deutschland bei der Rate der Beschäftigung von Müttern mit Kindern unter 6 Jahren in der Mitte einer Gruppe europäischer Länder. Für die Zeit vor 2002 stellt aber eine Analyse aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (Beckmann 2003) darauf hin, dass in Deutschland durch eine problematische Konstruktion der Beschäftigungsquote "das Niveau der tatsächlichen Beschäftigung von Müttern mit Kindern unter 3 Jahren ... permanent und in erheblichem Umfang überschätzt" (ebd. 3) wird. Dass an der Spitze dieser Liste nicht nur Länder mit einer hohen Geburtenhäufigkeit stehen, zeigt, dass die Existenz von Beschäftigungsmöglichkeiten für Mütter nur einer unter mehreren Faktoren ist, die sich fördernd oder hemmend auf die Kinderanzahl auswirken.

Abbildung 21: Beschäftigungsrate aller Mütter mit Kindern unter 6 Jahren im internationalen Vergleich 2001



In der Abbildung 22 zeigen sich weitere Spezifika der Beschäftigungsrealität von Müttern mit Kindern. Der Anteil der in ehelicher oder eheähnlicher Partnerschaft lebenden erwerbstätigen Müttern mit Kindern unter 6 Jahren wurde dort für drei Qualifikationsstufen berechnet. Hier wird Mehreres deutlich: In allen untersuchten Ländern nimmt die Erwerbstätigenquote mit der Qualifikationsstufe zu. Dies ist ein Phänomen, das in der Debatte um die Kinderzahl von Akademikerinnen mitbedacht werden sollte. Das zweite bemerkenswerte Ergebnis ist, dass Deutschland in fast allen Qualifikationsstufen die international geringste Erwerbstätigkeitsquote von Müttern aufweist. Nur in Irland, Spanien und Luxemburg arbeiten weniger hochqualifizierte Mütter mit Kindern unter 6 Jahren als in Deutschland. Auf den jeweils niedrigen Niveaus sieht es ebenfalls nicht prinzipiell anders aus.

Abbildung 22: Erwerbstägenquoten von Müttern mit Kindern unter 6 Jahren in Ehen und eheähnlichen Lebensgemeinschaften nach Qualifikationsstufen 1999



Quelle: OECD; Stand: 1999

Quelle: BMFSFJ/IW/BDI 2004, 14.

Will man die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland durch arbeitspolitische Maßnahmen verbessern, sollte eine weitere Besonderheit berücksichtigt werden: Die unabhängig von der Existenz von Kindern bei Frauen vorherrschende und teilweise auch von ihnen präferierte Form der Teilzeitbeschäftigung.

Nirgendwo im Ausland gibt es die in Deutschland herrschende Verbindung einer "besonders niedrige Geburtenrate mit einem unterdurchschnittlichen Anteil Vollzeit berufstätiger Frauen" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 54).

Nach ihren Präferenzen der Beschäftigungsform gefragt, "(plädieren) lediglich 8 Prozent der 18- bis 44jährigen (...) dafür, daß eine junge Mutter im vollen Umfang berufstätig bleibt; 49 Prozent favorisieren den Übergang auf eine Teilzeitbeschäftigung, 29 Prozent den völligen Ausstieg aus dem Beruf. Damit ist zwar nicht der völlige Ausstieg, aber doch eine erhebliche Reduktion der beruflichen Tätigkeit das Ideal – aus der Sicht von Frauen noch mehr als aus der Sicht von Männern (...) 88 Prozent der Väter, aber nur 43 Prozent der Mütter sind vollzeit berufstätig" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 54).

Daher ist die Prognose ernst zu nehmen, unter den gegenwärtigen Bedingungen würde Vollerwerbstätigkeit in Deutschland in der Regel zu weniger Kindern führen (Bertram et al. 2005, 37).

2.5.1.2 Welche Maßnahmen können die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern?

Wie bereits mehrfach hervorgehoben, stellen immaterielle Elemente und Maßnahmen wichtige Voraussetzungen oder Begleitmomente für die Schaffung und Wirkung materieller Veränderungen dar. Im Zusammenhang von Kindern, Kindererziehung und Berufstätigkeit meint dies vor allem die selbstverständliche und konkrete gesellschaftliche Anerkennung der Gleichrangigkeit beider Lebensbereiche oder Tätigkeiten sowie der Kindererziehung als eine der Berufsarbeit gleichwertige Tätigkeit. Abschätzige Bewertungen wie die Bezeichnung "Rabenmutter" für erwerbstätige Mütter sind ebenfalls kontraproduktiv für die Vereinbarkeit von Arbeit und Kinder-Familie.

Die Gleichrangigkeit von Familie und Beruf ist auch nicht per einmaliger Proklamation herzustellen und abzusichern, sondern eine kontinuierliche und parallel zu allen konkreten Maßnahmen zu bewältigende Aufgabe.

Eine Vereinbarkeitspolitik ist also nur erfolgreich, wenn sie wie in Frankreich und Schwerden "dezidiert" (Henry-Huthmacher 2002) erfolgt und offen ihre Zwecke erklärt. Ob dies so eindimensional ökonomistisch erfolgen muss wie in Frankreich sollte allerdings noch geklärt werden. Dort erklärte z.B. der konservative Familienminister im Vorfeld (2003) der jüngsten familienpolitischen Initiative der konservativen französischen Regierung: „Jedes neue Kind ist nicht nur ein persönlicher Glücksfall, sondern auch ein wirtschaftlicher Gewinn und ein Wachstumsanstoß für das ganze Land“. Zu einer "dezidierten Vereinbarkeitspolitik" gehört aber, dass z.B. Kinderbetreuung in Deutschland nicht mehr als Privatsache betrachtet wird, sondern als Angelegenheit der öffentlichen Politik und als wichtiger Bestandteil der Familienpolitik.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann aber nicht nur eine Angelegenheit staatlicher Politik sein, sondern auch die privaten Betriebe sollten mit und ohne staatliche Hilfen familienfreundlicher Arbeitsstrukturen schaffen, die auch durchaus rentabel sein können. Wie jüngere Umfragen bei Unternehmen zeigen, haben familienfreundliche Aktivitäten für 70 Prozent von ihnen zunächst einmal geringe Priorität. Eine Prognos-Studie aber "belegt den betriebswirtschaftlichen Nutzen familienfreundlicher Maßnahmen in kleinen und mittleren Unternehmen mit einer Rendite von 25 Prozent. Ergebnis der Kosten-Nutzen-Analyse: Der betriebswirtschaftliche Nutzen übersteigt – auch kurzfristig betrachtet – die Investitionen deutlich. Die Einsparpotenziale aufgrund niedrigerer Überbrückungs-, Fluktuations- und Wiedereingliederungskosten bewegen sich für mittlere Unternehmen und selbst in einer derzeit angespannten Wirtschaftslage in einer Größenordnung von mehreren 100.000 Euro" (BMFSFJ/IW/BDI 2004, 17).

Die folgenden Maßnahmen stellen integrale Elemente einer staatlichen und gesellschaftlichen Politik zur Vereinbarkeit von Familie, Kindern und Berufstätigkeit dar und sind auch meist praktisch erprobt:

- Quantitativer Auf- und Ausbau der vorschulischen Betreuungsangebote mit einem Schwerpunkt bei den Angeboten für Kinder bis zu 3 Jahren. Beim Ausbau sollte der Flexibilisierung der Öffnungszeiten besonderes Augenmerk gewidmet werden.³⁴
- Qualitativer Ausbau der vorschulischen Betreuungsangebote.
- Schaffung von Möglichkeiten einer hochflexiblen Kinderbetreuung durch private Hausangestellte, deren Finanzierung zum Teil der Staat übernimmt.³⁵
- Entlastung und Flexibilität für berufstätige Eltern durch den weiteren³⁶ flächendeckenden Auf- und Ausbau von Ganztagschulen.
- Anreiz für Kinder durch ein Steuersystem, das Steuerentlastungen an die Anzahl der Kinder koppelt.
- Anreiz für mehr als ein Kind in kurzem Abstand durch eine so genannte "Geschwindigkeitsprämie", die in Schweden als einer der wichtigen Faktoren für die gegenüber Deutschland wesentlich höhere Geburtenhäufigkeit gilt (Hoem 2005). Diese Prämie soll verhindern, dass vor zwei Kindern in kurzem Abstand wegen der möglichen Nachteile im Berufsleben zurückgeschreckt wird. Die Prämie wird seit 1980 gezahlt, wenn der Abstand zwischen zwei Kindern 24 bzw. 30 Monate nicht überschreitet und hat einen nachgewiesenen Effekt.
- Für die schwedische Geburtenentwicklung macht Hoem (2005) in hohem Maße auch die wesentlichfrauenfreundlichere und vor allem individuelle statt familien- oder paarbezogene politische Kultur und damit hauptsächlich immaterielle Faktoren verantwortlich: "Das schwedische System zeichnet sich durch eine kinderorientierte Perspektive aus. Es ist kinderfreundlich, indem es frauenfreundlich ist. Es betont das „gleiche Recht von berufstätigen Frauen, auch Kinder haben zu dürfen“ statt des

³⁴ "In Frankreich besuchen vierzig Prozent der Zweijährigen und 99 Prozent aller Dreijährigen Krippen beziehungsweise Kindergärten, die täglich von 7.30 Uhr bis 18.30 Uhr geöffnet sind." (Henry-Huthmacher 2002, 34)

³⁵ "Insgesamt 450000 Frauen – doppelt so viel wie noch vor zehn Jahren – arbeiten heute als staatlich anerkannte assistantes maternelles oder als nounices. Das sind entweder Tagesmütter, die in ihren Wohnungen Kleinkrippen mit zwei bis vier Kindern aus der unmittelbaren Nachbarschaft betreiben. Oder sie kommen als Kinderfrauen gleich ganztagig in Haushalte der kinderreichereren Familien. Premier Raffarin pries jüngst die Betreuungsbranche als „Zukunftssektor“, der noch in diesem Jahrzehnt auf 600000 Arbeitsplätze anwachsen werde. Dieser Luxus soll sogar für Geringverdiener erschwinglich werden. Schon bisher erhalten die arbeitgebenden Eltern Zuschüsse für Gehalt und Sozialversicherung der Kinderfrauen sowie Steuerermäßigungen." (Mönninger 2003)

³⁶ Aktuell beteiligt sich nach Angaben des Bundesbildungsministeriums jede achte Schule an dem Ganztagschulprogramm der Bundesregierung. Das mit 4 Mrd. Euro ausgestattete Förderprogramm ist allerdings derzeit noch bis 2007 befristet (SZ 12. Mai 2005)

„Rechts von Müttern, auch arbeiten zu dürfen“, wie es die schwedische Friedensnobelpreisträgerin und Sozialreformerin Alva Myrdal formuliert hat.“

- Verbesserung der Kinderbetreuung in Betrieben durch staatliche Förderung von bis zu maximal 60 Prozent der Kosten unternehmensinterner Kinderbetreuung.
- Entwicklung und Unterstützung differenzierter berufsspezifischer Vereinbarkeitsarrangements durch neu zu schaffende betriebliche Elternbeauftragten (möglicherweise auch Umwidmung von Frauenbeauftragten). Die Idee beruht auf der zutreffenden Beobachtung, dass die Möglichkeiten und Formen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sich je nach Beruf erheblich unterscheiden und daher z.B. keine gesetzlich vorgeschriebenen Patentlösungen möglich sind (Bertram et al. 2005, 18).
- Angebot einer frühzeitigen Beratung über die Möglichkeiten von Studium und Familienplanung sowie der Möglichkeiten einer Karriereplanung mit Kindern an den deutschen Universitäten.

2.5.2 Entlastung des Familien- und Kinder-“Zeitfensters”

2.5.2.1 „Verbreiterung“ des derzeitigen Kinder-“Zeitfensters“

Zu den wesentlichen Maßnahmen, die das eng gewordene „Zeitfenster“ breiter machen und die mittleren Lebensabschnitte u.a. zu Gunsten von Kindern entlasten könnten, gehören:

- Eine direkte oder indirekte Verkürzung der Erst-Ausbildungszeiten (Lutz und Skirbekk 2004, 1). Zu den indirekten Maßnahmen zählt z.B. die in Frankreich seit 2004 existierende Förderung von Ausbildung von Berufs-Wiedereinsteigerinnen nach der Kindererziehungszeit.
- Die systematische mentale und materielle Förderung des Prozesses des möglichst frühen Selbständigwerdens vom Elternhaus zu Gunsten einer frühen Heirat oder Lebensgemeinschaft, eines frühen ersten Kind und dadurch einer möglicherweise höheren Anzahl von Kindern. Dies könnte u.a. durch die Umlenkung oder Umwandlung des in Deutschland komplett an die Eltern der in Ausbildung befindlichen Kinder fließenden Kindergeldes oder anderer kinderbezogenen Vorteile in Unterstützungen zur Haushaltsgründung für die erwachsenen Kinder erfolgen. Damit wird aber auch klar, dass es sich hier um keine konfliktlosen Maßnahmen handelt oder zumindest um solche, die erst nach längeren Übergangszeiten funktionieren würden.
- Eine in Nachbarländern wie z.B. in Frankreich seit 2004 für Familien oder Mütter mit einem Monatseinkommen von weniger als 4.120 Euro im 7. Schwangerschaftsmonat gezahlte einmalige Geburtsprämie von 800 Euro pro Kind ist in Deutschland wegen des im Dritten Reich für nationalistische und rassistische Zwecke betriebenen Missbrauchs der Grundidee nur schwer umsetzbar. Außerdem ist es fraglich, ob eine solche Prämie wirklich Anreize gibt, die Geburt eines Kindes vorzuziehen.

- Einen Anreiz, möglichst rasch ein zweites oder drittes Kindes zu zeugen und zu gebären, stellt auch die spezielle Variante des französischen Kindergeldsystems dar: Die Zahlung von Kindergeld erfolgt erst ab dem zweiten Kind und die Kindergeldzahlungen sind auf die ersten drei Lebensjahre des Kindes befristet.
- Die meisten der materiellen Veränderungen werden aber entweder nicht politisch beschlossen werden oder nicht optimal funktionieren, wenn sich nicht auch ein Teil der Mentalitäten und normativen Vorstellungen ändern. Dies bedeutet z.B. für Deutschland, sich von der speziellen Form von Subsidiarität abzuwenden, die kinderbezogene Leistungen vor allem an die Eltern auch der erwachsenen Kinder fließen bzw. den Transfer über diese laufen lässt. Dieses Unterstützungskonzept behindert paradoxerweise die Gründung junger Familien oder Lebensgemeinschaften und die Gestaltung von Partnerschaften bei dem wachsenden Teil der jungen Erwachsenen, der mehr Zeit in seine Ausbildung investieren muss. Verändern müssen sich dafür die Kriterien für das Selbständigen und -sein junger Menschen. Das in Deutschland wesentliche Kriterium ist die berufliche Selbständigkeit. In Frankreich ist es dagegen das dauerhafte Zusammenziehen von Partnern und das Vorhandensein von Kindern.

Da zahlreiche der hier und in anderen inhaltlichen Zusammenhängen erwähnten Maßnahmen zum festen Bestandteil der erfolgreich erscheinenden französischen Geburten- und Familienpolitik gehören, sollten aber auch die Selbstzweifel dieser Art von pronatalistischer Politik wahr und ernst genommen werden: "Ob verstärkte staatliche pronatalistische Maßnahmen sich positiv auf die Geburtenrate auswirken, ist dennoch fraglich. In Frankreich zum Beispiel, wo eine sehr intensive Familien- und Bevölkerungspolitik betrieben wird, hat sich die Kinderzahl durch diese Maßnahmen „nur“ um circa 0,2 Kinder je Frau erhöht: TFR= (total fertility rate/zusammengefasste Geburtsziffer - Anmerkung des Verfassers) = 1,66 im Jahr 1993, TFR = 1,88 im Jahr 2001. Zudem ist in Frankreich wie auch in den USA zu beachten, dass vor allem die ethnischen Minderheiten die günstige TFR im Vergleich zu Deutschland entstehen lassen. Tragen doch vor allem diese Gruppen mit einem überdurchschnittlichen Anteil zu den relativ hohen Geburtenraten bei" (Voigt 2005).

2.5.2.2 Entlastung im derzeitigen Kinder- "Zeitfensters"

Neben den bereits vorgestellten Überlegungen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem für die Frauen zu verbessern, gibt es weitere Einzelmaßnahmen, die ein zunächst einmal unverändert "enges Zeitfenster" kinderfreundlicher machen können:

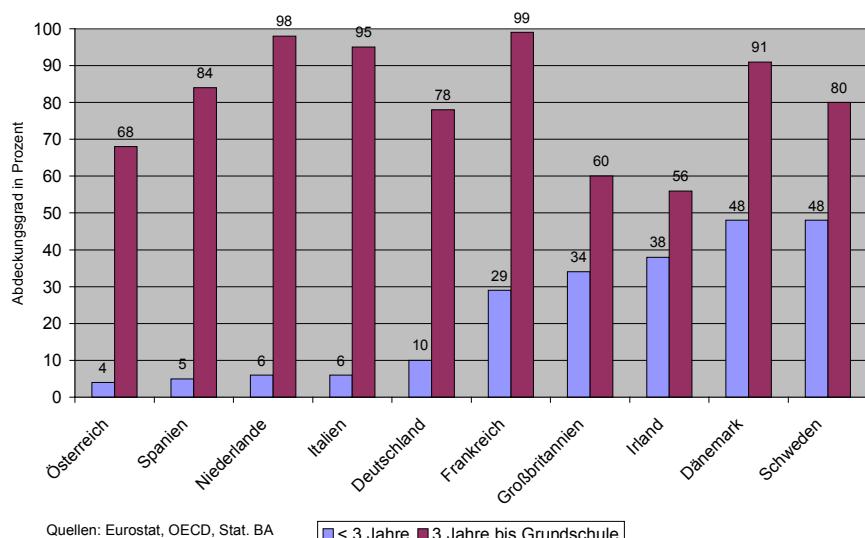
- Zu den häufig mit Vorrang und nicht selten auch allein genannten familienpolitischen Einzelmaßnahmen gehört die Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur zu Gunsten berufstätiger Eltern oder Mütter. Empirisch nachgewiesen ist u.a. mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), "dass eine verstärkte Förderung von Kindertageseinrichtungen, insbesondere auch das Angebot von Gartesplätzen, die Erwerbstätigkeit von Müttern signifikant begünstigt" (Büchel/Spieß 2002, 95).

Aktuell konstatiert das "Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)" eine Versorgungslücke von 250.000 Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren mit er-

werbstätigen Müttern (Spieß und Wrohlich 2005). Wenn die Mütter mit starkem Erwerbwunsch ebenfalls auf den Arbeitsmarkt kämen, würde es eine Gesamtnachfrage von 1,2 Mio. Kinderbetreuungsplätzen geben, von der die Ausstattungswirklichkeit erst recht weit entfernt liegt.

Wie die Abbildung 23 zeigt, gehört Deutschland in Europa bei den Betreuungsplätzen für unter 3-jährigen Kindern zu den "Schlusslichtern" während das Betreuungsangebot für über Dreijährige bis zum Grundschulalter im Mittelfeld der europäischen Länder liegt.

Abbildung 23: Abdeckungsgrad der Kinderbetreuungsangebote bis zum Grundschulalter im internationalen Vergleich 1995-2000



Quellen: Eurostat, OECD, Stat. BA

■ < 3 Jahre ■ 3 Jahre bis Grundschule

Zu diesen "objektiven" Bedarfsanalysen kontrastieren Befragungsergebnisse nach denen "die große Mehrheit der Eltern die Betreuungsinfrastruktur als ausreichend empfindet. Dies gilt für Väter allerdings signifikant mehr als für Mütter. 68 Prozent der Männer, 56 Prozent der Frauen stufen die Einrichtungen zur Kinderbetreuung am Ort als ausreichend ein; 20 Prozent der Väter, 35 Prozent der Frauen konstatieren Mängel (...) Eltern, die das Betreuungsangebot als defizitär empfinden, wünschen sich vor allem mehr Angebote für die nachmittägliche oder ganztägige Betreuung sowie flexiblere Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen" (Institut für Demoskopie Allensbach 2004, 65). Es mangelt also weniger an der Quantität des Angebots als an seiner Qualität, bei der vor allem die möglichst hohe Flexibilität eine zentrale Rolle spielt. Teilweise kann man die unerwartet geringe Nachfrage nach Betreuungsangeboten aber auch durch die Existenz einer Art "stiller Reserve"-Verhalten vieler Mütter erklären.

ren. Dies meint, dass sich viele Mütter am Drei- oder Mehr-Phasenmodell orientieren, also am Beginn der Familienphase ganz oder teilweise aus dem Beruf ausgeschieden sind und eventuell auch nicht mehr an eine Änderung ihrer Nicht- oder Gering-Erwerbstätigkeit glauben.

- Entlastende Wirkung für Familien mit Kindern besitzt die französische Steuerpolitik seit 2004 durch die Ausrichtung der Einkommenssteuer an der Kopfzahl der Familie und nicht an den Gesamteinkünften wie in Deutschland. Dies führt mit wachsender Kinderzahl (2 Kinder zählen wie ein Erwachsener) zu dauerhaft niedrigeren Steuerzahlungen.
- Ebenfalls seit 2004 übernimmt der französische Staat die Kosten von betrieblichen Familienleistungen wie beispielsweise der Einrichtung und des Betriebs von Betriebskindergärten bis zu 60 Prozent und schafft damit eine wichtige infrastrukturelle Voraussetzung für eine bessere und unaufwändiger Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderbetreuung.
- Ein Teil der berufstätigen Frauen scheut deshalb vor Kindern zurück, weil sie einerseits die Kindererziehung für die ersten Lebensjahre ihres Kindes selber in die Hand nehmen wollen und damit ihre Berufstätigkeit aufgeben aber andererseits auch nicht ihre ökonomische Selbständigkeit bzw. Unabhängigkeit verlieren wollen. Dieses Dilemma lösen bzw. wollen mehrere Maßnahmen lösen: In Frankreich erhält das runde Drittel der Mütter, die diese Kindererziehungsvariante bevorzugen, seit 2004 für die ersten drei Lebensjahre ihres Kindes zusätzlich zum Kindergeld einen staatlichen Zuschuss von monatlich 340 Euro. In Deutschland wurde vor der Bundestagswahl 2005 für die vergleichbare Lebenssituation vorgeschlagen, das in Ländern wie Norwegen und Schweden erfolgreich eingeführte so genannte "Elterngeld" als Lohnersatz für Mütter einzuführen, die eine Berufstätigkeit für eine befristete Kindererziehung (in Schweden und Norwegen geschieht dies für maximal 12 Monate) unterbrechen (Bertram et al. 2005, 17ff.)³⁷. Konkrete gesetzliche Vorschriften liegen aber im Frühjahr 2006 noch nicht vor. Stattdessen findet eine konservative familienpolitische Relativierung statt, die der familienpolitische Sprecher der CDU/CSU, Singhammer, als freiheitssichernd präsentierte: "Wir müssen die Wahlfreiheit gewähren und dürfen die Familien nicht durch finanziellen Druck in einen Lebensentwurf drängen." (lt. SZ vom 25.2.2006)
- Im Vorgriff auf den zweiten Teil dieses Buches sei schließlich auch bereits auf die Bedeutung von Informationen und gesichertem Wissen über die positiven wie negativen Umstände von Geburt, Kindererziehung und des Eltern-Kinder-Lebens hingewiesen. Eine unterschätzte Folge der gesunkenen Geburtenrate ist nämlich die geringere Möglichkeit, Kinder und das Leben mit Kindern durch die unmittelbare Anschauung

³⁷ In Schweden erhalten Väter und Mütter, die sich für die Kinderbetreuung beurlauben lassen, ein Jahr lang bis zu 80 Prozent ihres Gehalts. Beide Eltern müssen sich die Betreuungszeit aufteilen.

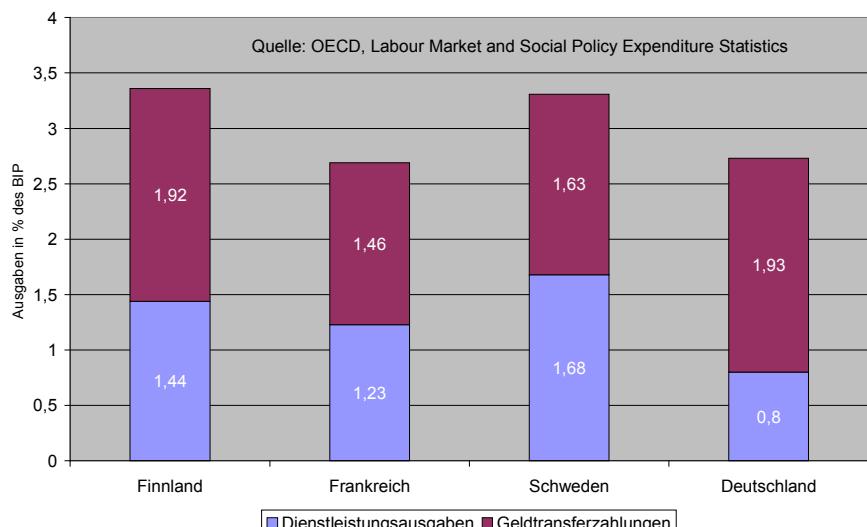
im persönlichen und sozialen Umfeld erfahren zu können. Der Abbau von biografisch erinnerter, angelesener oder spontan-assoziativer Ungewissheit, Unsicherheit, Risiko-behaftetheit und daraus resultierender Angst durch geeignete mediale Formen ist einer der vielen notwendigen Beiträge, die Situation der in der "Zeitfalle" sitzenden Menschen zumindest in dieser Hinsicht zu entlasten

- Die genannten materiellen Maßnahmen allein reichen aber nicht aus, Bedingungen zu schaffen, die zugleich kinderfördernd sind und nicht die individuellen Lebensinteressen der Mütter vernachlässigen. Um dies zu vermeiden, muss gleichrangig und gleichzeitig mit Gewohnheiten und traditionellen Handlungsweisen im deutschen Familienförderungssystem gebrochen werden. Dies gilt vor allem für die systematische Dominanz individueller Geldzahlungen gegenüber kollektiven öffentlichen Dienstleistungsaufwendungen.

Im Vergleich zu Finnland, Frankreich und Schweden stellt Deutschland auffallend wenig Geld für die öffentliche Kinderbetreuung bereit. Die öffentlichen Ausgaben für Dienstleistungen im Bereich Familienpolitik belaufen sich in Deutschland auf nur 0,8 Prozent des Bruttosozialproduktes, wohingegen in den anderen hier untersuchten Ländern die Werte zwischen 1,23 und 1,68 Prozent schwanken (siehe Abbildung 24). Auffällig ist für Deutschland ferner ein im Vergleich zu den anderen Ländern existierendes Übergewicht der Geldtransferzahlungen für familienpolitische Maßnahmen. Wie die Abbildung ferner zeigt, wird in Deutschland prozentual mehr als doppelt so viel für Geldtransferleistungen ausgegeben als für Dienstleistungen.

Dies liegt vor allem daran, dass in Deutschland die Kindergeldzahlungen für die ersten drei Kinder am höchsten sind. In Frankreich wird dagegen für das erste Kind gar kein Kindergeld gezahlt und die Zahlungen für das zweite und dritte Kind sind deutlich niedriger als in Deutschland.

Abbildung 24: Öffentliche Ausgaben für Familienpolitik in Prozent des Bruttoinlandsprodukts in OECD-Ländern 1998



- Auf die Auswirkung spezieller Mentalitätsunterschieden in der Art der Kindererziehung weist der französische Bevölkerungswissenschaftler Le Bras sehr pointiert hin: "Ich kann gut verstehen, dass deutsche Frauen vor dem zweiten Kind zurückschrecken! (...) Ich meine die große Verantwortung, die auf einer deutschen Mutter lastet, die Verantwortung für das Seelenheil und den Erfolg des Kindes. Bei allem, was schief läuft, fragt sie sich immer: Habe ich mich vielleicht nicht genug um mein Kind gekümmert? Französische Mütter hingegen sind überzeugt, dass ihre Kleinen in der Krippe oder im Kindergarten bestens aufgehoben sind. Die Gesellschaft und die Psychologen geben ihnen Recht. Alle französischen Abhandlungen zur Kleinkindpsychologie betonen, wie wichtig die möglichst frühe ‚Sozialisierung‘ ist. In Frankreich glaubt man nicht, dass ein Kleinkind möglichst viel und lange mit seiner Mutter zusammensein muss, um das lebensnotwendige "Urvertrauen" zu entwickeln" (Le Bras 2001).
- Zur Vollständigkeit der immateriellen Faktoren, die besonders in Deutschland den Alltag des Kinderkriegens und ihrer Erziehung belastet und damit evtl. Rückwirkungen auf das Kinderbekommen haben, gehören einige weitverbreitete und vielfach genutzte Etiketten für bestimmte Mütter und Väter: Dazu gehört z.B. die Bezeichnung "Rabenmutter" für junge Mütter, die ihr Kind in öffentliche Betreuungseinrichtungen bringen. Berufstätige Väter, die ihre Kinder aus einer Betreuungseinrichtung holen wollen und dazu ihren Arbeitsplatz pünktlich verlassen, werden als "Drückeberger"

bezeichnet. Typisch für derartige soziale Etikettierungen ist, dass sie vorweggenommen werden und verhaltenssteuernd wirken können.

2.5.2.3 Öffnung zusätzlicher Kinder-"Fenster" - Die Bedeutung nichtehelicher Kinder

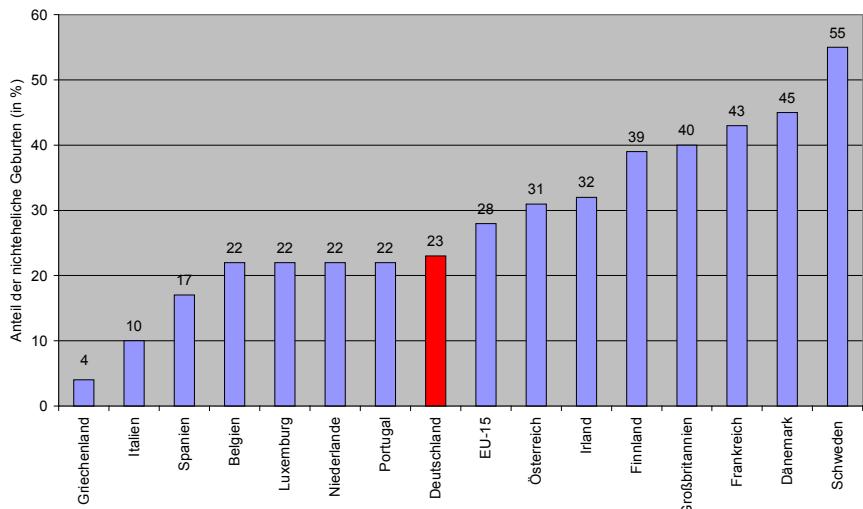
Eine häufig unterschätzte Bedeutung für das gesamte Geburtengeschehen hat die Bereitschaft und die diskriminierungs- wie nachteilsfreie Möglichkeit für nichteheliche Kinder. Dies um so mehr, als das Fehlen eines richtigen dauerhaften Partners für eine eheliche Geburt einer der meist genannten Gründe für Kinderlosigkeit ist (Dorbritz et al. 2005, 10).

In Deutschland lag der Anteil nichtehelicher Geburten (siehe Abbildung 25) an allen Geburten bis in die jüngste Vergangenheit hinein weit unter dem Niveau in anderen europäischen Staaten. Bei den Spitzeneitern Schweden, Dänemark, Frankreich und Großbritannien schwankt der Anteil von nichtehelich geborenen Kindern immer um die 50-Prozentmarke aller Geburten. Dabei spielt der Grad der gesellschaftlichen Normalität und Anerkennung von nichtehelich geborenen Kindern und ihren Müttern die entscheidende Rolle. In Frankreich sehen Bevölkerungswissenschaftler die dortigen Reformen zur materiellen Gleichstellung von nichtehelichen mit ehelichen Kindern sowie die volle gesellschaftliche und soziokulturelle Anerkennung nichtehelicher Kinder als Hauptgründe für die im internationalen Vergleich insgesamt hohe Geburtshäufigkeit an.

Aus internationaler Perspektive wird auch immer wieder auf den starken und möglicherweise dämpfenden Einfluss hingewiesen, den das zur Normalität erklärte traditionelle Familien-Modell auf die Gesamtzahl der geborenen Kinder besitzt: "Je schwächer die klassische Familie als Referenzmodell, desto höher die Bereitschaft der Frauen, Kinder zu bekommen. Das klingt zwar paradox, lässt sich für Westeuropa aber mit Zahlen belegen. In Frankreich, Skandinavien und Großbritannien werden überall verhältnismäßig viele Kinder geboren, etwa 1,8 bis 1,9 Kinder je Frau. Hier liegt auch ein anderer Wert besonders hoch, der für geringen Druck in Richtung "geordnetes Familienleben" spricht: die Zahl der außerehelichen Geburten, mehr als 50 Prozent in Schweden, um 40 Prozent in Frankreich und Großbritannien. In den Mittelmeerlandern hingegen bekommen die Frauen durchschnittlich nur 1,1 Kinder - und das ist auch der Teil Europas, in dem nur sehr wenige Kinder außerhalb der Ehe zur Welt kommen: 11 Prozent in Italien, 3 Prozent in Griechenland" (Le Bras 2001).

Die Art der Religiosität, der Wohlstand einer Gesellschaft oder die Existenz und Wirkung sozialstaatlicher Systeme (z.B. für die Absicherung des Kindes bei unterbleibenden Unterstützungszahlungen des Vaters) spielen ebenfalls bedeutsame Rollen. Dabei muss man aber Abstand zu bruchlosen Ursache-Wirkungszusammenhängen nehmen. Wer also am Beispiel Italiens und Spaniens zeigen will, dass sich der Katholizismus dämpfend auf die Häufigkeit nichtehelicher Kinder auswirkt, muss dies mit dem Blick auf die irischen Werte relativieren.

Abbildung 25: Anteil nichtehelicher Geburten im internationalen Vergleich 1999

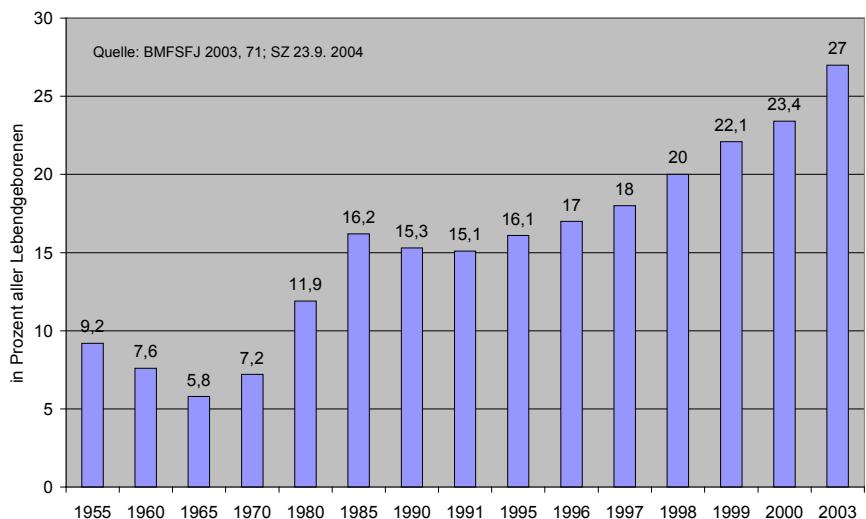


Wie der Abbildung 26 zu entnehmen ist, erhöht sich aber in den letzten Jahren auch in Deutschland die Anzahl der nichtehelich geborenen Kinder.

Ein Teil dieses Anstiegs dürfte durch die Wiedervereinigung bedingt sein. Der Anteil nichtehelich geborener Kinder war in der DDR durchweg deutlich höher als in der alten BRD: 1980 gab es in der BRD 7,6 nichteheliche Geborene pro 100 Geburten und in der DDR 22,8. 1990 betrugen die Werte 10,5 und 35 und im Jahre 2000 nahmen die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern sogar noch zu (18,6 und 51,5) (Billehari 2005, 21).

Der relativ große Sprung vom 20 Prozent-Anteil an allen Geburten im Jahre 1998 auf die 27 Prozent im Jahr 2003 führt die deutschen Verhältnisse zumindest an den europäischen Durchschnittswert heran. Der wesentliche Grund für diese Entwicklung dürfte die 1998 verbesserte Rechtsstellung nichtehelicher Kinder (z.B. gemeinsames Sorgerecht auch von nichtverheirateten Eltern) sein.

Abbildung 26: Anteil der nichtehelich geborenen Kindern an allen Lebendgeborenen Deutschland 1955-2003



2.6 Fazit zu Situation und Perspektive der Geburten in Deutschland

Die aktuellen Daten rechtfertigen weder einen "demografischen Fatalismus", der vor der angeblichen Unvermeidbarkeit erwünschter und unerwünschter Folgen der demografischen Entwicklung kapitulierte, noch eine Überdramatisierung der Folgen für die politische Stabilität und den Wohlstand in Deutschland.

- Viele der stetig und heftig kommunizierten empirischen Eckdaten und der darauf basierenden Schlussfolgerungen über die Geburtenentwicklung sind weniger sicher, eindeutig und schwieriger zu vermitteln als erwartet und suggeriert.
- Das Sinken der Geburtenhäufigkeit ist keine plötzliche aktuelle Entwicklung oder gar dem heutigen „Zeitgeist“ anzulastende Erscheinung, sondern begann in Westdeutschland bereits vor mehreren Jahrzehnten. Nach einem raschen Absinken in den 1970er Jahren bewegt sich die Geburtenhäufigkeit seit vielen Jahren auf einer Art "Talsohle" leicht auf und ab (siehe dazu die Abbildung 1). Die Anzahl der in Deutschland geborenen Kinder bewegt sich aber seitdem mit Schwankungen nach oben und unten deutlich unter dem Niveau, das für die Bestandserhaltung einer Bevölkerung notwendig ist. Darüber, ob sie dauerhaft auf dem niedrigen Niveau verharrt oder sich bereits wieder leicht nach oben bewegt, gibt es kontroverse Bewertungen. Eindeutig handelt es sich aber um kein lineares Geschehen nach unten oder oben. Dies heißt umgekehrt aber nicht, dass

es angesichts des langen Verharrens auf dem niedrigen Niveau keine Schrumpfungen der Bevölkerungsgröße gab, gibt und geben wird, deren Ursachen und Auswirkungen man dann konkret und im Einzelnen bewerten muss.

- Die bereits erwähnte Bestandserhaltung einer Bevölkerung verlangt etwas mehr als 2 Kinder pro Frau. Der Wert in Deutschland liegt derzeitig bei rund 1,4 Kindern pro Frau.

Für die Bewertung des dramatischen Gehalts dieses Indikators sind aber Berechnungen der Geburtenhäufigkeit von Bedeutung, die das verbreitete und unter der Bezeichnung "Tempoeffekt" bekannter gewordene Phänomen der Verschiebung eines Teils des Geburtengeschehens in ein höheres Lebensalter berücksichtigen. Die Anzahl der Kinder pro Frau erhöht sich dadurch auf 1,7 Kinder. Die Differenz zum Bestandserhaltungswert ist damit zwar kleiner geworden, aber nicht restlos verschwunden. Sofern die Erhaltung des Bestandswertes einer Bevölkerung überhaupt eine sinnvolle und realistische Zielgröße ist, werden mit der kleiner gewordenen Differenz der Werte aktuelle Prognosen realistischer, die restliche Lücke durch eine gezielte Zuwanderungspolitik schließen zu können.

- Die Höhe des Absinkens der Geburtenhäufigkeit in Deutschland und damit die Basis für einen Teil ihrer Dramatisierung beruht darauf, dass sie von einem für Deutschland historisch sehr speziellen, außerordentlich hohen Niveau erfolgte. Eine Rückkehr der Gebährhäufigkeit auf das Niveau der Wirtschaftswunderzeit wäre weder eine zur "Normalität" noch wäre sie ohne die damaligen sozialen und politischen Sonderbedingungen sowie die darauf basierenden individuellen Wahlentscheidungen für Kinder in dieser Zeit möglich. Eine künftige Normalität der Geburtenhäufigkeit in Deutschland kann also ohne grundlegende Veränderungen der objektiven und subjektiven Umstände weder auf dem Niveau der 1950er Jahre noch auf dem in Frankreich oder Schweden liegen.
- Diese Entwicklung betrifft Deutschland nicht alleine, sondern findet sich in vielen vergleichbaren Ländern Europas und Nordamerikas. In diesen Vergleichen fällt aber für Deutschland die verhältnismäßig lange Zeit auf in der die Geburtenentwicklung auf dem erreichten niedrigen Niveau verharrt.
- Im internationalen Vergleich liegt Deutschland zwar je nach Indikator oft am Schluss der Liste von vergleichbaren Ländern doch auch öfter „nur“ im unteren Mittelfeld.
- Gerade im Kontext internationaler Vergleiche der Bevölkerungsgröße ist genauer zu hinterfragen, warum es wichtig sein sollte, 80 Millionen Menschen in Deutschland zu haben und man dazu die Anzahl der Geburten erhöhen muss. Allgemeiner ausgedrückt geht es um die normative Grundlage der demografischen Debatte und ihre Normalitäts-Annahmen.
- Die aktuelle Entwicklung rechtfertigt trotz des seit Jahren konstant niedrigen Niveaus weder Dramatisierungsdiskurse über das scheinbar unvermeidbare "Aus-

sterben Deutschlands" noch Verharmlosungsdiskurse, sondern sorgfältige empirische Analysen der Entwicklungsdynamik der letzten Jahrzehnte und entsprechende differenzierte Folgenabschätzungen. Dabei wird z.B. deutlich, dass eine Abnahme der absoluten Anzahl der Einwohner in Deutschland nicht zwangsläufig negative oder unerwünschte Wirkungen auf die Lebensqualität oder das Wohlstandsniveau der Bevölkerung haben muss. Anders sieht es wahrscheinlich aus, wenn sich in der Folge das "Mischungsverhältnis" der Altersgruppen und damit die sozio-kulturelle Normalität verändert.

- Weder die Geburtenhäufigkeit im Allgemeinen noch ihr Sinken beruht auf einer einzigen physisch-chemischen (z.B. der „Pille“), sozialen (z.B. der Kinder als „Armutsrisiko“ oder den Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen) oder soziokulturellen (z.B. dem egoistischen Hedonismus „der 68er“) Ursache, sondern auf einem Bündel dieser und weiterer Ursachen. Zu den wichtigsten gehören: das individuelle und gesellschaftliche Interesse an einer möglichst guten, aber Zeit und Ressourcen raubenden Ausbildung insbesondere von Frauen, eine Verschiebung der Selbständigkeit von Frauen und Männern und damit des Zeitpunktes der Heirat oder einer Lebensgemeinschaft und des ersten Kindes in immer höhere Lebensjahre, die Vorstellung von Frauen und Männern, erst in einer stabilen beruflichen Position an Kinder denken zu können, Selbstverwirklichungsinteressen, Zukunftsängste.
- Handlungsvorschläge, die Wirkung erzielen wollen, müssen beachten, dass es nicht ausreicht, einzelne finanzielle (z.B. Kindergeld oder „Gebärprämie“), organisatorische (z.B. ausreichend Kinderbetreuungsplätze) oder soziokulturelle (z.B. umfassende Anerkennung und Gleichstellung nichtehelicher Geburten) Bedingungen und Einflussfaktoren einzuführen oder zu optimieren. Vielmehr müssen qualitativ unterschiedliche Faktoren gebündelt werden.
- Neben die vielen ökonomischen oder sozialen Nutzenerwägungen muss aber auch der ganz persönliche "Spaß" mit Kindern und die einzigartige Bereicherung der Gefühlswelt treten. Der Familienbericht der Bosch-Stiftung (2005) bringt das so auf den Punkt: "Eine Entscheidung für eine Familie ist eine grundsätzliche Lebensentscheidung, die eher selten intellektuell oder ökonomisch, sondern eher emotional oder werteorientiert ist."
- In der öffentlichen Debatte um die Geburtenhäufigkeit sollte künftig mehr auf die Wahl der "richtigen" Geburtzziffern geachtet werden. Angesichts der Probleme, erst in Kohorten- bzw. Längsschnittanalysen die tatsächliche Anzahl von Kindern pro Frau erheben zu können, sollten hier mit entsprechendem öffentlichen Druck auch technische Verbesserungen der Systematik und Erhebung beispielsweise bei der Erhebung der Kinderanzahl von Frauen im Mikrozensus erfolgen.

3 Geburt und Geburtshilfe in Deutschland - ein hochriskantes Geschehen!?

Die Zeugung von Kindern, die Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes gehören zu den Ereignissen im Lebenslauf mit den intensivsten und emotionalsten Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen und Ängsten bezüglich des "Ergebnisses". Dabei geraten individuellen Erwartungen, ein "gesundes Kind" zur Welt zu bringen, auch immer mehr unter den Druck gesellschaftlicher Normen. Dies gipfelt derzeit in der Debatte um die Frühdiagnostik kindlicher "Schäden". Wer sich mit der Entwicklung der Geburtshilfe beschäftigt, stößt auf immer mehr Akteure, Szenarien, Handlungsangebote und Interventionsvorschläge, die zuerst die scheinbar enorm hohen Prozess- aber vor allem Ergebnis-Risiken des Geburts geschehens für Mutter und Kind beschreiben und dann vorgeben, sie in geeigneter Weise zu vermeiden oder zu verringern.

Dabei drängt sich der Eindruck auf, dass ein Teil der "Risiko"-Last der Geburtshilfe erst durch die Risiko-Kommunikation aufgebaut und "gepflegt" wird. Deren maßgebliche Träger sind Leistungsanbieter, die ein eigenes erwerbswirtschaftliches Interesse an der Größe wie an einer verzerrten oder übertriebenen Darstellung der Risiken besitzen.

Im Mittelpunkt der folgenden Beschäftigung mit der Situation der Geburtshilfe in Deutschland stehen deswegen drei Fragestellungen:

- Wie wissenschaftlich nachweisbar "riskant" ist die Geburt eines Kindes für Mutter und Kind, und wie viele Ängste etc. sind wissenschaftlich nachgewiesen unbegründet und beispielsweise nur durch materielle oder immaterielle Interessen Dritter bestimmt?
- Wie hilfreich sind die immer zahlreicher medizinischen oder anderweitigen Interventionen zur prozess- und ergebnisbezogenen "Risikominimierung" im Lichte wissenschaftlicher Studien wirklich? Und wird in ausreichender Weise abgewogen, ob diese Interventionen - die selbst auch Risiken bergen - über eine größere Zahl von Fällen betrachtet im Durchschnitt mehr Nutzen als Schaden nach sich ziehen?
- Gibt es möglicherweise vernachlässigte Maßnahmen in der Geburtshilfe, deren Wirksamkeit im Rahmen wissenschaftlicher Studien eindeutig nachgewiesen wurden?

Bevor wir uns diesen drei Fragenkomplexen zuwenden, geben wir einen kurzen Überblick über einige eher quantitative Rahmenbedingungen und Risiko-Kennziffern der Geburtshilfe in Deutschland.

3.1 Organisatorische und quantitative Rahmenbedingungen der Geburtshilfe

3.1.1 Art und Anzahl professioneller Akteure

An der Geburt der zu rund 98 Prozent in Kliniken geborenen Kinder sind eine Reihe professioneller Helfer beteiligt, zu denen sich mittlerweile³⁸ sehr häufig Laien (z.B. Väter und Freunde) gesellen. Hinter der Vielfalt der professionellen Helfer stehen erhebliche Qualifikations-, Image-, Status- und Akzeptanzunterschiede und auch divergente Auffassungen über die Art und Weise der Entbindung. Damit existieren potenziell eine Menge Konfliktlinien, Konkurrenzen und Reibungsflächen, die Einfluss auf die Versorgungsqualität der Schwangeren, Mütter und Kinder haben können. Auch wenn es immer mehr offizielle Verständigungen und Richtlinien zur Arbeitsteilung, Grenzziehung aber auch Kooperation der professionell Beteiligten gibt, stellt die Feinabstimmung der Arbeitsteilung häufig noch einen integralen Bestandteil des Verlaufs jeder individuellen Schwangerschaft und Geburt dar. Dabei werden mit Vorsatz oder unbewusst wechselseitige Vorbehalte gegenüber der Qualität der von den jeweils anderen Berufsgruppen erbrachten geburtshilflichen Leistung erzeugt. Dies dient als Mittel, Grenzen zu ziehen, Zuständigkeits-"Reviere" zu reklamieren oder "Kundinnen" zu gewinnen. Damit ist die Wettbewerbssituation auf dem "Geburtenmarkt" nicht "nur" ein betriebswirtschaftliches, sondern auch ein gesundheitliches und gesundheitswissenschaftliches Problem. Außerdem führt der Abbau von fest angestellten Hebammen an Krankenhäusern dazu, die Konkurrenz innerhalb der Professionen und insbesondere auch unter den Hebammen zu erhöhen.

Auch wenn die exakte Anzahl der am Geburtsgeschehen direkt beteiligten professionellen Akteure nicht ganz genau bekannt ist, lassen sich folgende groben Zahlen nennen:

Die Anzahl der im ärztlichen Sachgebiet "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" in Krankenhäusern tätigen Ärzten, und damit die maximale Anzahl von stationären Geburtshelfern, stieg von 3.945 im Jahre 1996 über 4.179 im Jahre 1998 und 4.519 im Jahre 2003 auf 4.574 im Jahre 2004 (Ärztestatistik der Bundesärztekammer) an. Bei einer von 1996 bis 2004 zu beobachtenden Gesamtzunahme der stationär tätigen Ärzte um 8,1 Prozent war der Anstieg der Ärzte mit der Sachgebietsbezeichnung "Frauenheilkunde- und Geburtshilfe" mit 15,9 Prozent überdurchschnittlich. Diese Zunahme erfolgte immerhin parallel zu den stagnierenden Geburtenziffern.

Angesichts des Sammelcharakters der Bezeichnung dürfte die Anzahl der tatsächlich als Geburtshelfer tätigen Ärzte an Krankenhäusern allerdings niedriger liegen. Außerdem ist auch nicht gesagt, dass Ärzte mit einer solchen Bezeichnung wirklich im Geburtsbereich arbeiten. Genaueres lässt sich nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes³⁹ nicht sagen.

³⁸ In Deutschland begannen z.B. die Väter erst nach den 1960er Jahren bei der Geburt ihrer Kinder anwesend zu sein.

³⁹ Mündliche Mitteilung an den Verfasser April 2005.

Über die Anzahl der sonstigen am Geburtsgeschehen beteiligten Ärzte wie z.B. von Pädiatern, Chirurgen lässt sich ebenfalls nichts Genaues sagen. Deren Anzahl hängt in der Regel auch davon ab, ob es zu Komplikationen bei der Mutter oder dem Kind kommt, welche es im Einzelfall notwendig machen, einen zusätzlichen Akteur hinzu zu ziehen.

Eine zweite Gruppe sind die Hebammen, deren Anzahl in den letzten Jahren leicht angestiegen ist: Von rd. 17.000 im Jahre 2002 auf rd. 18.000 im Jahre 2003 (alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2004⁴⁰). Der Großteil der Hebammen ist in einem der beiden Berufsverbände, dem Bund Deutscher Hebammen (BDH) (nach eigenen Angaben 2005 = rd. 15.000 Mitglieder) oder dem Bund freier Hebammen Deutschlands (BfHD) (nach eigenen Angaben 2005 = ca. 700 Mitglieder) Mitglied.

Über die arbeitsrechtliche Situation und Position sowie den Ort der Berufsausübung der Hebammen gibt es schon wesentlich ungenauere und auch nicht einfach zu bewertende Daten.⁴¹ Nach einer Mitteilung des BDH⁴² lässt sich aktuell z. B. nicht mehr die erst wenige Jahre alte Behauptung wiederholen, dass von den Hebammen "der größte Anteil angestellte Hebammen in Kliniken sind" (QUAG 2003, 115).

Gegenwärtig sind nach der genannten Quelle nur noch 1/3 der Hebammen fest an Kliniken angestellt, 1/3 sind so genannte Beleg-Hebammen und 1/3 sind völlig freiberuflich tätig. Bei den Beleg-Hebammen handelt es sich um Hebammen, die ebenfalls freiberuflich tätig sind und Schwangere vor und nach der Geburt ihres Kindes betreuen. Bei ihnen kommt aber hinzu, dass sie der Schwangeren auf deren Wunsch auch bei der stationären Entbindung fachlich zur Seite stehen und dazu auch die Einrichtungen des Krankenhauses nutzen. Die Abrechnung erfolgt dann direkt mit der Krankenkasse der Schwangeren. Theoretisch handelt es sich bei diesem Typ der Hebamme also um eine der Schwangeren schon länger bekannte, vertraute und gewünschte Helferin. Da ein Teil dieses Drittels der Hebammen aber wegen eigener Kinder freiberuflich tätig ist, kann es vorkommen, dass sie trotz der vor- und nachgeburtlichen Betreuung nicht den stationären Teil übernehmen können. Beim letzten Drittel der Hebammen handelt es sich um völlig freiberuflich tätige Hebammen, die also ihre Unterstützung bei der Geburt im Rahmen von Hausgeburten oder bei Geburten in speziellen Geburtshäusern oder -praxen erbringen.

⁴⁰ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>

⁴¹ Einen dafür verantwortlichen Grund nennt der folgende Hinweis: "Die Hebammen in Deutschland sind gemäß ihrer Berufsordnung zwar verpflichtet, sich mit ihrer freiberuflichen Arbeit beim Gesundheitsamt oder dem Amtsarzt ihres Wohnkreises zu melden, aber die Vollzähligkeit ist nicht nachprüfbar. So gelingt es auch über statistische Bundeserhebungen nicht, korrekte Angaben zu finden, weil Freiberuflichkeit bei Hebammen vom statistischen Bundesamt seit 1987 nicht mehr aufgeführt wird. Die rechtliche Grundlage für diese Zählung fehlte mit dem Wegfall der Niederlassungserlaubnis." (QUAG 2003, 115)

⁴² Telefongespräch des Verfassers mit der Pressereferentin des BDH im April 2005

Aus Sicht der Hebammen arbeiten also rasch zunehmend mehr Angehörige ihrer Berufsgruppe unter sozial instabileren Verhältnissen als noch vor kurzem. Da dies auch die Möglichkeit erhöhen kann, von einer Hebamme durchgängig betreut zu werden, könnte eine momentan nicht zu quantifizierende Anzahl von Schwangeren davon auch qualitative Vorteile haben.

Eine dritte Gruppe von professionellen Helfern sind die so genannten Familienhebammen. Hierbei handelt es sich um "staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit, auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit" (Selbstbeschreibung)⁴³. Zum spezifischen Leistungsprofil der Familienhebammen heißt es auf derselben Seite weiter: "Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Bereich (Hausbesuche) statt. Dabei erstreckt sich die Tätigkeit der Familienhebamme neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme wie Vorsorge, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge und Stillberatung und einer Kinderkrankenschwester (Ernährungsberatung, Anleitung zur Pflege, etc.) vor allem auf die Motivation zur Selbsthilfe ("Empowerment") bzw. die Förderung des Selbsthilfepotentials der Frauen."

Nach einer seit den ersten Anfängen in Bremen im Jahr 1980 bis weit in die 1990er Jahre hinein vorangetriebenen Projekt-Entwicklungsphase gibt es heute in zahlreichen Städten (z.B. Köln, Bremen, Herne oder Hannover⁴⁴) eine nicht genau ermittelbare Anzahl von Familienhebammen. Dort sind sie meist an öffentlichen, meist kommunalen Einrichtungen wie beispielsweise beim Gesundheitsamt angesiedelt. Sie haben noch am ehesten Ähnlichkeit mit den so genannten Doulas im angelsächsischen Bereich, die dort den Schwangeren und Entbindenden zusätzlich zu Hebammen und Pflegekräften zur Verfügung stehen und ein hohes durch ihre Unabhängigkeit geprägtes Vertrauen genießen (vgl. dazu auch Abschnitt 3.3.4). Angesichts einer hohen Übereinstimmung der explizit genannten Aufgaben zwischen Hebammen und Familienhebammen, gibt es eine mehr oder weniger offene Konkurrenz zwischen beiden Gruppen.

Seit neuem wird das Modell der Familienhebammen innerhalb eines Modellprojekts "Familiengesundheitspflege" für Pflegekräfte und Hebammen in Richtung Familiengesundheitspflegerin weiterentwickelt (laut Ärzte Zeitung vom 29.1.2006).

⁴³ Website "Familienhebammen": <http://www.familienhebamme.de/wir.html>

⁴⁴ An der Medizinischen Hochschule in Hannover (MHH) gibt es auch eine Zusatzausbildung zur Familienhebamme.

3.1.2 Merkmale des besonderen Stellenwerts und der Tätigkeitspalette von Hebammen im Verbund der Geburtshilfe

Wie bereits angedeutet birgt das Neben- und Miteinander insbesondere von Hebammen, ambulant niedergelassenen Ärzten (meist Gynäkologen) sowie ärztlichen Geburtshelfern im Krankenhaus eine Menge Reibungs- oder Konfliktpunkte.

Hier ist zunächst hervorzuheben, dass die gleichberechtigte und teilweise sogar vorrangige Mitwirkung von Hebammen im gesamten Geburtsgeschehen von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett gesetzlich gewollt und geregelt ist und nicht eine Art "Hineindrängen" der Hebammen in ein "eigentlich" ärztliches Geschehen darstellt. Dass dennoch dieser Eindruck entsteht, liegt u.a. an immer noch vorhandenen Informationsmängeln, an der Selbststilisierung ärztlicher Akteure und auch an einer zweitrangigen Bezahlung ihrer Tätigkeit.

Im Einzelnen können und sollen Hebammen an folgenden Aufgaben im Geburtengeschehen beteiligt werden:

- Hebammen und Entbindungsfpfleger sind Expertinnen und Experten für die spezifischen ineinander greifenden und ganzheitlichen Unterstützungsbedarfe des von der Schwangerschaft über die Geburt bis zum Wochenbett reichenden weiblichen Lebensabschnittes. Historisch vor Hunderten von Jahren als eine Art "solidarische Hilfe" unter Frauen entstanden, werden Hebammen mittlerweile in einer dreijährigen Fachausbildung⁴⁵ umfassend auf die gerade umrissene komplexe Tätigkeit vorbereitet. Das Ausbildungsziel lautet: "Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen, und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen" (§ 5 Hebamengesetz).

Im Ausland (besonders in Großbritannien) und in Deutschland wird intensiv über die weitere Professionalisierung oder Verwissenschaftlichung der Tätigkeit von Hebammen diskutiert und erfolgt eine entsprechende Veränderung der Praxis (vgl. zum weiteren Überblick Zoegel 2004)⁴⁶.

⁴⁵ In der dreijährigen, durch eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungsfpfleger (HebPrV) und eine Europäische Richtlinie (80/155/EWG) geregelten Ausbildung, erfolgen 1.600 Stunden theoretische und 3.000 Stunden praktische Ausbildung.

⁴⁶ Auf dem Hintergrund der britischen Entwicklung hebt Zoegel (2004, 19) hervor, "dass die Verbesserung der Hebammenausbildung und die Initiative zur Hebammenforschung in England (...) von Frauen angestoßen wurde, die sich kritisch gegen die etablierte, interventionsfreudige und medikalierte geburtshilfliche Praxis wandten."

- Hebammen sind nach dem Willen des Gesetzgebers gleichrangig berechtigt, Schwangere professionell zu betreuen. Mit wenigen Ausnahmen im diagnostischen Bereich sind sie daher berechtigt, an Stelle von Gynäkologinnen oder Gynäkologen oder neben diesen Schwangere zu untersuchen, zu beraten und auf die Geburt vorzubereiten. Alle Leistungen, die Hebammen hier erbringen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.⁴⁷ Der noch bis in die 1980er Jahren hinein auch von den Krankenkassen geförderte Eindruck, die Schwangerenvorsorge gehöre allein in die Hände von Gynäkologinnen und Gynäkologen, ist mittlerweile überwunden.⁴⁸
- Hebammen sind neben Ärztinnen und Ärzten die einzigen gesetzlich gewollten Akteure, die zur Leistung von Geburtshilfe berechtigt sind. Diese Gleichrangigkeit schlägt sich auch in der so genannten "Hinzuziehungspflicht des Arztes" für Hebammen nieder: "Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Hebamme" oder "Entbindungspfleger" (...) berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird. Geburtshilfe im Sinne des Abs.1 umfasst Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs." (Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 04. Juni 1985 (BGBl.I S. 902), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 27. April 1993 (BGBl.I S. 512)).
- Hebammen sind im Prinzip auch berechtigt und in der Lage komplikationsfreie oder -arme Entbindungen außerhalb von stationären klinischen Einrichtungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen. Dies kann als Hausgeburt oder beispielsweise in von Hebammen geleiteten Geburtshäusern erfolgen. Dabei können Ärzte hinzugezogen werden, was aber im Normalfall nicht geschehen muss. Alle dabei notwendigen und erbrachten Leistungen werden ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten als Sachleistungen bezahlt. Im Falle von medizinischen Komplikationen bei der gebärenden Frau oder dem Neugeborenen ist ärztliche Hilfe ambulant oder stationär hinzuzuziehen.
- In den weit überwiegenden Fällen einer stationären Entbindung sind Hebammen berechtigt und in der Lage weite Teile des Geburtsprozesses eigenständig und eigenverantwortlich einzuleiten, ablaufen zu lassen und zu beenden. Im Regelfall handelt es sich dabei aber dann doch generell oder ab einem bestimmten Zeitpunkt um ein ärztlich geleitetes Geschehen. Dafür gilt dann u.a. das, was die "Deutsche Gesellschaft für

⁴⁷ Die hier noch gültige Reichsversicherungsordnung (RVO) umreißt die Leistungen so: "Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe." (§ 196 RVO)

⁴⁸ Ein Teil der Krankenkassen zahlten damals ihren schwangeren Versicherten 100 DM, wenn sie alle Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt durchführen ließen.

Gynäkologie und Geburtshilfe" (DGGG), eine Fachgesellschaft, der ausschließlich approbierte Ärzte angehören können, zum allgemeinen und besonderen Verhältnis von Ärzten und Hebammen in einer vor kurzem veröffentlichten Art Leitlinie feststellt:

"Die Rechtsprechung geht von dem Grundsatz aus, dass der Arzt (spätestens) mit seinem Erscheinen und namentlich mit seiner Eingangsuntersuchung die Geburtsleitung übernimmt, gegenüber der Hebamme weisungsberechtigt wird und sie unter Umständen von diesem Zeitpunkt an auch während vorübergehender Abwesenheit des Arztes als seine Gehilfin tätig ist. Gerade jüngere Ärzte, die noch nicht den Facharztstatus besitzen, werden jedoch vielfach an praktischer Berufserfahrung der Hebamme unterlegen sein und sollten deshalb von einem formalen Weisungsrecht nur mit größter Zurückhaltung Gebrauch machen.

Im Übrigen muss jeder Arzt wissen, dass unabhängig davon, ob eine horizontale oder vertikale Arbeitsteilung anzunehmen ist, die Hebamme nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht hat, Bedenken gegen ärztliche Anordnungen oder Tätigkeiten zu erheben, wenn hiermit nach ihrer Überzeugung Gefahren für die Mutter oder das Kind verbunden sein können.

Jede Arbeitsteilung zwischen Arzt und Hebamme sollte die umfassende Berufsausbildung der Hebammen und ihre häufig erworbene praktische Berufserfahrung berücksichtigen und sie bei aller Weisungsgebundenheit nicht auf den Status eines Heilhilfsberufs herabsetzen" (DGGG 2004, 8).

Dass selbst diese Art der Arbeitsteilung noch problemlos erheblich modifiziert werden kann, zeigt das Beispiel eines "hebammengeleiteten Kreissaales" an einem Krankenhaus in Bremerhaven.⁴⁹

- Wie bereits aus dem bisher Gesagten folgt, sind Hebammen auch die professionellen Akteure, die in der Phase des Wochenbettes, also in der Phase von bis zu 8 Wochen nach der Entbindung und im Falle, dass die Mutter stillt auch bis zum Ende der Stillzeit eine Mischung von medizinischer und kinderpflegerischer Beratung (z.B. Unterstützung des Rückbildungsprozesses, Hilfe beim Stillen, Babypflege) und psychischer Lebenshilfe anbieten. Auch diese Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen größtenteils bezahlt. In den ersten 10 Tagen des Wochenbetts umfassen die Leistungen auch einen täglichen Besuch.

Zu den materiellen Rahmenbedingungen, welche die Position von Hebammen in der Arbeitsteilung mit Ärzten und gegenüber schwangeren Frauen mindern können, gehören folgende:

⁴⁹ vgl. konzeptionell Sayn-Wittgenstein/Kehrbach (2004). Andere Publikationen und Informationen findet man auf der Website des "Verbundes Hebammenforschung" an der Fachhochschule Osnabrück: <http://www.hebammenforschung.de/4770.html>.

- Hebammen sind die letzte Berufsgruppe des Gesundheitswesens, deren Vergütung im Rahmen einer Verordnung vom Gesetzgeber festgesetzt wird. Schon bei der letzten Novellierung 1997 wurde vom Bundesrat gerügt, dass Hebammen nach wie vor über eine Gebührenverordnung abrechnen und nicht als selbstverwalteter Verhandlungspartner der GKV auftreten können. Beabsichtigt war, die Hebammen erst in die Selbstverwaltung zu "entlassen", wenn Struktur und Höhe der Vergütung der Hebammen ein angemessenes Niveau erreicht haben, was durch eine dreistufige Gebührenanpassung gewährleistet werden sollte. Von diesen drei Stufen ließ sich bis 2005 nur eine Stufe durchsetzen. Darüber hinaus sollen Hebammen aber ab 2007 direkt mit den Krankenkassen u.a. über ihre Vergütung verhandeln können.
- Das von uns für die gelebte Arbeitsteilung von Ärzten und Hebammen als relevant erachtete Vergütungsgefälle sieht folgendermaßen aus: Ein Krankenhaus kann derzeit für eine normale Entbindung mindestens 1.500 Euro abrechnen. Die in der Hebammengebührenverordnung als bis zu 11 Stunden dauernde Tätigkeit⁵⁰ charakterisierte "Hilfe" bei einer normalen Geburt im Krankenhaus wird für freiberuflich tätige Hebammen seit 2004 in den alten Bundesländern mit 190,60 Euro vergütet (in den neuen Bundesländern sind es 171,54 Euro). Die Vergütung in den alten Bundesländern beträgt für eine "außerklinische Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung" 340,30 Euro und für eine Hausgeburt erhält eine Hebamme 408,30 Euro.

Durch die an anderer Stelle erwähnte Tendenz die in den Krankenhäusern angestellten Hebammen in die Freiberuflichkeit abwandern zu lassen oder dorthin abzudrängen, gewinnt dieses schiefe Verhältnis der Vergütungen für immer mehr Hebammen eine sehr praktische finanzielle aber auch mentale Bedeutung.

3.1.3 Entwicklung der Krankenhaus-Verweildauer wegen einer Entbindung in Deutschland und vergleichbaren Ländern

Die Verweildauer in Krankenhäusern betrug für eine normale Entbindung (Spontangeburt) eines Kindes 2002 bundesweit durchschnittlich 4,2 Tage. Kam das Kind durch eine Zangen- oder Vakuumsextraktion auf die Welt stieg die Verweildauer auf 5,4 Tage an und bei einer Geburt mittels Kaiserschnitt auf 8,5 Tage (alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2005). Die Geburten gehören damit zu den stationären Behandlungsanlässen mit den niedrigsten Verweildauern. Nur der Aufenthalt in der Nuklearmedizin, der HNO- sowie der Augenheilkunde war gleich lang oder kürzer.

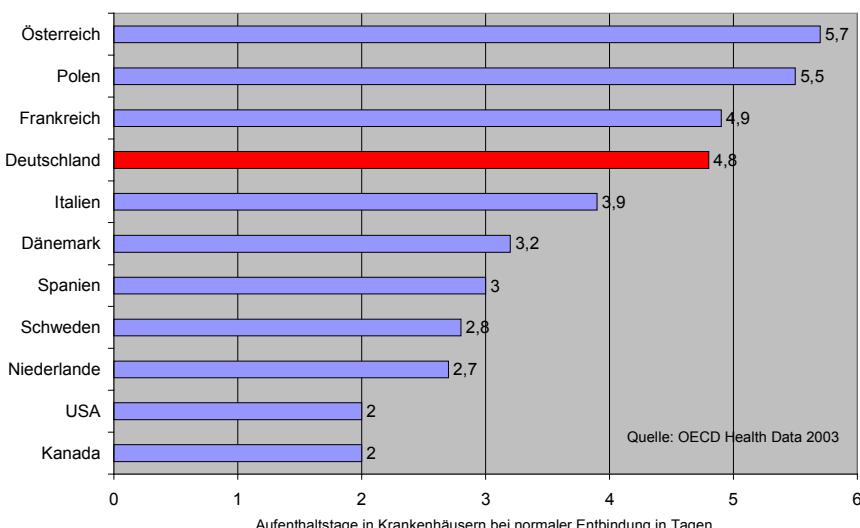
Die Verweildauer wegen einer normalen komplikationsfreien Geburt sank trotz des schon immer niedrigen Niveaus seit Jahren kontinuierlich. Die durchschnittliche Verweildauer in der Geburtshilfe betrug in Westdeutschland im Jahre 1980 noch 9,7 Tage, sank bis 1990 in

⁵⁰ "Die Gebühren für die Leistungen (...) umfassen (...) die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden (seit 1. 7. 1998) vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen." (HebGV 2004)

Westdeutschland auf 7,6 Tage und stieg im Jahre 1991 für Gesamtdeutschland zunächst wieder auf 7,9 Tage (DKG 2003). Seit 1994 sinkt aber die Verweildauer erneut von 6,1 Tagen über 5,3 Tage (1996) auf 4,8 Tage im Jahre 1999, 4,6 Tage in 2000 und 4,5 Tage im Jahr 2001 (Statistisches Bundesamt 2005).

Im internationalen Vergleich liegt die durchschnittliche Verweildauer in Deutschland im Jahre 2002 - dem letzten Jahr mit internationalen Vergleichsmöglichkeiten - im oberen Mittelfeld.⁵¹ Wie die Abbildung 27 zeigt, liegen junge Mütter und ihre Neugeborenen in Österreich bei normaler Entbindung rund einen Tag länger im Krankenhaus als in Deutschland, während nordamerikanische Mütter und Kinder sich dort fast drei Tage weniger aufhalten. Auch in einigen europäischen Vergleichsländern, wie Schweden und den Niederlanden, sind Mütter mit Neugeborenen zwei Tage weniger im Krankenhaus als in Deutschland.

Abbildung 27: Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes bei normaler Entbindung im internationalen Vergleich 2002



Auch wenn also die Verweildauer in Deutschland nicht dramatisch lang oder weit überdurchschnittlich ist, stellt sich die Frage, wie lange eigentlich eine gesunde junge Mutter und ihr Baby nach der Geburt im Krankenhaus bleiben sollten. Enkin et al (2000, 433ff.)

⁵¹ Die Abweichung von der vom Statistischen Bundesamt angegebenen Verweildauer beruhen auf unterschiedlichen Bewertungen der Berichterstattungssysteme, sind aber auch nicht gravierend.

weisen hierzu zunächst auf die hohe historische und institutionelle Variabilität der "korrekten Länge" dieses Aufenthalts hin und bezweifeln, dass die konkreten Lösungen auf einer systematischen Bewertung der Bedürfnisse von Müttern und Babys beruhen. Die ersten Geburtshilfe-Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert waren richtige "lying in"-Einrichtungen, in denen die Mütter mit ihren neugeborenen Kinder noch 28 Tage nach der Geburt im Bett gehalten wurden. In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts betrug die Hospitalzeit auch im angelsächsischen Raum immer noch 12 bis 14 Tage.

Die Ausgangsfrage lässt sich nach Enkin et al (2000, 434) für die Gegenwart in drei Schritten beantworten oder sollte von drei gesicherten Sachverhalten ausgehen:

- Die physischen, psychischen und sozialen Umstände, individuellen Bedürfnisse und Erwartungen der jungen Mütter sind enorm unterschiedlich. Darauf sollten jedes Entlassprogramm oder auch Überlegungen die Verweildauer weiter zu verkürzen flexibel Rücksicht nehmen.
- Verschiedenste Studien unterschiedlicher Güte haben gezeigt, dass eine frühe Entlassung von Müttern und Neugeborenen machbar und sicher ist. Dies aber nur dann, wenn beide gesund sind, häusliche Hilfe vorhanden ist, die weitere Versorgung gewährleistet ist und Beratungsmöglichkeiten existieren. Die Wiedereinweisungsraten bei früheren Entlassung waren in diesen Studien sehr gering. Berücksichtigt werden sollte schließlich, dass es keinen Nachweis für einen eindeutigen gesundheitlichen oder auch ökonomischen Nutzen von frühen Entlassungen gibt, noch eine Mehrheit der Mütter dies von sich aus möchte.⁵²
- Als durch Studien gesichert gilt nach Enkin et al. aber auch, dass frühere Entlassungen, wenn sie alle genannten und noch einige weitere Bedingungen im Bereich der ambulanten Versorgung und Unterstützung sowie der sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde erfüllen, weder Geld noch andere Ressourcen sparen helfen. Sie also nur wegen dieser Effekte anzustreben, wäre sinnlos.

Eine Reduktion der Verweildauer von jungen Müttern und Neugeborenen eignet sich also weder als schneller Beitrag für eine wirkliche Kostenersparnis noch sollte man den quantitativ wie qualitativ zusätzlichen Versorgungsaufwand unterschätzen, wenn man eine hohe "Geburtsqualität" erhalten will.

⁵² Sieht man sich die literarischen Schilderungen der ersten Tage nach der Geburt an und nimmt z.B. eine "harte" Zeitmarke wie den dritten oder auch so genannten "Heultag" und die sich hier möglicherweise ergebende psychische Krise ernst (in diesem Kontext finden sich dann auch gleich alarmierende Möglichkeiten von behandlungsbedürftiger "Wochenbett-Depression" etc.), wird man auch nicht unbedingt motiviert, dies im häuslichen Umfeld zu erleben.

3.1.4 Sterblichkeit von Müttern und Kindern unter und nach der Geburt

Die Sterblichkeit von Müttern und Neugeborenen sind zwei der härtesten Indikatoren für den Gesundheitszustand, die Versorgungsqualität und die soziale Lebensqualität einer Gesellschaft.

Beide Indikatoren sind innerhalb der letzten Jahrzehnte in Deutschland von einem bereits niedrigen Niveau nochmals erheblich zurückgegangen.

An Komplikationen der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett starben 1960 in Westdeutschland noch 1.030 Mütter. Diese Zahl ist bis zum Jahre 2001 auf 27 Sterbefälle gesunken (Statistisches Bundesamt 2004, 194).

Auch bei der Sterblichkeit von Neugeborenen und Babys bis zum ersten Lebensjahr muss man darauf achten, über welchen der verschiedenen Indikatoren man spricht. Dies gilt auch dann, wenn sich die Indikatoren in den letzten Jahrzehnten weder hinsichtlich ihres Trends noch dem erreichten Niveau grundsätzlich unterscheiden. In den auch von uns genutzten Statistiken des Statistischen Bundesamtes wird die Säuglingssterblichkeit als die Anzahl der im ersten Lebensjahr Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene und perinatale Sterblichkeit als Anzahl der Totgeborenen oder in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbenen je 1.000 Lebend- und Totgeborenen berechnet. Der dritte Indikator sind die Totgeborenen je 1.000 Lebend- und Totgeborenen.

Die Perinatalsterblichkeit hat sich in Deutschland seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts von rd. 5 Prozent auf rd. 2 Promille seit Mitte der 90er Jahre verbessert (vgl. Abbildung 28).

Ähnlich positive Entwicklungen zeigen sich (vgl. dazu die Abbildung 29) auch bei der Entwicklung der Anzahl von Totgeborenen und der Säuglingssterblichkeit: 2003 wurden nach steilem Absinken seit den Gründungsjahren der Bundesrepublik noch rund 4 Babys je 1000 Lebend- und Totgeborenen tot geboren. 1960 waren dies noch rund 16 Babys. Im ersten Lebensjahr starben 2003 noch 5 Säuglinge je 1000 Lebendgeborene. Auch hier ist die Abnahme in den letzten Jahrzehnten enorm. So starben 1960 noch 39 Säuglinge vor Erreichen des zweiten Lebensjahrs. Auch hier verbessern sich die Werte innerhalb der letzten 8 Jahre nur noch unwesentlich oder steigen zwischenzeitlich u.a. wegen der steigenden Zahl der zunächst am Leben erhaltenen so genannten „Frühchen“ sogar wieder leicht an.

Bei allen Indikatoren gibt es auffällige Unterschiede zwischen der Sterblichkeit nach der Nationalität der Mütter. Ohne damit ein qualitativ anderes Niveau zu erreichen, liegen die Indikatoren für die Totgeborenen, die Säuglings- und Perinatalsterblichkeit bei ausländischen Müttern in Gesamtdeutschland durchweg rund einen Prozentpunkt höher als bei deutschen Müttern.

Abbildung 28: Perinatal-Sterblichkeit je 1.000 Geburten 1959 bis 2003

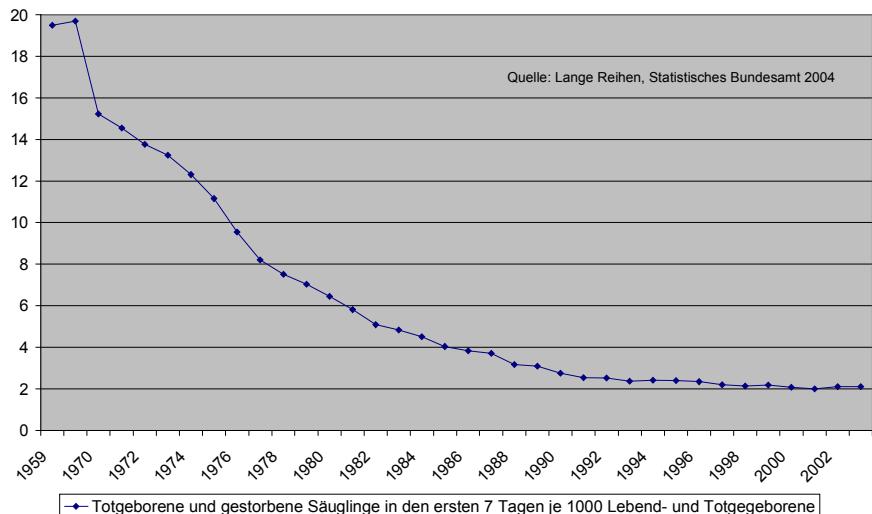
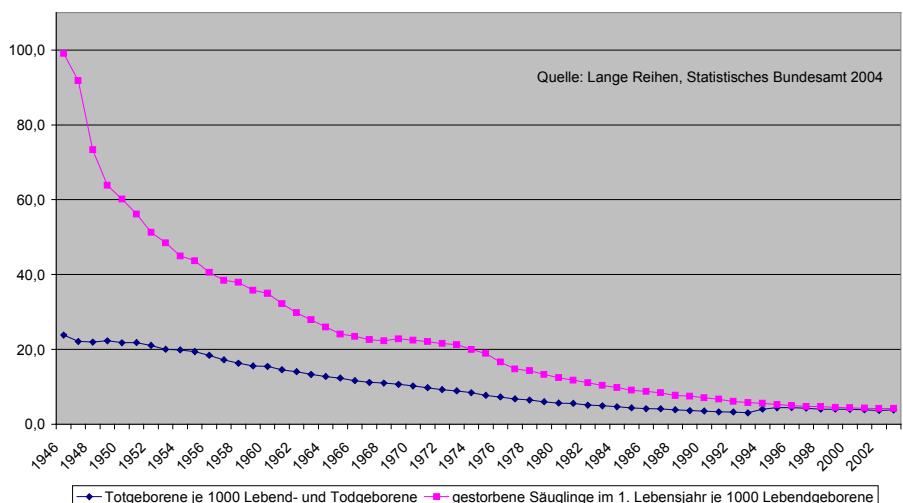
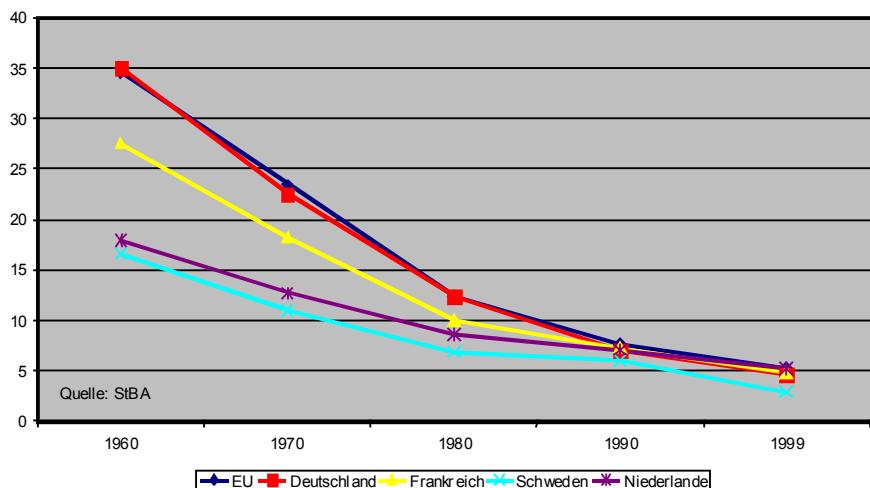


Abbildung 29: Totgeborene und Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene 1946 bis 2003



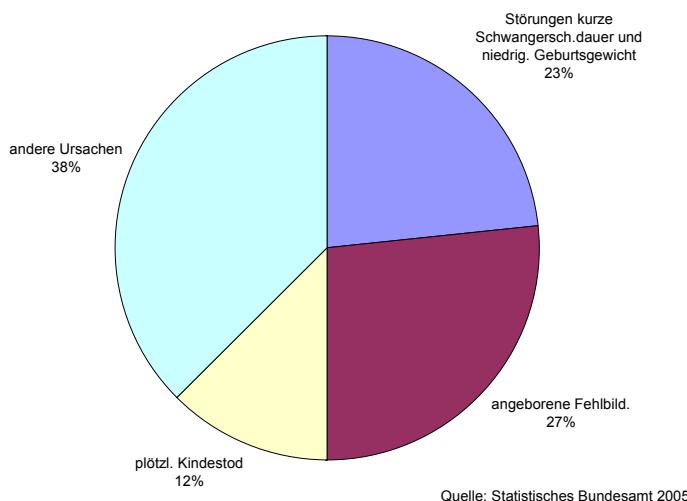
Der Vergleich der Säuglingssterblichkeit in Deutschland mit der in vergleichbaren europäischen Ländern zeigt für 1999 und insbesondere gegenüber Frankreich, den Niederlanden und der gesamten EU nur noch geringe Unterschiede (siehe Abbildung 30). Dass Schweden noch einen niedrigeren Wert der Säuglingssterblichkeit ausweist, zeigt die auch in Deutschland noch existierenden Verbesserungsmöglichkeiten. Die aktuelle Säuglingssterblichkeit Deutschlands im internationalen Vergleich ist nicht zuletzt deshalb positiv zu sehen, weil es noch 1960 bis 1980 erhebliche Sterbenachteile für in Deutschland geborene Säuglinge gab. Das Risiko im Säuglingsalter zu sterben, war 1960 in Deutschland rund doppelt so hoch wie in Schweden oder den Niederlanden und auch deutlich höher als in Frankreich.

Abbildung 30: Säuglingssterblichkeit in Deutschland je 1.000 Lebendgeborene im internationalen Vergleich 1960 bis 1999



Die Todesursachen der 2.990 im Jahre 2003 vor dem Erreichen ihres zweiten Lebensjahrs gestorbenen Säuglinge bzw. Kinder konzentrieren sich auf relativ wenige Schädigungen und Entwicklungsprobleme. Wie die Abbildung 31 zeigt, gibt es drei Schwerpunkte, die mehr als 50 Prozent aller Sterbefälle erklären helfen: Den plötzlichen Kindstod, angeborene Fehlbildungen (einschließlich von Chromosomenanomalien) und Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und einem niedrigen Geburtsgewicht samt extremer Unreife. Auf die Risiken der so genannten "Frühchen"-Geburten werden wir nochmals etwas ausführlicher eingehen.

Abbildung 31: Ursachen der Säuglingssterbefälle 2003



Trotz des bereits erreichten niedrigen Niveaus der Sterblichkeit von Neugeborenen und Kindern im ersten Lebensjahr gibt es mehrere Hinweise, wie dieses Risiko noch weiter verringert werden kann:

- Ein erster findet sich in einer Studie, die unter der Leitung des Sozialmediziners Heller (Heller et al. 2003) durchgeführt wurde. Sie wies mit Daten der hessischen Perinatalerhebung für mehr als 500.000 Nicht-Risikogeburten aus dem Zeitraum 1990-2000 einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Größe der Kliniken bzw. der dort erbrachten Anzahl von Entbindungen und dem Sterberisiko für Neugeborene nach. Dieses Risiko ist in Krankenhäusern, in denen jährlich weniger als 500 Kinder geboren werden am höchsten. Anders ausgedrückt: Neugeborene in Kliniken mit unter 500 Geburten/Jahr haben gegenüber Neugeborenen in Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten jährlich ein dreifach höheres Sterberisiko aufzuweisen. Am sichersten ist es dagegen in Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr. Für den Studienzeitraum und allein das Land Hessen kommt die Studie zu einer Gesamtzahl von 250 Neugeborenen, deren Tod durch eine Verlagerung in große Geburtskliniken hätte vermieden werden können. Die Gründe für dieses schlechte Abschneiden von kleinen Kliniken sind vielfältig. Genannt werden u.a. die schlechte Reaktion auf Notfälle, die mangelhafte Ausstattung einschließlich fehlender spezieller intensivmedizinischer Geräte, keine "Rund-um-die-Uhr"-Präsenz von qualifiziertem Personal und die mangelnde Erfahrung des Personals kleiner Krankenhäuser mit schwierigen Geburten.

Die auf Basis dieser Studie bundesweit und pro Jahr hochgerechneten ca. 300 vermeidbaren Todesfällen von Neugeborenen könnten größtenteils durch eine Konzent-

ration von erkennbaren Hochrisiko-Geburten und Nichtrisiko-Schwangeren an Kliniken mit hohen Entbindungs volumina vermieden werden. Um so mehr verwundert es, dass die Geburten "in der Mindestmengen-Diskussion (...) bisher keine große Rolle gespielt" (Velasco-Garrido, Busse 2004, 13) haben.

- In Rahmen der Analyse derselben Niedrig-Risiko-Geburten aus der hessischen Perinatalerhebung fanden Heller et al (2003) außerdem eine erhöhte Sterblichkeitswahrscheinlichkeit für Nachtgeburten. Dies scheint ihnen durch eine schletere Qualität der nächtlichen medizinischen Versorgung in den Geburtskliniken bedingt zu sein. Die Einführung besserer Schicht- und Arbeitszeitmodelle könnte also dieses Risiko erheblich mindern.
- Insbesondere für Frühgeborene unter 1.500 Gramm ist das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko mit gewissen Einschränkungen in einem Perinatalzentrum niedriger als wenn sie aus einer geburtshilflichen klinischen Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik erst in ein Zentrum transportiert werden (Geraedts/Neumann 2003, 102). Erhöht sich dadurch aber der Auslastungsgrad dieser spezialisierten Abteilungen stark, könnte sich dies als "eher kontraproduktiv" (105) für die Frühgeborenen auswirken. Dieses Dilemma beruht auf der gesicherten Erkenntnis, "dass die Mortalität auf Neugeborenen-Intensivstationen mit steigender Fallzahl und Auslastung der Abteilung linear anstieg" (105).

Wie sich im letzten Beispiel schon ankündigt, greifen Schlussfolgerungen, zur weiteren Verminderung der Geburtsrisiken bedürfe es nur mehr und differenzierter qualifizierten Personals, das lückenlos zur Verfügung steht, teilweise zu kurz. Die qualitätssichernden oder -gefährdenden Bedingungen und Faktoren sind offensichtlich vielfältiger und systemischer als auf den ersten Blick erkennbar. So weisen Geraedts und Neumann (2003) darauf hin, dass es beispielsweise "keine explizite Evidenz dafür (gibt), dass die Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt einen Einfluss auf die kindliche Morbidität und Mortalität hat" (59) – weder positiv noch negativ.

3.2 "Frühchen"-Problematik oder das Dilemma der Intensiv-Neonatologie

Streng genommen gehört die vorzeitige Geburt von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, den so genannten "Frühchen", nicht mehr in den Bereich der quantitativen Analyse des Geburtshilfe-Geschehens.

Hierbei handelt es sich um Geburten, die dank der technischen Möglichkeiten der Geburtshilfe und darin der Intensiv-Neonatologie immer häufiger und erfolgreich auftreten, aber zugleich wegen der ebenfalls immer deutlicher und häufiger auftretenden Risiken und unerwünschten Ergebnisse weltweit immer intensiver als ein ethisches Dilemma diskutiert werden.

Wir beschränken uns hier darauf, die Entwicklung der Geburt von „Frühchen“ und die dabei beobachteten problematischen oder unerwünschten Ergebnisse darzustellen.

In den USA führte 2002 der Anstieg der vom "Center for Disease Control and Prevention (CDC)" gemeldeten extremen Frühgeburten (Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 750 Gramm) zum ersten Mal seit 1958 zu einem Ansteigen der Sterblichkeitsrate unter den Neugeborenen von 6,8 auf 7 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeburten (nach Ärzte Zeitung v. 4.3. 2005). Von den täglich 1.300 Frühgeborenen starben 12 trotz der Versorgung in neonatalen Intensivstationen. Hinzu kommt der für das Jahr 2001 in US-Krankenhäusern abgerechnete finanzielle Aufwand von durchschnittlich 75.000 US-\$ pro frühgeborenem Kind. Die Suche nach Erklärungen dieser Entwicklung in den USA und nach Möglichkeiten, die Sterberate abzusenken, führte zu zwei Teilergebnissen: Erstens können 50 Prozent aller Frühgeburten nicht genauer erklärt werden. Die andere Hälfte kann vor allem durch den enormen Anstieg von Mehrlingsgeburten, den Anstieg von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Diabetes bei Schwangeren und den zum Einsatz kommenden medizinisch-technischen Fortschritt erklärt werden. Zu den vermutlich dabei wichtigen Möglichkeiten zählt der Kaiserschnitt, durch den 57 Prozent der extrem Frühgeborenen in den USA auf die Welt gekommen sind.

Eine britische Studie (Neil-Marlow et al. 2005) wies am Beispiel von 1.289 zwischen März und Dezember in England und Irland geborenen extrem frühgeborenen Kinder folgendes nach: Nur 23 Prozent erreichten das sechste Lebensjahr. Jedes fünfte der überlebenden Kinder litt unter schweren Behinderungen, 24 Prozent waren mittelgradig behindert und ein weiteres Drittel leicht. Eine kanadische Studie (Saroj 2006) kam dagegen in einer Langzeitstudie zu dem Ergebnis, dass Erwachsene, die als "Frühchen" mit extrem niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt kamen, als Erwachsene praktisch keine bemerkbaren Folgen mehr zu tragen hatten.

Im Rahmen einer gerade in der Fachzeitschrift „Lancet“ (Provoost et al. 2005) veröffentlichten Umfrage unter belgischen Neonatologen zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der 292 Kinder, die zwischen August 1999 und Juli 2000 in Flandern innerhalb ihres ersten Lebensjahres gestorben waren, vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren worden waren. Ein Drittel der verstorbenen Kinder wiesen schwere angeborene Missbildungen auf. In 143 Fällen entschieden sich die Neonatologen gemeinsam mit den Eltern für eine in Belgien begrenzt legale aktive oder passive Sterbehilfe. Das entspricht 57 Prozent der Todesfälle. Die Hauptgründe für die Sterbehilfe waren nach Angaben der Ärzte das Fehlen einer reellen Überlebenschance oder im Falle des Überlebens eine zu erwartende sehr niedrige Lebensqualität. Trotz dieser praktischen Entscheidungen befürworteten die meisten der befragten Neonatologen eine noch weitergehende Legalisierung einer tödlichen Medikamentengabe zur Sterbehilfe bei schwerkranken Neugeborenen und Säuglingen (nach: Ärzte Zeitung vom 14.4. 2005).

Unbestritten sind gleichzeitig die positiven gesundheitlichen Ergebnisse, die in neonatologischen Intensivstationen erreicht werden.

Da es aber auch dort unabhängig von ihrer Größe Stationen mit schlechteren Ergebnissen gibt (Sonntag 2002), sollte man zumindest nicht die uneingeschränkte Erwartung hegen, die Geburt von „Frühchen“ würde selbst bei optimaler Versorgung ohne schwere medizinische und ethische Probleme möglich sein.

3.3 Ausgewählte qualitative Bedingungen der Geburtshilfe

Wie bereits angekündigt, konzentrieren wir uns bei der Untersuchung der qualitativen Bedingungen von Geburtshilfe auf drei Aspekte: das vermeintliche und tatsächliche Risikopotenzial, die Darstellung unterschiedlichster Maßnahmen zur Risikominimierung (z.B. Kaiserschnitt, Vorsorgeuntersuchungen) mit eindeutigem wissenschaftlichem Nachweis von Wirkung oder Nichtwirkung und die exemplarische Darstellung der Relevanz eines erwiesenermaßen wirksamen aber häufig vernachlässigten Typus von sozialer Hilfe bei der Geburt.

In der Debatte um die Qualität in der Geburtshilfe spielt auch häufig die Auseinandersetzung darüber, welche Profession und welche Institution qualitativ so hochwertig arbeitet, dass sich daraus ein Alleinzuständigkeitsanspruch ableiten lässt, eine zentrale Rolle. Was hierbei insbesondere von den verbreiteten Qualitätsvorbehalten gegen nichtstationäre und primär nichtärztliche oder –medizinische Geburtshilfe zu halten ist, wollen wir zum Abschluss exemplarisch untersuchen.

3.3.1 Schwangerschaft, Geburt und junge Mutterschaft zwischen Medikalisierung, Technisierung und Medizinierung

In ihrem Eingangs-Statement für die im Internet stattfindende Diskussion der Frage „Einfach guter Hoffnung sein, darf man das noch?“ charakterisiert die Vorsitzende des Bundes Deutscher Hebammen (BDH), Magdalena Weiß, die „Stimmung“ im Zusammenhang mit Schwangersein folgendermaßen: „Schwangersein heute hat mehr zu tun mit Kontrolle, Überwachung und Fahndung nach Krankheit, als mit der Vermittlung von Gesundheit, Gelassenheit, Zuversicht und Vertrauen ins werdende Leben (...) Anstatt die gute Hoffnung zu nähren, wecken immer mehr Tests und immer mehr Diagnostik meist falsche Hoffnungen, nämlich dass Kinder-Kriegen und –Haben ohne Krankheit und Schwäche möglich sei“ (Weiß 2003).

Dem Angebot und der Nutzung der erwähnten Tests liegt aber noch zusätzlich die Erwartung, Befürchtung aber auch Gewissheit zu Grunde, dass der Weg vom ersten Schwangerschaftstest bis zum Wochenbett von einer nahezu ununterbrochenen Fülle schwerwiegender Risiken für Mutter und Kind bestimmt wird. Schwangerschaft erscheint nicht als ein natürlich verlaufender gesunder Prozess mit meist positivem Ende, sondern als eine besonders schwere Erkrankung der Frau sowie als hochtechnisierter und mehrstufiger Prozess der Qualitätskontrolle des ebenfalls potenziell kranken und bedrohten Kindes. In dieser Kulisse aus Bedrohungen und Therapiebedarfen stellen dann zwangsläufig Ärzte das scheinbar bedarfsgerechte Personal und werden "Laien" wie etwa die Hebammen verbannt.

Nach der Analyse von über einer Million Geburten Ende der 90er Jahre charakterisierten Schwarz und Schücking (2004) das damalige Geschehen treffend als "Technisierung der 'normalen' Geburt". Wenn man davon ausgeht, dass diese Technisierung in der Regel nicht gegen den erklärten Willen der Schwangeren und ihres sozialen Umfeldes erfolgt und der Wunsch jeder gerade schwanger gewordenen Frau die "normale natürliche Geburt eines gesunden Kindes nach komplikationsfreier Schwangerschaft" ist, stellt sich die Frage, warum sich der Charakter von Schwangerschaft und Geburt so deutlich verändert?

Um dies verstehen zu können, sollte man sich die vielfältigen und fast systematischen Bemühungen vor Augen führen, nahezu alle Aspekte und Etappen des Kinderkriegs als riskant, belastend, potenziell pathologisch, schmerhaft und beängstigend erscheinen zu lassen. Dabei konzentriert sich die in Fach- und Laienpublikationen geführte Debatte immer mehr auf "Ängste vor den seelischen und körperlichen Folgen einer vaginalen Geburt" (Faridi et al. 2002, A47) und deren systematische Medikalisierung. Das risiko- und angstefüllte Klima sorgt für das Angebot, die eigenständige oder anbieterinduzierte Nachfrage und Akzeptanz kontinuierlicher technischer und professioneller Hilfe jedweder Art. Dies führt dann weiter zu einer immer wieder beobachteten "Über-Standardversorgung" (Schwarz/Schücking ...) von risikofreien Schwangeren bei gleichzeitiger Unterversorgung wirklicher Risikoschwangerer.

Exemplarisch für die unerwünschten oder unwünschbaren mentalen Folgen dieser Art von Risiko-Kommunikation ist das Motto der bereits erwähnten Internet-Debatte: "Einfach guter Hoffnung sein - darf man das noch?" In diesem Forum melden sich Tag für Tag Hunderte von "Spät- oder andere Risikogebärende", die mit der Vielzahl risikofixierter Ängste und Nöten⁵³ nicht mehr alleine zu recht kommen und sie offensichtlich auch nicht mit Laien oder Professionals ihres alltäglichen Umfelds klären können.

Existiert erst einmal eine argumentative Kette, die einer Schwangerschaft a priori hohe Risiken zusmisst aber dann prinzipiell die Möglichkeit eröffnet, wichtige Risiken durch entsprechende Hilfen und Interventionen mindern zu können, startet eine "Interventionskaskade" (Schücking). Diese verselbständigt sich rasch und zwingt dann selbst die Anbieter all dieser Hilfen zu inhaltlich unsinnigem Tun. So, wenn sie fürchten nach dem Unterlassen einer der risikomindernden Aktivitäten und dem Eintreten tatsächlicher gesundheitlicher Probleme beim Embryo oder dem neugeborenen Kind von den Eltern des Kindes haftbar gemacht und mit möglicherweise extrem hohen Schadenersatzforderungen konfrontiert zu werden. Die immer wieder zu hörende Erklärung, hinter mancher medizinisch eigentlich sinnlosen Maßnahme stecke "die Versicherung", trifft teilweise wirklich zu. Häufig wird aber vernebelt, dass es auch am Aufbau der geschilderten Risiko-Kulisse durch die professionellen Akteure selber liegt, wenn eine Schwangerschaft manchmal nur

⁵³ Über die Wirkungen der skizzierten Risikokommunikation kann sich jeder, der noch nie mit Schwangerschaft oder Elternschaft zu tun hatte, unter der folgenden Adresse einen Eindruck verschaffen:
[http://www.1000fragen.de/index.php?
sid=kOrx@fg@yiyifmYdNl03RlQrx&mo=36&pt=4&pi=8398&flash=2](http://www.1000fragen.de/index.php?sid=kOrx@fg@yiyifmYdNl03RlQrx&mo=36&pt=4&pi=8398&flash=2).

noch als ein damoklesschwertartig drohender "Versicherungsfall" betrachtet und angegangen wird.

Wie sich die Situation aus der Sicht der Versicherungswirtschaft darstellt, zeigen die folgenden Ausführungen ausführlich: "Das Haftungsrisiko eines Krankenhauses und der dort tätigen Menschen hat sich aus Sicht der Versicherungswirtschaft in den letzten 25 Jahren dramatisch verschärft. Dies gilt zum einen für die Schadenfrequenz. So hat sich die Zahl von Anträgen bei den ärztlichen Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen in Deutschland von 2.258 im Jahre 1981 auf 10.887 im Jahre 2002 erhöht (...) Neben dem starken Anstieg der Schadenfrequenz macht der Versicherungswirtschaft aber vor allem der stark gestiegene Schadenaufwand - gerade bei den Großschäden - zu schaffen. Wurde bis Ende der 80er Jahre ein schwerer Geburtsschaden (insgesamt) noch mit etwa 1 Million DM reguliert, spricht die Rechtsprechung den geschädigten Kindern heute bereits 500.000 Euro an Schmerzensgeld zu (...) Pflegekosten von 10.000 Euro pro Monat sind heute kein Einzelfall mehr, und der betroffene Versicherer muss damit rechnen, dass er diesen Betrag über viele Jahrzehnte aufwenden muss. So ist ein Schadenvolumen für einen Geburtsschaden in einer Größenordnung von 2-3 Mio. Euro heute durchaus im Einzelfall gegeben" (Gausmann, Petry 2004, 587/88).

Entsprechend steigen natürlich die Versicherungsprämien gerade im Geburtshilfebereich. Dies führt u.a. dazu, dass in einigen Kliniken die Geburtshilfe-Abteilung geschlossen wurde.

Im Folgenden wollen wir einige der bedeutendsten Bestandteile der Risikokulisse darstellen und nach der Evidenz für die mit ihnen verknüpften medizinischen oder medizintechnischen Aktivitäten fragen.

3.3.1.1 Kategorisierung als "Risikoschwangerschaft"

Einen gewichtigen Beitrag, Schwangerschaft und Geburt als prinzipiell und potenziell risikobehaftet erscheinen zu lassen und Sorgen wie Angst zu fördern, stellt die innerhalb des Mutterpasses vorgeschriebene Risiko-Einstufung der Schwangerschaft dar. Die rigide Anwendung des Katalogs von mittlerweile 26 anamnestischen und ebenso vielen in der Schwangerschaft erworbenen oder auftretenden Risiken haben dazu geführt, dass drei Viertel⁵⁴ aller Schwangerschaften Risikoschwangerschaften sind. Sieht man sich die Risikokataloge genauer an, ist es allerdings nahezu nicht möglich, einer Einstufung als Risiko-Schwangere zu entgehen. Eine entscheidende Rolle spielen hier die so genannten anamnestischen Risiken, zu denen an vorderster Stelle das Alter der Schwangeren gehört. Alle Schwangere unter 17 und über 35 Jahren sind automatisch und ohne jeden weiteren Befund Risiko-Schwangere. Durch den an anderer Stelle dargestellten Trend zum "späten" Kin-

⁵⁴ Dieser Wert beruht auf einer Studie mit Daten aus Niedersachsen aus dem Jahre 1999, die sich seitdem nicht wesentlich geändert haben dürften. Dort heißt es: "Im Jahr 1999 wurden in Niedersachsen bei 74 Prozent aller schwangeren Frauen Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass angegeben." (Schwarz, Schücking 2004)

derwunsch ist allein das Kriterium "Alter über 35 Jahre" ein Treibsatz, der die Risikohäufigkeit des Kinderkriegens zügig nach oben treibt. Weitere anamnestische Risiken liegen vor, wenn die Schwangere schon mehrere Kinder geboren hat, ihr Erkrankungen bevorstehen, sie an Bluthochdruck leidet, Übergewicht oder Diabetes hat sowie ein Abusus mit legalen oder illegalen Suchtmittel vorliegt. Zu den in der Schwangerschaft relevanten befundenen Risiken zählen Blutungen, Lageanomalien oder vorzeitige Geburtsbestrebungen.

Den aktuellsten Einblick in die Risikolage der Schwangeren ermöglicht die detaillierte Auswertung der Mutterpass-Risikoangaben von 9.806 Schwangeren, die 2003 in einer außerklinischen Institutionen entbunden haben (QUAG 2004, 32 ff.). Vorab muss bedacht werden, dass es sich dabei um Schwangere mit eher unterdurchschnittlichem Risiko handelt. Deren im Pass eingetragenen Risikohäufigkeiten sahen folgendermaßen aus: 41,2 Prozent hatten gar keine eingetragenen Risiken, 48 Prozent nur anamnestische Risiken, 3,7 Prozent nur befundete Risiken und 7,1 Prozent anamnestische und befundete Risiken. Unter den anamnestischen Risiken waren vor allem Schwangerschaften von über 35 Jahre alten Frauen mit 23,9 Prozent aller Schwangeren oder Schwangere mit einer Allergie mit 18,8 Prozent vertreten. Risiken mit Befund waren nur noch sehr gering vertreten: 1,5 Prozent aller Schwangeren hatten z.B. vorzeitige Wehentätigkeit und 1 Prozent Blutungen vor der 28 Schwangerschaftswoche.

Auf einige der ernsten Probleme, die sogar erst durch die Einstufung als "Risikoschwangere" entstehen, weisen Enkin et al (2000, 51) hin: Sie röhren vor allem daher, dass viele der Risikofaktoren durch keine Intervention beseitigt oder verändert werden können. Damit erzeugen sowohl die als drohend erscheinenden unerwünschten Ergebnisse der Risiken als auch die Unfähigkeit, an diesen Faktoren etwas verändern zu können, Angst.

Ohne die genannten Risiko-Etikettierungen schätzte eine ExpertInnengruppe der WHO aber, dass 70 bis 80 % aller Schwangeren bei Geburtsbeginn ein niedriges Risiko haben (BDH 2002, 16).

3.3.1.2 Vorsorgeuntersuchung - "Lieber auf Nummer sicher gehen" und "Vorsorge kann Leben retten!"⁵⁵

Alle gesetzlich versicherten Frauen haben nach Feststellung einer "normalen" Schwangerschaft das Recht, maximal 10 bis 12 spezifische Untersuchungen in Anspruch zu nehmen. Alle Untersuchungen können sie von Ärzten, oder mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen auch vollständig von Hebammen durchführen lassen. Für die Schwangeren-

⁵⁵ Die Zitate sind Überschriften auf einer der zahlreichen Internetseiten (in diesem Fall www.babyynet.de), die Rat und Tat für Schwangere versprechen. Dass sich unter diesen Überschriften dann auch wieder beruhigende Hinweise finden lassen, ändert u.E. nichts an der zunächst einmal beunruhigenden und verunsichernden Wirkung derartiger Einstimmungen mit entsprechenden überaktiven Reaktionen.

Vorsorge bei einer Hebamme benötigt die Schwangere auch keine Überweisung durch einen Arzt. Für diese Untersuchungen darf außerdem keine Praxisgebühr kassiert werden.

Die Wirklichkeit der Inanspruchnahme dieses Vorsorgeangebots sieht nach der bereits zitierten Untersuchung von Schwarz und Schücking aber so aus, dass "die meisten Schwangeren häufiger zum Arzt (gehen). Erstaunlicherweise waren 1999 in der Normal-Gruppe mehr Schwangere (82 Prozent), die 10 oder mehr Vorsorge-Untersuchungen wahrnahmen, als in der Risiko-Gruppe (73 Prozent) (...) Pro Schwangerschaft sind drei Ultraschall-Untersuchungen vorgesehen und weitere nur angezeigt, wenn sie bei vorliegenden Indikationen zur Überwachung von pathologischen Befunden dienen. Bei zwei Dritteln der Schwangeren wurden 1999 mehr als drei Ultraschall-Untersuchungen dokumentiert" (Schwarz, Schücking 2004).

Bei den Ultraschalluntersuchungen als einem wichtigen Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen kommt es zudem noch zu einem expliziten und einmaligen Versuch, die Wahlmöglichkeit oder Selbstbestimmung der Schwangeren einzuschränken. Schwangere haben wie alle PatientInnen das prinzipiell auch umstrittene Recht, Leistungen nach entsprechender Information durch ihren Arzt abzulehnen. Einige Schwangere lehnen Ultraschalluntersuchungen aus verschiedenen Gründen ab. Dies kann auf ihrem Eindruck beruhen, es handele sich bei ihnen um eine völlig normale Kindesentwicklung. Möglicherweise fürchten sich Schwangere aber auch vor den möglichen Negativerkenntnissen der Ultraschall-Untersuchung, den sich hier anschließenden pränataldiagnostischen Untersuchungen und ihren medizinischen, psychischen oder moralisch-ethischen Folgen und Dilemmata. Egal, ob diese Befürchtungen generell oder im Einzelfall berechtigt sind oder nicht, kollidiert eine so agierende schwangere Frau ausgerechnet mit solchen fundamentalen Problemen mit einem ärztlichen Abrechnungsdilemma erster Ordnung.

Alle Leistungen der Schwangerenvorsorge gehören nämlich zu einer Abrechnungsziffer und die Leistung gilt nur als erbracht, wenn alle Untersuchungsparameter vollständig erhoben werden. Das bedeutet praktisch: Der Aufwand für die Vorsorgeuntersuchungen wird nur dann erstattet, wenn die Ärztin/der Arzt nachweisen kann, sämtliche Leistungen erbracht zu haben, die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschrieben sind. Die einschlägige Gebührennummer nennt unter anderem auch „Ultraschallüberwachung mit Bilddokumentation(en)“. Will die Schwangere keinen Ultraschall an sich vornehmen lassen, kann ihre Ärztin nicht nach EBM 100 abrechnen und muss spürbare finanzielle Verluste hinnehmen. Der Versuch, dieses Dilemma juristisch entzerren zu lassen, schlug 2001 endgültig fehl. Am 24. Januar 2001 hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg die speziell hierauf gerichtete Berufung eines klagenden Arztes gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Dezember 1999 zurückgewiesen. Zur Begründung schrieb das Landessozialgericht u.a.: „Da das Ultraschall-Screening, das in den beanstandeten Behandlungsfällen im Quartal 2/98 beziehungsweise im Quartal 3/98 aufgrund der Mutterschafts-Richtlinien hätte durchgeführt werden müssen, vom Kläger nicht erbracht worden ist, hat er die Betreuung der Schwangeren nicht entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien (vollständig) vorgenommen und damit den Leistungsinhalt der Gebührennum-

mer 100 EBM nicht (vollständig) erfüllt, so dass er insoweit keinen Anspruch auf Vergütung der Geb.-Nr. 100 EBM hat“ (Aktenzeichen: L 5 KA 409/00).

Es gibt aber noch andere Zwänge auf der ärztlichen Seite, die diese auf ihre schwangere Patientin weiterleiten (müssen). Ärzte sind aus juristischen Gründen verpflichtet, für eine komplette Vorsorge zu sorgen. Eine mangelhafte oder gar nicht erfolgende "Befunderhebung" kann danach als "grober Arztfehler" angesehen und sanktioniert werden. Im Dezember 2002 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass Ärzte für Behandlungsfehler dann haften, wenn dadurch ein ungewolltes z.B. behindertes Kind geboren wird. Das Kind wird dabei als "Schaden" betrachtet.

Ein qualitativ grundsätzliches Problem ist aber der bis heute fehlende Nachweis, ob die routinemäßige Schwangerenvorsorge einen Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind hat. Der Epidemiologe und Pädiater Kramer hat 2000 betont, dass in klinischen Interventionsstudien keine Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt und der Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen und der kindlichen Gesundheit gefunden werden konnten (Kramer et al. 2000). Eindeutig können sich dagegen die sozialen Bedingungen aber auch bestimmte Verhaltensweisen der Schwangeren, wie schlechte Ernährung und Rauchen, auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken (vgl. dazu noch etwas ausführlicher in o. Verf. 2004).

Eine Mitte der 90er Jahre veröffentlichte Übersichtsarbeit (Fiscella 1995) kam zum Schluss, es gäbe keine überzeugenden Belege für eine Verbesserung des Geburtsergebnisses durch Vorsorgeuntersuchungen. Angesichts der Tatsache, dass einige andere Studien von positiven Auswirkungen auf das generelle Gesundheitsverhalten und damit möglicherweise auch auf die Gesundheit von Mutter und Kind berichten, schlägt Fiscella aber weitere Untersuchungen vor.

Da sich offensichtlich am Kern der Erkenntnislage nichts Wesentliches mehr geändert hat, referieren Enkin et al (2000, 18-19) zustimmend die Erkenntnisse anderer Untersuchungen, kleine Verringerungen seien bei der Anzahl von Vorsorgekontakte bei normal verlaufenden Schwangerschaften ohne negative Auswirkungen auf das Geburtsergebnis möglich. Wirksame Diagnostik und präventive Interventionen ließen sich auch durch weniger Arztbesuche erreichen als für gewöhnlich empfohlen werden und möglich sind. Die Untergrenze der Arztkontakte liegt dann bei vier.

Diese Erkenntnisse werden nicht vorgestellt, um dafür zu plädieren, die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen abzuschaffen. Um was es vielmehr geht, ist, sich dieses anhaltenden Mangels nachgewiesener Ergebnisqualität bewusst zu sein, Erwartungen in ihre gesundheitlichen Wirkungen abzumildern und die Aufmerksamkeit auf die Relevanz und Beeinflussung sozialer Bedingungen zu lenken, die hinter der Vielzahl medizinischer Risiken und ärztlicher Interventionen verschwinden.

3.3.1.3 Risikobegründete Kontrolltätigkeiten vor und während der Geburt - Das Beispiel CTG

Auch die in Deutschland während der Schwangerschaft und der Geburt häufig gewohntsmäßig ("Für alle Fälle"-Prozedur) durchgeführten Cardiotokographischen Untersuchungen (Herzton-Wehen-Aufzeichnung mit einem CTG-Gerät) lassen sich "nicht aus den Ergebnissen von fundierten wissenschaftlichen Studien ableiten" (Reime 2004). Diese Bewertung basiert auf einem Übersichtsartikel, der Ergebnisse von 9 weltweit durchgeführten wissenschaftlich hochwertigen Studien zusammenstellt (Thacker et al. 2004).

"Obwohl C(K)ardiotokographische Untersuchungen nur nach entsprechender Indikation vorgesehen sind, fand sie 1999 bei nahezu allen Schwangeren routinemäßig im Rahmen der Schwangeren-Vorsorge statt (95,8 Prozent). Auch hier besteht seit 1994 das Phänomen, dass häufiger bei Schwangeren der Normal-Gruppe CTG-Kontrollen durchgeführt wurden als bei Schwangeren der Risiko-Gruppe" (Schwarz, Schücking 2004) und: "Ein CTG ist die absolute Normalität (98,8 Prozent) – zumeist als Dauer-CTG -, obwohl der Vorteil seines routinemäßigen Gebrauchs wissenschaftlich nicht erwiesen ist" (ebd.). Es gibt keinen Grund oder Anhaltspunkt einer aktuell anderen Situation.

Zum Thema "Kontinuierliche CTG-Überwachung versus intermittierende Herzton-Auskultation (Abhören der Herztöne - Anmerkung des Verfassers) während Wehentätigkeit zur Einschätzung des kindlichen Wohlbefindens" gibt es danach drei wesentliche Ergebnisse: In sehr wenigen Studien trägt eine CTG-Überwachung zum Sinken von Krampfanfällen bei den Neugeborenen bei. Auf eine Reihe weiterer vermeidenswerter Ereignisse wie die Neugeborenen-Sterblichkeit, die Rate der Einweisungen von Neugeborenen auf die Intensivstation oder die Vitalität des Neugeborenen (genauer: den Ein-Minuten-Apgar-Wert) hat die routinemäßige CTG-Anwendung aber keinen Effekt. Allerdings führt diese Art von CTG-Einsatz zu einem statistisch überzufälligen Anstieg von Kaiserschnitt- und operativ-vaginalen Entbindungen. Dies beruht darauf, dass "die Mehrzahl der nicht als normal eingestuften mit dem CTG erhobenen Parameter falsch pathologisch (d.h. falsch-positiv) ist. Daraus resultiert sowohl ante- (vor der Geburt) wie auch subpartal (während der Geburt) ein Anstieg der Geburtseinleitungen und der operativen Entbindungs frequenz" (DGGS 2004).

Die deutsche Leitlinie (DGGS 2004) konstatiert, gestützt auf "neuere Analysen", für die CTG-Überwachung während der Geburt einen nachweisbaren gesundheitlichen Nutzen für das Neugeborene. Dies geschieht aber unter der ausdrücklichen Feststellung: "Als Beitrag zur Patientensicherheit sollte der Einsatz der Cardiotokographie und der nach dem gleichen Prinzip arbeitenden Verfahren (z.B. Kineto-CTG) trotz fehlender Gefährdungshinweise nur bei den (ganz wenigen in der Leitlinie) angegebenen harten Indikationen erfolgen."

Diese Bewertung wird auch voll durch die umfassende und im Auftrag der von Ärzte- und Krankenversicherungsverbänden getragenen "Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung" erstellten Studie zur Aussagefähigkeit von Qualitätsindikatoren für die externe Qualitätssicherung bestätigt: "Es gibt keine Evidenz dafür, dass die CTG-Kontrolle das beste Verfahren zur Überwachung des Feten unter der Geburt darstellt oder der intermittierenden

Auskultation in Bezug auf das kindliche Outcome überlegen ist" (Geraedts/Neumann 2003, 25).

Für das Ziel des CTG, die gesundheitliche Situation des Kindes während des Geborenwurdens zu überwachen, gibt es für eine normale Geburt - abgesehen von wenigen speziellen Ausnahmesituationen (z.B. bei einem erhöhten Risiko der kindlichen Sterblichkeit oder einer medikamentösen Wehenunterstützung) - eine "gute alte", nichttechnische und nützliche⁵⁶ Alternativmethode: das zeitweilig aussetzende Abhorchen der kindlichen Herztonen. Dies fand auch bereits in den evidenzbasierten Leitlinien anderer Länder, etwa in Kanada, seinen praktischen Niederschlag.

Wenn die CTG-Kontrolle trotzdem noch zur Geburts-Routine gehört, dient dies bewusst oder unbewusst zu anderen als den erklärten Zwecken: Zum einen erzeugt eine kontinuierliche Messung den Eindruck eines ständig drohenden, quantitativ höheren Risikos nach der Art eines Damokles-Schwerts. Zum anderen relativiert eine ständige technische Messung und Beobachtung den Wert der Eigenbeobachtung und Selbstwahrnehmungen der Frauen. Selbst wenn Frauen objektiv nicht in der Lage sind, jedes Risiko über Körpersignale angemessen erkennen zu können, rechtfertigt dies nicht, alle Selbstwahrnehmungen "zur Sicherheit" durch technische Messverfahren zu ersetzen.

3.3.1.4 Risikobegründete Interventionen während der Geburt - Das Beispiel Dammschnitt

Neben der gerade gestreiften Bedeutung der CTG-Kontrolle vor und während der Geburt, gibt es eine Reihe von Aktivitäten und Interventionen während der Geburt, deren Notwendigkeit oder Nutzen oft damit begründet werden, kurz-, mittel- und langfristig drohende Risiken für die Gesundheit und die Lebensqualität der Frau und des Kindes zu verhindern oder abzumildern. Auf eine der in diesem Kontext angesiedelten großen Interventionen, den Kaiserschnitt, gehen wir an anderer Stelle etwas ausführlicher ein. Die sowieso nicht risiko- und angstfreie akute Situation der Frauen wird also noch mit möglichen oder dro-

⁵⁶ In einer kontrollierten Studie mit rd. 8.500 Frauen (Impey et al. 2003) zeigte sich bei Schwangeren mit einer Nichtrisiko- oder Niedigrisiko-Schwangerschaft, "dass ein 20-minütiges CTG bei der Aufnahme ins Krankenhaus (vor der Geburt) der Herzton-Auskultation nicht überlegen war" (Reime 2004). Dies könnte nach Thacker und Stroup (2003, 446) bei Hochrisiko-Schwangeren anders sein. In der aktuellsten deutschen Leitlinie wird diese diffizile Situation so zusammengefasst: " Die vorliegenden prospektiv randomisierten Studien fanden zunächst selbst in Hochrisikokollektiven keine Verbesserung der perinatalen Daten, abgesehen von einer Reduktion von Krämpfen im Neugeborenenalter. Das ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) kam sogar zu dem Schluss, dass die intermittierende Auskultation in vorgegebenen Intervallen der CTG-Überwachung ebenbürtig sei. Bei Verzicht auf die CTG- Überwachung wäre die Auskultation jedoch zeit- und personalintensiv, erlaubt unter medicolegalem Blickwinkel nur eine lückenhafte Dokumentation" (DGGS 2004). Klarer kann man nicht ausdrücken, dass nicht die gesundheitlichen Interessen der Gebärenden und ihres Kindes, sondern die Organisationsprobleme des Krankenhauses und der bekannte "Versicherungsfall" das Geschehen bestimmen.

henden künftigen Risiken angereichert. Wie bei allen anderen bisher geschilderten Risikosituationen gibt es natürlich medizinische und technische Lösungen, für oder gegen sich die Frauen aber unter dem enormen Geburtsstress in kürzester Zeit entscheiden müssen. Die Wahrscheinlichkeit, dass es dabei zu dem bereits öfter beobachteten "für-alle-Fälle"-Verhalten kommt, ist unter diesen Umständen hoch.

Dass es lohnt, sich vor der Geburt mit entsprechenden Erkenntnissen zu beschäftigen und damit Entscheidungen ohne den zusätzlichen Angstdruck zu treffen, zeigt das Beispiel Dammschnitt.

Sieht man sich hierzu den Stand des wissenschaftlichen gesicherten Wissens an, gibt es selbst für diese häufigste operative Intervention keine wissenschaftliche Evidenz für eine positive Wirkung auf die befürchteten oder als wahrscheinlich dargestellten Folgewirkungen von unkontrollierten Dammrissen und anderen physischen Schädigungen. Zu den behaupteten nachgeburtlichen Spätfolgen eines Dammrisses gehören die körperlich und mental äußerst belastende Harn- und Stuhlinkontinenz. Da insbesondere die Harninkontinenz insgesamt häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt, brauchen viele Frauen keinerlei wissenschaftlichen Beleg für einen Zusammenhang von Geburt, Dammriss und Inkontinenz. Sie sind davon auch bereits aufgrund von Erzählungen überzeugt und nehmen das Angebot eines Dammschnitts bereitwillig an.

Mehrere jüngere wissenschaftliche Untersuchungen weisen aber darauf hin, dass es die positiven Wirkungen eines Dammschnitts nicht oder nicht im versprochenen Umfang gibt.

Schlömer et al (2003) fassen ihren Review der vorliegenden wissenschaftlich soliden Studien unmissverständlich so zusammen: "Der restriktive Gebrauch der Episiotomie (Dammschnitt - Anmerkung des Verfassers) bei vaginaler Geburt ist der routinemäßig angewandten Episiotomie überlegen. Die Rate der Frauen mit Harninkontinenz (nach 3 Monaten und 3 Jahren) ist in beiden Untersuchungsgruppen gleich. Die Episiotomie ist der häufigste chirurgische Eingriff der Welt, obwohl die Effektivität oder der positive Nutzen dieser Intervention nicht belegt ist. Europaweit wird die Episiotomierate mit ca. 30 Prozent angegeben (...) Die restriktive Anwendung der Episiotomie hat keinen negativen Effekt auf die Harninkontinenz (...) Frauen ohne Episiotomie bei vaginaler Geburt leiden deutlich weniger an Stuhlinkontinenz."

Diese Ergebnisse bestätigen Geraedts und Neumann (2003, 69-70) gestützt auf mehrere von ihnen ausgewertete Literatur-Metaanalysen. Ergänzend ist die Hoffnung verfehlt, durch einen druckentlastenden Dammschnitt könnten Hirnblutungen des Kindes vermieden werden. Der "einzig Vorteil" (69) läge in einer Verringerung der Verletzungen im Dammbereich.

3.3.2 Gesichertes Wissen über qualitätssichernde und qualitätsabträgliche-/gefährdende Aktivitäten vor, in und nach der Geburt

Auch für den zentralen Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität des Schwangerschafts- und Geburtsgeschehen für Mutter und Kind beabsichtigen wir nicht, einen umfassenden praktischen Ratgeber für Schwangere und junge Mütter zu schreiben. Wir konzentrieren

uns vielmehr darauf, Argumente und Erkenntnisse zusammenzutragen, welche die Lebensqualität von jährlich Hunderttausenden von schwangeren Frauen und werdenden Vätern dadurch verbessert, dass sie von unnötigen und spezielle Schwangerschaftsprobleme erst erzeugenden Ängsten befreit werden, ihre Erwartungen versachlicht werden und auf ihre Handlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage qualitätsverbessernd wirken.

Exkurs zum Charakter von Studienerkenntnissen der evidenzbasierten Medizin: Bevor wir die Erkenntnisse zusammentragen, die auf der Basis von wissenschaftlichen Studien als evident oder gesichert gelten können, möchten wir drei Anmerkungen zum Charakter dieser Argumentationsgrundlage voranstellen:

- Die Pro- oder Contra-Entscheidung über die Methode der Entbindung ist zuallererst eine Entscheidung, welche die betroffene Schwangere oder Mutter nach Möglichkeit zusammen mit dem Vater, ihrer Hebamme und ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu treffen hat. Keine noch so aufwändige wissenschaftliche Studie vermag die Vielzahl der individuellen physischen, psychischen, moralischen und kulturellen Bedingungen von Mutter, Familie und des noch ungeborenen Kindes zu erfassen und zu bewerten. Daher darf an diesem "letztinstanzlichen" Entscheidungsrecht nicht gerüttelt werden. Was dies im Zusammenhang mit Kaiserschnitt im Extremfall heißen kann, führt die Kaiserschnitt-Leitlinie der DGGG wie folgt aus: "Selbst wenn der Arzt die Entscheidung der Frau für „unvernünftig“ hält, hat er ihr Selbstbestimmungsrecht zu achten und sollte wissen, dass – nach einer Formulierung des Bundesverfassungsgerichts – kein Patient verpflichtet ist, 'nach Maßstäben Dritter vernünftig zu sein'" (DGGG 2004a, 7).
- Zu den zentralen Aufgaben der Personen im Umfeld der Mutter gehört allerdings, ihr möglichst vollständige Informationen über den bestmöglichen Stand des Wissens zu den erwartbaren Vor- und Nachteilen der Entscheidung für oder gegen eine Kaiserschnittentbindung oder eine andere Intervention für die Mutter und ihr ungeborenes Kind in angemessener Weise zur Verfügung zu stellen (Konzepte des "informed" und "shared decision making").
- So wichtig evidenzbasierte Informationen sind, so wichtig ist es, sich über bestimmte Grenzen dieses Wissens-Konzeptes bewusst zu sein.⁵⁷ Erstens weisen die angelsächsischen Protagonisten der evidenzbasierten Medizin (EBM) immer wieder darauf hin, dass dieses neue Verständnis von Medizin nicht allein auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien basiert. Sackett et al (2000) nennen auf die Frage "what is EBM?" zusätzlich und gleichberechtigt die Erkenntnisse und Bedingungen der klinischen Praxis sowie die "patient values". Damit ist natürlich eine evidenzbasierte Vorgehensweise und Entscheidung nicht einfacher geworden. Es ist aber gerade unter Bezug auf die evidenzbasierte Medizin und Geburtshilfe unzulässig die Sichtweise und Entscheidung der Mutter durch evidente Erkenntnisse aus Studien an den Rand zu drängen.

⁵⁷ siehe dazu z.B. Berg/Timmermanns 2003

Zweitens weist die EBM selber auf die in ihrem Rahmen mögliche unterschiedliche Qualität und Aussagefähigkeit der wissenschaftlichen Evidenz hin. Wie die Tabelle 2 zeigt, gibt es 6 qualitativ deutlich unterschiedliche Levels. In diesem Buch versuchen wir, nur Ergebnisse mit höchster so genannter "Goldstandard"-Evidenz zu nutzen und sie nur punktuell durch Ergebnisse mit geringerer Evidenz abzurunden. Auch wenn Informationen und Ratschläge, die eine Schwangere erhält, nicht durch "Goldstandard"-Studien abgesichert sind, können sie eine bestimmte, aber dann eben geringere Evidenz besitzen. Damit ist nicht gesagt, dass die erwarteten positiven Effekte nicht mehr eintreten können oder nur negative Ergebnisse einer bestimmten Entscheidung zu erwarten sind. Was abnimmt ist die Verlässlichkeit oder Gewissheit der erwarteten Effekte. Drittens gibt es aber auch Konstellationen und Situationen, für und über die es aus forschungsethischen oder -ökonomischen Gründen bisher und wahrscheinlich auch auf Dauer keine Studien und damit auch keinerlei Evidenz für oder gegen etwas gibt. Dies gilt z.B. dort, wo mit hoher Sicherheit erwartet wird, dass eine bestimmte therapeutische Intervention bei schwer kranken Personen hilft. Dann einer Kontrollgruppe diese Therapie vorzuenthalten, um ein möglichst hohes Evidenzlevel zu erreichen, ist unethisch und darf nicht gemacht werden.

Tabelle 2 : Evidenzlevels in der evidenzbasierten Medizin (EBM)

I	Evidenz durch einen systematischen Überblick aller relevanten korrekt durchgeföhrten randomisierten (zufälliger; Auswahl der Studienteilnehmer erfolgte nach einem Zufallsverfahren) und kontrollierten (es gibt neben der Untersuchungs- eine Kontrollgruppe, in der nicht interveniert wird) Studien (z.B. ein Cochrane Review) - so genannter "Goldstandard"
II	Evidenz durch zumindest eine korrekt durchgeföhrte randomisierte kontrollierte Studie
IIIa	Evidenz durch korrekt durchgeföhrte pseudo-randomisierte kontrollierte Studien
IIIb	Evidenz durch Studien mit vergleichbarer Kontrollgruppe und nicht randomisiertem Design wie z.B. Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien oder unterbrochene Zeitreihenanalysen mit einer Kontrollgruppe
IIIc	Evidenz durch vergleichende Studien mit einer historischen Kontrollgruppe, zwei oder mehr Studien ohne Kontrollgruppe oder unterbrochene Zeitreihenanalyse ohne Kontrollgruppe
IV	Evidenz durch Fallstudien, Expertenmeinungen oder beschreibende Studien

Zur Darstellung und Bewertung gesicherter oder ungesicherter Maßnahmen für eine erfolgreiche Schwangerschaft und Geburt stützen wir uns auf eine Synopse der "Cochrane Pregnancy and Childbirth Group" über das derzeit bestmögliche gesicherte Wissen, die das Standardwerk von Enkin et al. abschließt. In dieser Synopse sind in 6 ausführlichen Über-

sichten wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über eindeutig nützliche, wahrscheinlich nützliche, mal nützlich und mal nicht nützliche, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unbekannte, unwahrscheinlich nützliche und wahrscheinlich unnützliche oder schädliche medizinische, pharmakologische und soziale Versorgungsarten oder -formen zusammen getragen. Hier handelt es sich also nicht um irgendwie für richtig und wirksam oder "schwangerenfreundlich" gehaltene Aktivitäten, sondern um solche für die es positiv wie negativ einen Nachweis oder eine möglichst hohe Evidenz (vgl. zu der Spannbreite Tabelle 2) von Nutzen oder Vorteilen gibt.

Wir haben für diese Schrift die wichtigsten sozialen und auf das Verhalten der Schwangeren und Mütter gerichteten Faktoren herausgezogen und sie nach den gerade zitierten Kriterien geordnet. Dabei orientierten wir uns ferner an der Häufigkeit und Verständlichkeit der inhaltlichen Fragen. Die Übersichten sind aber ausdrücklich nur zu einer groben Orientierung gedacht. Wie ernst die Cochrane-Autorengruppe diesen Hinweis nimmt, zeigt ein „Hinweis in eigener Sache“: Gegen einen möglichen Einfach-Umgang mit den zusammengestellten Forschungserkenntnissen, der darin besteht sich nur die Merkpunkte dieser Übersichten und nicht ihre ausführlichere Darstellung in Enkins Buch oder anderen kompetenten Schriften (z.B. dem gleich zitierten WHO-Bericht) anzusehen, können mit hoher Evidenz Einwände formuliert werden.

Eine rund 60 Seiten umfassende ähnliche Übersicht über Maßnahmen, die nachgewiesenemäßen nützlich sind und gefördert werden sollten, Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder unwirksam sind und abgeschafft werden sollten, Maßnahmen, die bislang nicht ausreichend erforscht sind und Maßnahmen, die häufig unangemessen angewandt werden, liegt mit der deutschen Übersetzung eines WHO-Berichts aus dem Jahre 1996 vor (Bund Deutscher Hebammen et al. 2002).

Übersicht 1: Ausgewählte nützliche oder vorteilhafte Arten von Behandlung/Betreuung

Wirksamkeit, nachgewiesen durch deutliche Evidenz in randomisierten und kontrollierten Studien.

Basispflege

- Führung des Schwangerschaftsberichts durch die Frauen, um das Gefühl zu erhöhen, mehr Kontrolle zu haben
- Unterstützung der Frauen, während der Schwangerschaft das Rauchen aufzugeben (insbesondere durch Verhaltensstrategien)

Screening und Diagnostik

- Doppler-Ultraschall bei Schwangerschaften mit hohem Risiko einer Beeinträchtigung des Fötus

Schwangerschaftsprobleme

- Äußere Kopfwendung zur Vermeidung einer Geburt in Steißlage

- Angebot der Einleitung der Wehen nach vollendeter 41. Schwangerschaftswoche

Geburt

- Körperliche, emotionale und psychische Unterstützung während der Wehen und der Geburt
- kontinuierliche Unterstützung für Frauen während der Wehen und der Geburt

Pflege/Betreuung nach der Geburt

- Unterstützung für sozial benachteiligte Mütter zur Verbesserung der Elternkompetenz
- Beständige Unterstützung für stillende Mütter
- Persönliche Unterstützung für stillende Mütter durch eine sachkundige Person
- Uneingeschränktes Stillen

Übersicht 2: Ausgewählte Arten von Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich nützlich oder vorteilhaft sind

Die Evidenz zugunsten dieser Formen von Pflege/Betreuung ist stark, obwohl sie nicht durch randomisierte Studien nachgewiesen ist.

Basispflege

- Soziale Unterstützung für schwangere Frauen
- Finanzielle Unterstützung für bedürftige schwangere Frauen
- Gesetzgebung hinsichtlich Lohnfortzahlung und Einkommenssicherung während Mutterschaft oder Erziehungsurlaub
- Geburtsvorbereitungskurse für Frauen und ihre Partner, wenn gewünscht
- Beratung zur Vermeidung von exzessivem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
- Vermeidung von schwerer körperlicher Arbeit während der Schwangerschaft

Screening und Diagnostik

- Durchführen von Ultraschall, um Fragen über die Größe, Struktur oder Position des Fötus zu beantworten
- Selektiver Gebrauch von Ultraschall zur Schätzung des Fruchtwasservolumens
- Selektiver Gebrauch von Ultraschall zur Schätzung der Schwangerschaftsdauer im ersten und frühen zweiten Trimester

- Ultraschall bei drohender Fehlgeburt zur Beurteilung, ob der Embryo am Leben ist
- Ultraschall, um eine vermutete Mehrlingsschwangerschaft zu bestätigen

Schwangerschaftsprobleme

- Ultraschallüberwachung des fetalen Wachstums bei Mehrlingsschwangerschaften
- HIV-infizierte Frauen raten, nicht zu stillen, um die Übertragung auf das Baby zu verhindern
- Schwangerschaftsberatung für Frauen mit Diabetes
- Spezialistenbetreuung für schwangere Frauen mit Diabetes
- Diabetikerinnen ermutigen zu stillen
- Vaginale Geburt statt Kaiserschnitt bei einem toten Fötus nach vorzeitiger Plazentalösung
- Ultraschalluntersuchung bei vaginalen Blutungen von unbestimmter Herkunft
- Äußere Kopfwendung für Quer- oder Schräglagen beim Geburtstermin
- Spontane Wehen nach frühzeitigem Blasensprung nicht stoppen
- Angebot der Einleitung der Geburt als eine Option nach dem Tod des Fötus

Geburt

- Die Wahl der Frauen respektieren, wer ihre Begleiter für die Zeit der Wehen und der Geburt sind
- Die Wahl der Frauen respektieren, an welchem Ort die Geburt stattfindet
- Präsenz eines Begleiters bei der Krankenhausaufnahme
- Den Frauen so viel Information geben, wie sie wünschen
- Bewegungsfreiheit und Wahl der Körperlage während der Wehen
- Veränderung der mütterlichen Körperlage gegen fetalen Stress während der Wehen
- Die Wahl der Frauen respektieren, welche Körperlage sie während der zweiten Phase der Wehen und der Geburt einnehmen wollen

Probleme während der Geburt

- Mütterliche Bewegung und Lageänderungen zur Linderung der Schmerzen während der Wehen
- Gegendruck zur Linderung von Schmerzen während der Wehen

- Äußerliche Wärme- oder Kälteanwendungen zur Linderung von Schmerzen während der Wehen
- Berührungen und Massagen zur Linderung von Schmerzen während der Wehen
- Aufmerksamkeitsfokussierung und Ablenkung zur Linderung von Schmerzen während der Wehen
- Entbindung eines extrem frühgeborenen Babys in einem Zentrum mit angemessener Perinataleinrichtung
- Präsenz eines Kinderarztes bei extremen Frühgeburten
- Wenn nötig Gebrauch von Wehenmitteln bei Wehen nach früherem Kaiserschnitt
- Wenn nötig Gebrauch von epiduralen Schmerzmitteln während der Wehen nach früherem Kaiserschnitt

Pflege/Betreuung nach der Geburt

- Neugeborene warm halten
- Frühen Mutter-Kind-Kontakt ermutigen
- Erlaubnis für die Mütter, ihre eigenen symptomlindernden Medikamente im Krankenhaus zu bekommen
- Widerspruchsfreie Ratschläge für junge Mütter
- Angebot der Wahl der Länge des Krankenhausaufenthalts nach der Geburt
- Telefonischer Ratgeber und Informationsservice nach der Entlassung der Frauen nach der Geburt
- Psychologische Unterstützung für Frauen mit Wochenbettdepression
- Frühes Stillen ermutigen, wenn Mutter und Kind bereit dafür sind
- Professionelle Hilfe bei dem ersten Stillen
- Flexibilität bei Stillpraktiken
- Unterstützungs- und Betreuungsprogramme für trauernde Eltern
- Elterlichen Kontakt mit dem sterbenden oder toten Säugling ermutigen
- Eltern unverzüglich mit genauer Information über ein schwer krankes Kind versorgen
- Selbsthilfegruppen für trauernde Eltern

Übersicht 3: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung mit einem Gleichgewicht von vorteilhaften und nachteiligen Effekten

Frauen und Pflegekräfte sollten diese Effekte im Hinblick auf die individuellen Umstände, Prioritäten und Präferenzen gewichten.

Basispflege

- Kontinuität der Pflegekräfte von gebärenden Frauen statt wechselnde Helfer

Screening und Diagnostik

- Formale Methoden der Risikoabschätzung
- Routineultraschall in der frühen Schwangerschaft

Schwangerschaftsprobleme

- Routinemäßig angewandter Wunsch-Kaiserschnitt bei Steißlage
- Einleitung der Wehen bei Blasensprung am Geburtstermin
- Medikamente zum Stoppen vorzeitiger Wehen
- Geburtseinleitung anstelle von Beobachtung bei Schwangerschaftsdauer von über 41 Wochen

Geburt

- Kontinuierliche elektronische Überwachung (mit Schädelmessung) versus intermittierende Auskultation während der Wehen

Probleme während der Geburt

- Narkotika zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Inhalation von Schmerzmitteln zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Epiduralanalgesie zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Epidurale Gabe von Opiaten zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Frühe Blasensprengung bei spontanen Wehen

Techniken der Geburtseinleitung und der operativen Entbindung

- Örtliche versus Vollnarkose bei Kaiserschnitt
- Epidurale versus Rückenmarksanästhesie bei Kaiserschnitt

Übersicht 4: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung mit unbekannter Wirksamkeit

Es gibt nur ungenügende oder unzureichende Daten zur Qualität, auf denen eine Empfehlung für die Praxis begründet werden könnte.

Basispflege

- Kalziumversorgung zur Verbesserung des Schwangerschaftsergebnisses
- Magnesiumversorgung zur Verbesserung des Schwangerschaftsergebnisses
- Zinkversorgung zur Verbesserung des Schwangerschaftsergebnisses

Screening und Diagnostik

- Biophysikalisches Profil des Fötus zur fetalen Überwachung

Schwangerschaftsprobleme

- Accupressur gegen schwangerschaftsbedingte Übelkeit und Erbrechen, wenn einfache Mittel unwirksam sind
- Ingwer gegen schwangerschaftsbedingte Übelkeit und Erbrechen
- Übungen und Schulungsprogramme gegen Rückenschmerzen
- Erhöhte Salzaufnahme gegen Beinkrämpfe
- Orale Einnahme von Magnesium gegen Beinkrämpfe
- Progestogen bei drohender Fehlgeburt des lebenden Fötus
- Krankenhauseinweisung für Frauen mit schwangerschaftsbedingtem Bluthochdruck
- Antihypertonikum gegen leichten bis mäßigen Bluthochdruck
- Krankenhauseinweisung und Bettruhe bei beeinträchtigtem Wachstum des Fötus
- Bettruhe zur Verhinderung von Frühgeburten

Geburt

- Vor Krankenhausaufnahme Einschätzung, ob die Wehen in der aktiven Phase sind
- Kurze Phasen der elektronischen Überwachung des Fötus als Krankenhausaufnahmescreening während der Wehen
- Fetale Stimulationstests zur Beurteilung des Fötus während der Wehen
- Frühes versus spätes Abklemmen der Nabelschnur bei der Geburt

Probleme während der Geburt

- Unterleibsdekompression zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Lagerung im Wasser zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Akupunktur zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Acupressure zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Aromatherapie zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Hypnose zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Freie Mobilität während der Wehen, um langsame Wehen zu steigern
- "Aktives Management" der Wehen
- Kaiserschnitt bei extrem frühgeburtlicher Entbindung
- Kaiserschnitt bei vorzeitiger Steißgeburt

Übersicht 5: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich nicht nützlich oder vorteilhaft sind

Die Evidenz gegen diese Formen der Behandlung ist nicht so stark wie für die Maßnahmen in der Übersicht 6.

Basispflege

- Vertrauen auf Expertenmeinung statt auf gute Evidenz bei Entscheidungen, welche die Betreuung betreffen
- Regelmäßige Einbeziehung von Ärzten in die Betreuung aller Frauen während Schwangerschaft und Geburt
- Regelmäßige Einbeziehung von Gynäkologen in die Betreuung aller Frauen während Schwangerschaft und Geburt
- Gynäkologen nicht in die Betreuung von Frauen mit ernsthaften Risikofaktoren einbeziehen
- Aufteilung der Betreuung während Schwangerschaft und Geburt
- Soziale Unterstützung für Hochrisikoschwangere zur Verhinderung einer Frühgeburt
- Rat, die sexuelle Aktivität während der Schwangerschaft einzuschränken
- Verbot jeglicher Einnahme von Alkohol während der Schwangerschaft

- Auferlegen von Ernährungseinschränkungen während der Schwangerschaft
- Regelmäßiger Vitaminzusatz in der späten Schwangerschaft in gut ernährten Populationen

Screening und Diagnostik

- Regelmäßige Ultraschallanwendung zur Messung des Fötus in der späten Schwangerschaft
- Screening nach Schwangerschaftsdiabetes
- Regelmäßiger Glukose-Empfindlichkeitstest während der Schwangerschaft
- Regelmäßige Blutzuckermessung während der Schwangerschaft
- Insulin- plus Diätbehandlung bei Schwangerschaftsdiabetes
- Diätbehandlung bei Schwangerschaftsdiabetes
- Regelmäßiges Zählen der fetalen Bewegung zur Verbesserung des perinatalen Ergebnisses
- Routineuntersuchung mit Doppler-Ultraschall in allen Schwangerschaften
- Regelmäßige Abmessung des Gebärmutterhalses zur Verhinderung einer Frühgeburt

Schwangerschaftsprobleme

- Nahrungsergänzung mit Kalzium gegen Beinkrämpfe
- Bettruhe bei drohender Fehlgeburt
- Routinekaiserschnitt bei Mehrfachschwangerschaften
- Wahlweise Entbindung vor dem Geburtstermin bei Frauen mit ansonsten unkomplizierter Diabetes
- Wahlweise Kaiserschnitt bei schwangeren Frauen mit Diabetes
- Frauen mit Diabetes abraten zu stillen

Geburt

- Frauen während der Wehen Essen und Trinken vorenthalten
- Routinemäßige intravenöse Infusion während der Wehen
- Tragen von Mundschutz während der Wehen oder bei vaginalen Untersuchungen
- Häufig eingeplante vaginale Untersuchungen während der Wehen
- Regelmäßiges gezieltes Pressen während der Austreibungsphase

- Pressen durch anhaltende Presswehen in der Austreibungsphase
- Atemhalten in der Austreibungsphase
- Frühe Presswehen der Austreibungsphase
- Eigenmächtige Begrenzung der Dauer der Austreibungsphase

Probleme während der Geburt

- Biofeedback zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Beruhigungsmittel und Tranquillizer zur Schmerzlinderung während der Wehen
- Entbindung eines sehr früh geborenen Kindes ohne angemessene Einrichtungen zur Pflege von Frühgeborenen
- Wahlweise Zangengeburt bei Frühgeburten
- Routinemäßige Anwendung eines Damschnitts bei Frühgeburten
- Geburtsversuch nach vorangegangenem klassischen Kaiserschnitt

Pflege/Betreuung nach der Geburt

- Baden der Babys in Medizin-enthaltendem Wasser, um Infektionen zu verringern
- Tragen von Krankenhauskleidung auf Neugeborenenstationen
- Eingeschränkter Besuch der Babys durch Geschwister im Krankenhaus
- Gebrauch eigener nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente der Frauen nach der Geburt im Krankenhaus
- Verabreichung nicht-verschreibungspflichtiger symptomlindernder Medikamente in regelmäßigen Abständen
- Auf diese Tabellen vertrauen, ohne sich auf den Rest dieses Buches (von Enkin et al. 2000 oder vergleichbare Literatur) zu beziehen

Übersicht 6: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich unwirksam oder schädlich sind

Unwirksamkeit oder Schädigung, die mit deutlicher Evidenz nachgewiesen sind.

Screening und Diagnostik

- Wehenbelastungstest /Cardiotokogramm zur Verbesserung des perinatalen Ergebnisses
- Brustwarzenstimulationstest /Cardiotokogramm zur Verbesserung des perinatalen Ergebnisses
- Nicht-selektierender Gebrauch von Ruhe-CTG (Non-Stress-Test) zur Verbesserung des perinatalen Ergebnisses

Schwangerschaftsprobleme

- Gleitmittelöle gegen Verstopfung
- Wahlweise Entbindung bei frühzeitigem Blasensprung
- Ethanol, um frühzeitige Wehen zu stoppen
- Progestogene, um frühzeitige Wehen zu stoppen

Geburt

- Routinemäßige Darmspülung während der Wehen
- Routinemäßiges Rasieren des Schambereichs während der Vorbereitung der Geburt
- Rektale Untersuchung zur Feststellung des Fortschrittes der Wehen
- Rückenlage (flach auf dem Rücken) in der Austreibungsphase verlangen
- Routinemäßiger oder liberaler Dammschnitt bei der Geburt

Pflege/Betreuung nach der Geburt

- Routinemäßige Einschränkung des Mutter-Kind-Kontaktes
- Routinierte Kinderbetreuung für Babys im Krankenhaus
- Begrenzung der Saugzeit während des Stillens
- Brustwarzencreme oder -salben für stillende Mütter
- Regelmäßige Nahrungsergänzung mit Wasser oder künstliche Säuglingsnahrung für gestillte Babys
- Proben von künstlicher Säuglingsnahrung für stillende Mütter

- Stillende Mütter dazu ermutigen, über den Durst hinaus mehr Flüssigkeit aufzunehmen
- Testweises Wiegen von gestillten Säuglingen

3.3.3 ("Wunsch"-)Kaiserschnitt versus normale Geburt: Zur Abwägung von Risiken und Nutzen in der Geburtshilfe

Das seit einigen Jahren zentrale Thema von Diskussionen über die Qualität der Geburtshilfe ist die Entbindungsform und hier im Besonderen die Entbindung durch einen geplanten Kaiserschnitt. Die Zunahme seiner Häufigkeit ist für viele Beobachter des Geburtsgeschehens ein weiterer Indikator für die scheinbar unaufhaltsame Pathologisierung und Dramatisierung eines natürlichen Geschehens sowie ein Beispiel dafür, wie mit der Geburt verknüpfte natürliche Ängste und Ambivalenzen erfolgreich für andere soziale und ökonomische Interessen instrumentalisiert werden können.

Mit einer gewissen Zeitverzögerung und mit Niveauunterschieden zu der Entwicklung in anderen Ländern⁵⁸ gewinnt die Entbindung durch Kaiserschnitt auch in Deutschland eine wachsende Bedeutung als Geburtsmethode. Dabei erfährt insbesondere das Anwachsen des so genannten primären oder geplanten Kaiserschnitts Aufmerksamkeit, d.h. die schon vor dem Beginn der Wehentätigkeit beschlossene und erfolgende operative Entbindung. Davon unterschieden wird der so genannte sekundäre Kaiserschnitt, unter dem man eine Kaiserschnitt-Entbindung versteht, für die sich Mutter und Arzt während einer normalen Vaginalgeburt nach Beginn der Wehentätigkeit entscheiden (müssen). Ende der 90er Jahre verteilte sich das gesamte Kaiserschnittgeschehen nahezu gleich auf die beiden Arten des Kaiserschnitts (Schwarz/Schücking 2004).

Im Jahre 2003 wurde nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (2005) bei 25 Prozent der 687.500 gebärenden Frauen ein Kaiserschnitt durchgeführt. Dieser Anteil lag im Jahre 1993 bei 16,9 Prozent. Dem Anwachsen der Kaiserschnitt-Entbindungen stand die Abnahme des Anteils anderer, zu ihren Hochzeiten auch nicht unumstrittenen Entbindungsmethoden gegenüber: Nur noch 1,1 Prozent oder 4,2 Prozent aller Frauen wurden unter Einsatz einer Zange (1993: 2,3 Prozent) oder einer Saugglocke (1993: 5,7 Prozent) entbunden. Für die Vorjahre wurden außerdem große regionale Unterschiede bei der Kaiserschnitt-Rate gemeldet: Im Jahre 2003 betrug der Anteil von Kaiserschnitt-Entbindungen an allen Entbindungen in Bremen 33,7 Prozent, während er in Berlin bei 19,2 Prozent lag (Ärzte Zeitung vom 4.6.2004).

⁵⁸ Ende der 90er Jahre lag die gesamte Kaiserschnitt-Rate in Deutschland bei knapp 20 Prozent, in den Niederlanden unter 10 Prozent, in den skandinavischen Ländern bei ca. 12 Prozent, in den USA bei 24 Prozent. Manchmal noch viel höhere Raten weisen aus den verschiedensten Gründen Länder der Dritten Welt auf: In Brasilien waren es Ende der 90er Jahre insgesamt 30 Prozent (Schücking 1999). An den Relationen dürfte sich gleichzeitigem Anstieg der Niveaus bis heute nichts verändert haben.

Insbesondere um den Wunsch-Kaiserschnitt wird seit Jahren anhaltend und heftig gestritten. Dies reicht von Verharmlosungen, moralischen Vorhaltungen bis dahin, dass auch in Deutschland langsam begonnen wird, die durch wissenschaftliche Studien abgesicherten Erkenntnisse über den körperlichen und psychischen Schaden oder Nutzen des Kaiserschnitts im Vergleich zur normalen vaginalen Geburt aufzubereiten.

Die hier zusammengetragenen Argumente "pro und Contra" Kaiserschnitt sollen daher auch vorrangig zu einer rationaleren Auseinandersetzung mit dem Wunsch-Kaiserschnitt beitragen. Beim sekundären Kaiserschnitt kann angenommen werden, dass es sich in den meisten Fällen um die operative Lösung einer für Mutter und Kind gesundheitsgefährdenden Situation während der vaginalen Geburt handelt.

Was hier noch zu erwarten ist und welche Vielfalt von Motiven und Interessen hinter dieser Entwicklung steht, stellt die für die Geburtshilfe und damit u.a. auch für die Bewertung der Kaiserschnitt-Entbindung zuständige medizinische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), in einer aktuellen Leitlinie zum Kaiserschnitt so dar: "Diese Entwicklung, die sich wahrscheinlich fortsetzen wird, ist Ausdruck einer sich wandelnden Einstellung vieler Schwangeren zur Geburt, aber auch einer vielfach veränderten ärztlichen Verhaltensweise und eines auf beiden Seiten gestiegenen Sicherheitsbedürfnisses" (DGGG 2004a, 1).

3.3.3.1 Irrationale Argumente "Pro und Contra" Kaiserschnitt

Wir wollen zunächst zwei argumentative Grundhaltungen zum Kaiserschnitt und zur normalen Geburt erwähnen. Was sie eint, sind nicht ihre inhaltlichen Gemeinsamkeiten, sondern, dass sie beide äußerst fragwürdig oder irrational sind.

Mit der Entscheidung, per Kaiserschnitt zu entbinden, wird von Teilen der Mediziner verharmlosend und bagatellisierend umgegangen. Wie sich dies anhört, zeigen drei Zitate aus einem gerade erschienenen Buch:

"Heute (...) ist das Risiko für Mutter und Kind, bei einem Kaiserschnitt zu sterben, kaum größer, als bei einem Langstreckenflug in den Urlaub" (Grin 2004, 29).

"Auch wenn ein Kaiserschnitt heute noch immer eine Operation ist, so ist das operative und anästhesiologische Risiko kalkulierbar (...) es ist ein sehr kleines berechenbares Risiko" (Grin 2004, 29).

"Ich bin mir nicht sicher, ob eine Patientin in 20 Jahren nicht möglicherweise eine schriftliche Zustimmungserklärung abgeben muß, wenn sie auf einer natürlichen Entbindung besteht und eine Sectio verweigert" (so der österreichische Geburtshilfe-Doyen Husslein; zit. nach Grin 2004, 141).

Eine ganz andere Art von irrationaler Position beschwört rigoros die Natürlichkeit der Geburt und hält an einer pseudoreligiösen und vielfach schon in weltliche Denkweisen übersetzten Begründung für die möglichen Leiden fest. Ein operativer Eingriff wie der

Kaiserschnitt wird im Rahmen dieses Denkens deshalb so lange wie möglich vermieden und maximal verzögert, um nicht in das "natürliche Leiden" einzugreifen.⁵⁹

3.3.3.2 Rationale Argumente "Pro und Contra" Kaiserschnitt

Zur Bedeutung und Bewertung des Kaiserschnitts in der Geburtshilfe gibt es in Deutschland aber vor allem auch im angelsächsischen Ausland eine Reihe allgemeiner Erkenntnisse, die begründen helfen, seine Häufigkeit zu limitieren sowie beim Abwägen des "Pro und Contra" den belegten Nutzen und Schaden der verschiedenen Geburtsformen für Mutter und Kind zum Maßstab machen.

In diesem Abschnitt können und wollen wir nicht auf die medizinischen, psychosozialen und emotionalen Details eingehen, die bei der normalen vaginalen Entbindung oder beim Kaiserschnitt von Bedeutung sind. Wer hier weitere wissenschaftlich abgesicherte Hinweise benötigt, findet in den angegebenen Quellen eine Fülle von Hinweisen.

Stattdessen sollen die Kernergebnisse eines im Jahre 2004 erschienenen systematischen Vergleichs der Risiken der vaginalen Geburt gegenüber einer Kaiserschnitt-Entbindung vorgestellt werden (Maternity Center Association 2004 und 2004a). Dieser Vergleich beruht auf einem Review mehrerer hundert Studien aller Evidenzstufen zu beiden Geburtsformen. In den Review gingen sowohl Untersuchungen ein, die sich um die aktuellen physischen wie emotionalen Ergebnisse für Mütter und Kinder kümmerten als auch Analysen über die kurz- und längerfristigen Risiken der Formen einschließlich der für den Verlauf zukünftiger Schwangerschaften. Die durchführende Organisation ist eine Non-Profit-Vereinigung zahlreicher us-amerikanischer und internationaler Fachverbände. Wer sich für die Studien im einzelnen interessiert, findet ausführliche tabellarische Zusammenstellungen im Internet (Maternity Center Association 2004a).

Die Bewertungen der vorliegenden wissenschaftlichen Studien lassen zwei Kernaussagen zu:

- In insgesamt 33 Sach-/Problemfeldern ist die Wahrscheinlichkeit von unterschiedlich folgeträchtigen spezifischen Risiken bei einer Kaiserschnitt-Entbindung gering, leicht, stark oder sehr stark erhöht und
- in 4 Bereichen gilt dies für eine vaginale Geburt.

⁵⁹ Die biblische Quelle dieses Denkens findet sich im 1. Buch Moses, 3. Kapitel, Vers 16: "Und zum Weib sprach er: Ich will dir viel Schmerzen schaffen, wenn du schwanger wirst; du sollst mit Schmerzen Kinder gebären; und dein Verlangen soll nach deinem Manne sein und er soll dein Herr sein." (Die Bibel 1961, 7)

Tabelle 3: Schwerpunkte für hohe oder sehr hohe Wahrscheinlichkeit bestimmter Risiken bei Kaiserschnitt- und vaginaler Entbindung (Maternity Center Association 2004, 2004a)

Wahrscheinlichkeiten für hohe oder sehr hohe Risiken bei Kaiserschnitt-Entbindung	Wahrscheinlichkeiten für hohe oder sehr hohe Risiken bei vaginaler Entbindung
Auftreten zahlreicher körperlicher Probleme bei der Schwangeren bzw. Mutter (z.B. starke Blutungen, Schmerzen, Infektionen)	wochen- oder monatelanger nachgeburtlicher starker Schmerz im Vaginalbereich
verlängerte Verweildauer und erhöhtes Rehospitalisierungsrisiko ⁶⁰	längeranhaltende gesundheitliche Probleme: Harninkontinenz, innere Unruhe
schlechteres mentales Wohlbefinden; geringe oder schlechte Bewertung der "Geburts-Arbeit"	
späterer Erstkontakt mit Neugeborenem Kind; mehr möglicherweise erste negative Gefühle gegenüber dem Kind	
geringere Wahrscheinlichkeit oder verzögertes Stillen	
erhöhte gesundheitliche Risiken der Babys (z.B. Atembeschwerden bei Babies, die vor der 39. Woche geboren wurden)	
erhöhte Probleme der Frauen bei künftigen Schwangerschaften (z.B. Unfruchtbarkeit)	
erhöhte Risiken für Kinder aus künftigen Schwangerschaften	
Operationsverletzungen bei Mutter und Kind	
Asthma beim Kind	

⁶⁰ Eine im Zeitraum 1987 bis 1996 in den USA gemachte retrospektive Kohortenstudie (Lydon-Rochelle et al. 2000) untersuchte ob es einen Zusammenhang von Geburtsmethode und einer Rehospitalisierung innerhalb von 60 Tagen nach Geburt gab. Gegenüber einem geringen Risiko bei einer spontanen vaginalen Geburt war dieses Risiko bei Kaiserschnittgeburten und unterstützter vaginalen Geburt deutlich höher. Dabei spielten Mehrfach-Entzündungen eine große Rolle.

Nur eine geringe oder leicht-erhöhte Risiko-Wahrscheinlichkeit gibt es beim Kaiserschnitt u.a. für Embolien, einen Schlaganfall, die nachgeburtliche Entfernung der Gebärmutter oder lebensgefährliche Auswirkungen der Operationsnarbe bei künftigen Schwangerschaften. Nur unklare oder widersprüchliche Risikoerkenntnisse gibt es bei einer Kaiserschnitt-Entbindung z.B. für Beckenschmerzen oder Verletzungen des Zentralnervensystems von Embryonen und Feten in einer narbigen Gebärmutter.

Zu den nur gering oder moderat erhöhten Risiko-Wahrscheinlichkeiten zählen bei der vaginalen Geburt z.B. Verletzungen der Schulter-, Arm oder Handnerven beim Neugeborenen.

Vor Überlegungen, die Häufigkeit von Kaiserschnitt-Entbindungen wegen der unerwünschten Auswirkungen für das Kind und seine Mutter zu verringern, muss natürlich bedacht werden, dass beide Typen des Kaiserschnitts auch sehr nützlich sein können. Es geht also nicht darum, den Kaiserschnitt als Methode der Wahl und Not zu verwerfen, sondern darum, seine Häufigkeit auf die Marke zurückzuführen, bei der er uneingeschränkt von gesundheitlichem Nutzen ist.

Schwarz und Schücking (2004) weisen darauf hin, dass "durch eine Kaiserschnitt-Rate über zehn Prozent keine weiteren Verbesserungen zu erwarten sind. Außerdem werden durch weichere Indikationen und dadurch steigende Kaiserschnittraten in einem immer geringer werdenden Anteil aller Kaiserschnitte Leben und Gesundheit von Kindern gerettet. Da die Operations-Risiken durch steigende Raten nicht abnehmen, ist es nur logisch, dass schließlich eine Rate erreicht wird, bei der die Operationsrisiken überwiegen." Auch die WHO geht von einer "natürlichen" Kaiserschnithäufigkeit von rund 10 Prozent aus. In den Niederlanden liegt das Kaiserschnittgeschehen auch in etwa bei 10 Prozent.

Enkin et al (2000) untersuchen mit einer mathematischen Entscheidungsanalyse der Risiken und Nutzen die Effekte, die für und gegen einen erneuten Kaiserschnitt oder eine vaginale Geburt nach erstmaligem Kaiserschnitt sprechen. Dabei erweist sich eine geplante vaginale Geburt als die "sichere Wahl" (363).

Obwohl es hierzu nur wenig gesicherte Ergebnisse gibt, möchten wir zumindest an einem Beispiel zeigen, dass eine Strategie, die Risiken von Kaiserschnitt-Entbindungen dadurch zu reduzieren, dass die Schwangeren gezielt zu Krankenhäusern und Ärzten mit Kaiserschnitt-Erfahrung gelotst werden, nicht zu funktionieren braucht: Eine in den 90er Jahren in den USA durchgeführte Untersuchung (Tong et al. 2003) ließ nach einer Standardisierung der Risiken der Entbindenden keine nennenswerten Auswirkungen niedriger oder hoher Kaiserschnitt-Erfahrung der durchführenden Ärzte auf die Ergebnisse erkennen. Frauen, die bei Ärzten entbanden, die nur geringe Erfahrungen mit Kaiserschnitt hatten, hatten sogar eine geringere Rate von Gebärmutter-Rissen und das Risiko der perinatalen Mortalität war nicht erhöht. Bei Entbindungen durch Ärzte mit geringer Kaiserschnitterfahrung gab es einen kleinen Anstieg der kindlichen Hirnblutungen.

3.3.3.3 Wesentliche Gründe und Argumente für den Wunsch-Kaiserschnitt

Warum es trotz der eindeutigen Evidenz gegen einen ohne akute Not durchgeführten "Wunsch"-Kaiserschnitt zu der bekannten quantitativen Entwicklung gekommen ist, kann besser verstanden werden, wenn man sich die Vielzahl und Vielfalt der Anreize, Motive und Erwartungen genauer ansieht, die im Verlaufe des Geburtsgeschehens wirksam sind oder sein können.

Bei der Entscheidung von Mutter, Arzt oder Hebamme, einen Wunsch-Kaiserschnitt durchzuführen, spielen eindeutig nicht nur die Interessen und die spontane Situation der Mutter und ihres Kindes eine wichtige Rolle. Hinzu kommen z.B. noch ökonomische Interessen und Anreize für die professionellen Akteure und ihre Institutionen, Mängel in der Vorbereitung auf die Geburtssituation und falsche oder völlig fehlende Orientierungen und Erwartungen zum Charakter der Geburtssituation. Die Kenntnis von Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit insbesondere eines Wunsch-Kaiserschnitts fördern, ist auch deshalb wichtig, weil sich eine Reihe von ihnen "von außen" beeinflussen lässt. Somit bestehen präventive Potenziale, jenen Teil der Kaiserschnitte zu verhindern, der über der als potenziell notwendigen und nützlich angesehenen Rate liegt.

Im Einzelnen handelt es sich vor allem um folgende Kaiserschnitt-förderliche Bedingungen und Anreize:

- Der geplante Kaiserschnitt gilt bei den Krankenhausbetreibern als ökonomisch lukrativ: Die Krankenkassen zahlen derzeit im Durchschnitt 2.800 Euro pro Kaiserschnitt (es gibt aber auch Maximalpreise von 4.200 Euro), ungefähr doppelt soviel wie für eine vaginale Geburt (Bund Deutscher Hebammen 2003; Ärzte Zeitung vom 4.6.2004).
- Der „Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation“ entspricht dem Wunsch der Ärzte nach juristischer Absicherung, den sie angesichts der zunehmenden Klagebereitschaft von Eltern mit einem durch die vaginale Geburt "geschädigtem" Kind hegen (ebd.).
- Gleichzeitig weist die DGGG auf "Erwägungen" der Haftpflicht-Versicherungswirtschaft hin, "Kliniken sowohl mit überdurchschnittlichen als auch mit unterdurchschnittlichen Sectiofrequenzen wegen eines gesteigerten Risikos die Versicherungsbeiträge höher zu bemessen" (DGGG 2004a, 1/2).
- Der Wunsch-Kaiserschnitt ist exakt terminierbar, ermöglicht eine wirtschaftlichere Auslastung der personellen und materiellen Kapazitäten des Krankenhauses und erscheint somit auch durch das präsente OP-Team besser kontrollierbar (ebd.) Generell fasst Schücking (1999) die Interessenslagen der Krankenhausakteure so zusammen: "Für die Mehrzahl der Frauen in diesem Entscheidungsprozeß muss allerdings befürchtet werden, dass ihre Geburtsängste und schwangerschaftstypischen Ambivalenzen hier einseitig instrumentalisiert werden im Interesse der Operateure."
- Auch die DGGG unterstreicht die Bedeutung dieser Antriebsgründe von Ärzten und Krankenhäusern: "Mancher Arzt sieht sich auch aus Gründen, die mit der Größe, Besetzung und Organisation der geburtshilflichen Einheit zusammenhängen, mitunter

wohl auch mangels oder aufgrund eigener (negativer) geburtshilflicher Erfahrung oder allein aus defensivmedizinischem Denken veranlasst, der Schnittentbindung den Vorzug zu geben" (DGGG 2004, 1). Der Rückgang der Anzahl geborener Kinder bedeutet sicherlich auch einen Verlust an Breite der geburtshilflichen Erfahrung und Handlungsfähigkeit.

- Hinter der Entscheidung zum Kaiserschnitt steckt auch häufig die bei der Schwangeren erzeugte oder nicht nachhaltig abgeklärte und minimierte Angst vor den Unwägbarkeiten einer Geburt. "Wir beobachten, dass die Befürworter des „Kaiserschnitts auf Wunsch“ diese Unsicherheit der Frauen verstärken, indem sie von „unkalkulierbaren Risiken“ einer normalen Geburt sprechen" (Bund Deutscher Hebammen 2003).
- Insbesondere dann, wenn sie sich für die Schwangerenbetreuung durch ÄrztInnen statt durch Hebammen entscheiden, sammeln Schwangere fast nur Erfahrungen mit einem massiven Einsatz von Technik oder der pränatalen Diagnostik, zu deren Charakteristika es gehört, Machbarkeit und Sicherheit zu versprechen. "Dieses Versprechen macht die Frauen ansprechbar für das Angebot einer scheinbar schmerzfreien und kontrollierbaren Geburt" (ebd.).
- Schließlich spielen auch kulturelle Orientierungen und gesellschaftliche Verhaltensnormen wie z.B. nämlich die Wichtigkeit schneller Lösungen eine Rolle. Wer nach stundenlanger schwerer Geburtsarbeit die Alternative "schnell,⁶¹ schmerzfrei⁶² und pünktlich fertig bis zum Frühstück" offeriert bekommt, wird sich ohne weitere vorherige Orientierung relativ leicht für dieses Vorgehen entscheiden (ebd.).
- Auf mangelnde Fähigkeiten der Geburtshelfer als Gründe, statt der eigenen unzulänglichen nichtoperativen Aktivitäten eine Kaiserschnitt-Entbindung zu empfehlen, wird ebenfalls hingewiesen. So berichten Expertinnen in Großbritannien z.B. über "mangelnde Fähigkeiten der Geburtshelfer (...), die weder eine vaginale Beckenendlagen-entbindung noch eine äußere Wendung beherrschen" (Kitzinger zit. nach Rüb 1999).
- Nebeneffekte medizinischer Interventionen: Wie im Abschnitt 3.3.1.3 bereits erwähnt, steigt die statistisch signifikante Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnitt-Entbindung oder einer sonstigen vaginal-operativen Entbindung in der Folge einer kontinuierlichen Überprüfung der Herztöne des ungeborenen Kindes durch eine CTG-Untersuchung um 40 bzw. 20 Prozent an (Thacker et al. 2004). Die Wahrscheinlichkeit für eine Kaiserschnitt-Entbindung nimmt auch bei einer künstlichen Einleitung der Wehen zu (Maternity Center Association 2004, 12).

⁶¹ Eine komplikationsfreie Kaiserschnitt-Entbindung dauert wirklich nur 30-40 Minuten.

⁶² Dies ist häufig eine falsche Versprechung, da die jungen Mütter nach der Operation und teilweise noch für längere Zeit danach heftige Schmerzen haben, die mit dem Kaiserschnitt zu tun haben.

- Möglicherweise wirkt sich indirekt auch die immerhin in der Leitlinie der Fachgesellschaft erwähnte von der Hebammenseite angeblich erhobene Forderung aus, "nur noch die pathologische Geburt und namentlich die Geburtschirurgie dem ärztlichen Aufgabenfeld zuzurechnen, während die vaginale Geburt als natürlicher Vorgang wieder mehr und mehr in die Hände der Hebammen übergehen sollte" (DGGG 2004a, 2). Dann wäre eine Erhöhung der Kaiserschnitt-Rate eine Art von vorausschauender Maßnahme zur Arbeitsbeschaffung oder Kapazitätsauslastung von Geburtskliniken.
- Schwangere, die während des Geburtsvorgangs keine kontinuierliche Unterstützung durch ausgebildete oder trainierte PartnerInnen erhalten oder von Mobilität oder Aktivität ferngehalten werden (stattdessen strenge Liegehaltung) haben ebenfalls eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, per Kaiserschnitt entbunden zu werden.

3.3.3.4 Ansatzpunkte für eine Absenkung der Häufigkeit von Kaiserschnitt-Entbindungen

Will man das weitere Anwachsen der Häufigkeit von Kaiserschnitt-Geburten verhindern und den erreichten Umfang um den Anteil vermindern, der nicht durch eine Sorge um das gesundheitliche Wohl der Mutter und ihres Kindes begründet ist, bieten die gerade aufgezählten Gründe erste wichtige Ansatzpunkte.

Zu den wichtigsten und auch erfolgversprechendsten Handlungsfeldern gehören daher:

- Eine wesentlich bessere und frühzeitige Vorbereitung auf die Unwägbarkeiten, Ängste, körperlichen und psychischen Belastungen (vor allem Schmerz) während der Schwangerschaft und vor allem der Geburt. Ein wesentliches Ziel ist, Ungewissheit und Unsicherheiten zu minimieren und damit auch eine Hauptquelle von Ängsten und angstgeleitete Entscheidungen zu schließen.
- Praktische Hilfen beim Aufbau einer möglichst wenig pathologisierten, risikobesetzten und technisierten Geburtsvorbereitung durch Hinweise auf die Möglichkeiten der Schwangerenbetreuung durch Hebammen statt allein durch Ärzte.
- Die konzeptionelle Vorbereitung auf die evidenzgesicherte Bedeutung der aktiven Unterstützung durch Familienangehörige oder Freunde und entsprechend qualifizierte während der Geburt und gegebenenfalls die Unterstützung bei der praktischen Organisation.
- Frühzeitige verständliche Information der Schwangeren über das vorhandene bestmögliche Wissen als nutzbaren Beitrag für ihre Entscheidungsfindung pro oder contra einen Wunsch-Kaiserschnitt.
- Hinweis auf die Möglichkeit, bereits im Vorfeld der Geburt eine Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt zu treffen, die der Hebamme und dem Arzt bekannt ist. Dies hat auch den Vorteil, dass die Vorbereitung von Entscheidungen durch Informationen und die Entscheidung selber nicht unter dramatischen Umständen zu erfolgen hat, die freie und wohlüberlegte Entscheidungen gerade eben nicht zulassen.

3.3.4 Zur Bedeutung sozialer Bedingungen für die Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität in der Geburtshilfe: Das Beispiel "kontinuierliche Unterstützung" während der Geburt

Die bisher untersuchten Elemente und Methoden der Technisierung des als hochrisikohaft etikettierten Geburtsgeschehens haben aber nicht nur Probleme mit ihrer eigenen Wirksamkeit. Vielmehr verdrängen oder diskreditieren sie aktiv andere Arten und Formen der Intervention, Behandlung oder Pflege. Mit Vorrang handelt es sich dabei um die sozialen, kommunikativen und kooperativen Bedingungen der Vorbereitung und des Verlaufs der Geburt. Als so genannte "weiche" Bedingungen wird ihnen minimal noch ein Beitrag zum "Wohlfühlen" zugebilligt, aber "richtig" zur Effektivität und Effizienz scheinen sie nicht beitragen zu können.

Dass dies ein massiver und interessanter Irrtum ist, soziale Bedingungen also wissenschaftlich nachweisbar die Prozess- und Ergebnisqualität des Geburtsgeschehens positiv beeinflussen können und außerdem auch noch das "Wohlgefühl" verbessern, soll hier beispielhaft dargestellt werden.

Eine der wichtigsten Maßnahmen der sozialen Unterstützung für Frauen unter der Geburt, deren Nutzen durch wissenschaftliche Studien gesichert ist, stellt die kontinuierliche persönliche ("one-to-one") Unterstützung durch spezielle professionelle Helfer oder durch Familienangehörige und Personen aus dem Freundeskreis während des gesamten Geburtsprozesses dar. Dies ergibt sich aus einem zum ersten Mal 1989 durchgeföhrten und 2003 aktualisierten Cochrane-Review über das hierzu vorliegende bestmögliche Wissen in Untersuchungen bei 13.000 Frauen in 15 Studien mit höchstem Evidenzlevel in 11 Ländern (Hodnett et al. 2003). In diesen Untersuchungen ging es um den Verlauf wie den Outcome von Geburten mit und ohne diese Art der Unterstützung.

Danach hatten Frauen mit kontinuierlicher Unterstützung während der Geburt ein geringeres Risiko einer regionalen Blockade der Schmerzempfindung, irgendeiner Betäubungsmaßnahme sowie einer Saugglocken-, Zangen- oder Kaiserschnitt-Geburt. Seltener waren auch Berichte über Unzufriedenheiten oder eine negative Bewertung der Geburtserfahrung. Eine spontane Geburt funktionierte bei den so unterstützten Frauen eher und besser als bei Frauen ohne kontinuierliche Unterstützung.

In Zahlen ausgedrückt sah dies so aus: Die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnitt-Entbindung sank um 26 Prozent, die einer Saugglocken- oder Zangen-Geburt um 41 Prozent, der Einsatz von Schmerzmedikamenten um 28 Prozent und das Auftreten von Unzufriedenheit und nachträglicher negativer Bewertung der Entbindung um 33 Prozent.

Allerdings war eine Geburt mit kontinuierlicher Unterstützung weder von kürzerer Dauer noch war die Wahrscheinlichkeit für einige eher negativen Begleitumstände einer Entbindung geringer. Dazu gehört z.B. das Risiko eines niedrigen 5-Minuten-Apgar-Wert, die Notwendigkeit einer sofortigen speziellen Pflege des Kindes oder nachgeburtliche Berichte über schwere schmerzhafte Wehen.

Die kontinuierliche Unterstützung hatte unter ganz bestimmten Umständen einen noch stärkeren statistisch hochsignifikanten positiven Einfluss auf das Schmerzgeschehen, die Spontaneität der Geburt und die Kaiserschnitt-Geburt. Diese Umstände sind das Fehlen anderer Unterstützung, die Nichterreichbarkeit routinemäßiger schmerzverhindernder Interventionen wie der Epidural-Anästhesie, die Nichtbeschäftigung der unterstützenden Person am Krankenhaus und die dadurch offensichtlich als gewährleistet wahrgenommene alleinige Verpflichtung gegenüber der werdenden Mutter oder der Beginn der Unterstützung vor dem Beginn der Wehentätigkeit.

Die Schlussfolgerungen der Reviewer für die praktische Versorgung lauten: "Die kontinuierliche Unterstützung während der Geburt sollte eher die Norm als eine Ausnahme sein. Allen Frauen sollte es erlaubt werden und sie sollten darin bestärkt werden, Unterstützungs Personen während der Geburt bei sich zu haben. Alles in Allem entsteht durch die kontinuierliche Unterstützung während der Geburt durch eine Pflegeperson der größte Nutzen, wenn diese Person nicht beim Krankenhaus beschäftigt ist, wenn die Epidural-Anästhesie nicht routinemäßig eingesetzt wird und wenn die Unterstützung im frühen Stadium der Wehen beginnt" (Hodnett et al. 2003, 9 - Übersetzung durch den Verfasser).

Eine ausdrückliche Warnung vor der Hoffnung, durch den Einsatz von beim Krankenhaus angestellten Schwestern oder Hebammen in der kontinuierlichen Unterstützung die dargestellten Vorteile für die werdende Mutter zu erreichen, verbinden Hodnett et al. mit weiteren Hinweisen aus den von ihnen ausgewerteten Studien: Schwangere sollten sich für die kontinuierliche Unterstützung dort, wo es sie gibt, an so genannte "Doulas"⁶³ wenden. Wenn es keine Doulas oder vergleichbare HelferInnen gibt, sollten sie versuchen, möglichst frühzeitig Familienmitglieder und Freunde (allerdings nicht zu nahe) zu motivieren, diese Unterstützungsrolle zu übernehmen (Hodnett et al. 2003, 10).

Nicht wenige der hier dargestellten Review-Ergebnisse werden durch die Ergebnisse einer der weltweit umfangreichsten Mütter-Befragungen bestätigt. In diesem 2002 in den USA durchgeführten "Listening to Mothers Survey" wurden die jungen Mütter gebeten, die Unterstützungsleistungen verschiedener Personen bzw. Berufe zu bewerten. Dazu wurden sie zunächst gefragt, von wem sie überhaupt während der Geburt Unterstützung erhalten haben. Bei 92 Prozent der befragten Mütter waren der Lebenspartner, bei 83 Prozent auch das Pflegepersonal, bei 53 Prozent der Arzt, bei 50 Prozent ein Familienmitglied oder

⁶³ Doula kommt vom griechischen Wort für "Diener/in der Frau" und ist die Bezeichnung einer hauptsächlich im angelsächsischen Bereich zahlreich existierenden Gruppe von Frauen, die für die körperliche, psychische und emotionale Unterstützung sowie Information von werdenden Müttern und ihren Partnern ausgebildet und erfahren sind. Sie stellen integrale und in den USA praktisch gleichrangige Partner der Ärzte, Krankenpflegekräfte und Hebammen im Entbindungsteam dar. Näheres findet sich z.B. auf der Website der "Doulas of North America (DONA)" www.dona.org und in vielen dort erhältlichen konzeptionellen Papiere und Forschungsstudien (z.B. "The Doula's Contribution to Modern Maternity Care" unter <http://www.dona.org/PDF/BDPositionPaper.pdf>)

Freund, bei nur noch 11 Prozent die Hebamme und sogar nur bei 5 Prozent eine Doula. Nur 1 Prozent gab an, von niemand unterstützt worden zu sein (Declercq et al. 2002, 15).

Auf gezielte Nachfrage nach der Qualität der erhaltenen Unterstützungsleistungen wurde die Tätigkeit der Doulas oder ähnlich ausgebildete Helfer von 75 Prozent der Mütter als "excellent" bewertet, die der Hebammen von 66 Prozent, die von Freunden oder Familienmitgliedern von 60 Prozent, die des Lebenspartners von 59 Prozent, die der Ärzte von 52 Prozent und die der normalen Pflegekräfte von 48 Prozent der Befragten (Declercq et al. 2002, 16).

Auch wenn viele Ergebnisse dieser Studie aufgrund zahlreicher kultureller und organisatorischer Unterschiede der Geburtshilfe in den USA und Deutschland überhaupt nicht oder nur in Teilen übertragbar sind, geben sie doch eine Reihe von Hinweisen darauf, wie die Unterstützungsstruktur in Deutschland verbessert werden könnte. Unabhängig von der Bedeutung und Übertragbarkeit von Detailergebnissen, ist natürlich zu fragen, warum es in Deutschland noch keine vergleichbare Studien gibt.

3.3.5 Qualitäts-Diskurs als Verdrängungswettbewerb: Das Beispiel der Qualität von Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern unter Verantwortung von Hebammen

Ein Teil der bereits etwas näher beleuchteten Arbeitsteilung und Konkurrenz zwischen den verschiedenen professionellen Akteuren in der Geburtshilfe findet im Bereich der Qualität statt. Zentrale Bedeutung haben die offen geschürten oder "einfach vorhandenen" Zweifel an wichtigen Qualitätsmerkmalen der nichtstationären Entbindungen und der Geburten unter alleiniger oder maßgeblicher Verantwortung von Hebammen. In diese Auseinandersetzung hat sich jüngst sogar das Bundessozialgericht mit einem Urteil eingemischt: Danach muss eine Krankenkasse Entbindungen, die in einem allein von Hebammen geleiteten Geburtshaus stattfinden, nicht mit demselben Betrag honorieren, den sie einem Krankenhaus dafür bezahlen muss. Das Geburtshaus sei "nicht gleichwertig" (BSG B 1 KR 34/04 R).

Hierbei handelt es sich weniger um kleinliche Konkurrenzkämpfe als um die Existenzberechtigung einer entmedikalisierenden, gering-technisierten und primär nichtärztlichen Form der Geburtshilfe. Daher hat die detaillierte Beschäftigung mit möglichen „handwerklichen“ Problemen dieser Art von Geburtshilfe eine über die aktuell geringe Quantität hinaus reichende prinzipielle Bedeutung.

Geht man in Deutschland nur ein Dreivierteljahrhundert zurück, stellt sich die Entwicklung bei den Geburtsformen bzw. -orten bis heute als eine epochale Hospitalisierung dar. 1933 fanden nämlich in Deutschland über 80 Prozent der für die damaligen Zeiten absolut wenigen 789.300 Geburten zu Hause statt. Das Gros der Entbindungen lag daher buchstäblich in den Händen der 24.500 Hebammen (Kerschbaumer 1999). An diesem Niveau änderte sich während der Zeit des Dritten Reiches nichts, was auch daran lag, dass diese Geburtsform und dazu der Einsatz von Hebammen in das ideologische Konzept des Nationalsozialismus passte. Ohne dies weiter ausführen zu wollen, ist sicherlich ein Teil des Hospitalisierungsprozesses nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland bzw. die massive Ab-

kehr von Hausgeburten unter dominantem Einsatz von Hebammen eine Art Abwendung von Versorgungsformen, die für primär nazistisch begründet und geprägt gehalten wurden. Dies würde auch einen Teil des extremen Ausschlags des Pendels bei der Wahl des Geburtsortes in die stationäre und ärztliche Richtung begründen helfen. Hinzu kommt sicherlich die in der gesamten gesundheitlichen Versorgung zu beobachtende Professionalisierung, Medikalisierung und damit auch Hospitalisierung von Pflege: So wie immer mehr Menschen selbst dann, wenn sie erklärtermaßen lieber zu Hause sterben würden, im Krankenhaus sterben, wurden auch immer mehr dort geboren.

Damit sind auch die mit der Entwicklung in Deutschland vergleichbaren Verlagerungsprozesse der Geburten ins Krankenhaus in anderen Ländern erklärbar: Mit Ausnahme in Holland waren die z.B. 1954 vor allem in Finnland (25 Prozent), Großbritannien (36 Prozent) und in Japan (83 Prozent) noch hohen Raten der Hausgeburten bis zu den 90er Jahren fast vollständig zu Gunsten der Entbindungen in Kliniken verschwunden (Declercq 2000).

Wie bereits angedeutet, fanden 2003 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2005) 98,7 Prozent aller Lebendgeburten in Kliniken statt. Dieser Anteil veränderte sich seit Jahren nicht mehr nennenswert.

Für den größten Teil (9.846 Geburten, darunter 20 Zwillingsgeburten) der außerhalb von Kliniken erfolgten Geburten gibt es zuletzt für das Jahr 2003 noch differenziertere Angaben über den Geburtsort. Danach waren 44,1 Prozent aller außerklinischen Geburten Hausgeburten, 43 Prozent fanden in Geburtshäusern⁶⁴ statt, 10,5 Prozent in anderen außerklinischen Institutionen und 2,5 Prozent in einer Arztpraxis (QUAG 2004, 7). 12,8 Prozent der außerklinisch begonnenen Geburten mussten letztlich in Kliniken beendet werden (QUAG 2004, 11).

Trotz der geringen und sich auch kaum mehr verändernden Häufigkeit außerklinischen Geburten gab es immer wieder Zweifel an ihrer Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität, die als Argument für eine geplante Geburt im Krankenhaus dienten und dienen. Daher ist die seit Jahren erfolgende systematische Dokumentation und Auswertung der Quantität und Qualität des außerklinischen Geburtsgeschehens von besonderem Interesse.

Der aktuellste Bericht ist der fünfte "Qualitätsbericht", der im Auftrag der "Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V (QUAG)" erstellt worden ist. Die QUAG wird von den beiden Hebammenverbände getragen und führt die Qualitätsanalysen in deren Auftrag durch.

Im genannten Bericht sind Daten von 81,4 Prozent aller außerklinischen Geburten im Jahr 2003 erfasst worden, was die Verfasser als "repräsentativ" bezeichnen.

⁶⁴ Bei den Geburtshäusern handelt es sich um einen relativ neuen Geburtsort. Das erste Geburtshaus entstand in Berlin im Jahre 1982. Mittlerweile gibt es mindestens 60 solcher Häuser in Deutschland, mit erheblicher konzeptioneller Vielfalt.

Die für die Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität wichtigsten Ergebnisse des Jahres 2003 lauten (alle Seitenangaben in Klammern beziehen sich auf QUAG 2004):

- An der Erhebung beteiligten sich 631 Einrichtungen, worunter 542 Hebammen, 66 Geburtshäuser, 22 andere außerklinische Institutionen und 1 Arztpraxis waren (7).
- Von den auswertbaren 9.806 Geburten erfolgten letztendlich 87,2 Prozent am außerklinischen Ort, 12,8 Prozent wurden verlegt und erfolgten in einer klinischen Einrichtung und 3 Kinder wurden im Transportgefäß geboren (11). Nur 427 Geburten oder 4,4 Prozent aller Geburten waren aber z.B. als Hausgeburt geplant und mussten als Krankenhausentbindungen abgeschlossen werden (39).
- Das häufigste für eine außerklinische Geburt genannte Motiv war die "vertraute Hebamme", die für 76,2 Prozent aller Frauen, die eine Hausgeburt wählten, der zentrale Motivationsfaktor war (19). Ein Drittel der Frauen, die 2003 außerklinisch entbanden, hatten auch bereits Erfahrung mit einer außerklinischen Entbindung.
- Der Anteil an Gebärenden im Alter zwischen 35 und 39 Jahren "hat weiterhin deutlich zugenommen" (23).
- Insgesamt wuchs die Gruppe der nach den Eintragungen im Mutterpass so genannten "Risikoschwangeren" auf rund 59 Prozent an. Dabei stieg vor allem der Anteil an anamnestischen Risiken (33). Es ist also keineswegs so, dass es sich bei den außerklinisch Gebärenden um eine im Sinne der Risikoklassifizierung des Mutterpasses extrem positiv selektierte Gruppe handelt.
- "10,8 Prozent aller Frauen hatten bereits Komplikationen in der Schwangerschaft. Weit mehr als die Hälfte von ihnen hatten auch Probleme bei der Geburt (7 Prozent aller Frauen)" (64).
- Bei 60 Prozent aller außerklinischen Geburten war eine weitere fachliche Hilfe gegeben (z.B. Ärztin/Arzt bei 7,2 Prozent der Geburten) (67).
- Der mit einer Reihe von Standardindikatoren (z.B. Morbidität, APGAR-Werte, kindliche Mortalität und Morbidität, Notwendigkeit der Verlegung in die Kinderklinik, Notwendigkeit von Reanimationsmaßnahmen und Geburtsreife) gemessene "fetal outcome", d.h. der Zustand des Neugeborenen, war zu 91 Prozent gut bis sehr gut und bei 4,1 Prozent aller Kinder befriedigend. 4,3 Prozent der Kinder waren krank oder erlitten Verletzungen und 0,2 Prozent starben (88).
- Wie schwierig und teilweise unzulässig Vergleiche mit in Kliniken Gebärenden und Geborenen auch sind (dies auch ausdrücklich aus Sicht der Verfasser der QUAG-Studie), so gibt es keinerlei Anzeichen für zusätzliche oder spezielle Geburtsrisiken von Frauen mit keinen oder geringen Schwangerschaftsrisiken, die in außerklinischen Institutionen gebären und den dort geborenen Kindern - im Gegenteil.
- Die Anforderung, eine entscheidende Voraussetzung für eine Hausgeburt müsse das Vorliegen einer "low risk Schwangerschaft" sein, verschafft ihr zwar eine Art "Start-

vorteil" (Rüb 2000). Trotzdem schließt dies bei den QUAG-Verantwortlichen nicht Überlegungen aus, warum der fetale Outcome nicht für alle Kinder weiter verbessert werden konnte. Die vermuteten Gründe, darunter die Zunahme des Anteils von Risiko-Schwangeren, deuten natürlich an, dass sich Ergebnis- wie die Prozessqualität (z.B. Anstieg der Verlegungen in Klinik wegen Komplikationen) sogar durchaus verschlechtern könnten.

Die für Deutschland insgesamt positive Qualitätssituation bei nichtklinischen Geburten wird durch internationale Ergebnisse unterstrichen:

In der Nationalfondsstudie „Hausgeburt versus Spitalgeburt“ (Schweizerischer Hebammenverband 1994), die Anfang der 90er Jahre in der Schweiz durchgeführt wurde, wurden die Sicherheit und die Ergebnisse der beiden Geburtsortmöglichkeiten miteinander verglichen. Dazu wurden zwei Gruppen von Schwangeren gebildet, die sich hinsichtlich ihres Alters, der Anzahl bisheriger Kinder, der sozialen Schicht, des Gesundheitszustandes und einiger weiterer Lebensumstände nicht unterscheiden. Als Ergebnis der Kontrolle zahlreicher Indikatoren für den Prozess und das Ergebnis der Geburtsvorgänge wie der Einstellung der Frauen zu Schwangerschaft und Geburt, Dammverletzungen und Eingriffen während des Geburtsvorgangs, des Neugeborenen-Gesundheitszustands etc, steht fest: „Die geplanten Hausgeburten beinhalten keine größeren Risiken für Mutter und Kind als die Geburt im Spital.“

Rüb (2000) referiert in einem Überblick zur Hausgeburtsdebatte in England mehrere dort in den letzten anderthalb Jahrzehnten veröffentlichten Quer- und Längsschnitts-Studien, die eine durchweg gute oder befriedigende Qualität der Hausgeburten nachwiesen, keine spezifische Risiken fanden und gelegentlich sogar von besseren Ergebnissen berichten als bei den Geburten in Krankenhäusern. Trotz dieser im Vergleich mit Deutschland hohen und jahrzehntelangen Transparenz lautete die Schlagzeile einer zu diesem Thema 1999 durchgeföhrten Ärztebefragung "Fifty per cent of Doctors Oppose Home Births".

3.4 Fazit

Trotz der Klassifizierung der Mehrheit der Schwangerschaften zu Risikoschwangerschaften und eines u.a. über zahlreiche diagnostische Routineprozeduren erzeugten Risikoklimas, gibt es eher Anzeichen dafür, dass sowohl die immer noch mehrheitlich innerhalb von Krankenhäusern stattfindenden Geburten aber auch die große Mehrheit der zu Hause oder in Geburtshäusern laufenden Geburten eher sicherer verlaufen als früher.

Trotz der vorangeschrittenen Professionalisierung der Hebammen gehört ihre Auswahl zur zentralen geburtsbegleitenden Person und Profession immer noch nicht zu den Selbstverständlichkeiten in der Schwangerschafts- und Geburtsplanung großer Teile der Schwangeren. Dies wird durch einen durch schlichten Mangel an Informationen über die Existenz und Rolle der Hebammen gefördert. Hinzu kommt aber eine parallel zur risikofixierten Kommunikation über Geburtshilfe verlaufende und durch sie geförderte Pathologisierung und damit fast automatisch Medizinierung des Geschehens. Schließlich ist die syste-

matisch seit Jahren als hoch evaluierte Versorgungsqualität in hebammengeleiteten Geburtseinrichtungen praktisch unbekannt.

Viel zu wenig wird in Deutschland außerdem in verständlicher Weise über den durch empirische Studien nachgewiesenen geringen Nutzen zahlreicher risikominimierenden Interventionen in Schwangerschaft und Geburt berichtet und kommuniziert. Dies gilt fast noch mehr für die ebenfalls evidenzbasierten Erkenntnisse über die unerwünschten Wirkungen mancher weit verbreiteter Interventionen auf die körperliche und psychische Gesundheit von Mutter und Kind.

Angesichts des bisher Gesagten wundert nicht, dass die nachgewiesenermaßen positiven Wirkungen nichtmedizinischer und nichtexpertlicher sozialer Arrangements und Unterstützungen in der Geburtshilfe kaum eine Rolle im Support-Repertoire von Schwangeren und Gebärenden spielen.

4 Leistungen der GEK für Schwangerschaft, Entbindung und junge Mutterschaft

Die Leistungen, die Schwangere und junge Mütter wie Väter während der Schwangerschaft, bei der Geburt und nach der Geburt als Versicherte in der GEK erhalten, umfassen zum einen alle gesetzlichen Pflichtleistungen. Es ist aber nicht ohne weiteres möglich, die Übersicht über diese Leistungen zu gewinnen und die häufig abstrakten Leistungsbeschreibungen in Gesetzen mit seiner individuellen Lebenslage zusammen zu bringen. Deshalb hat die GEK die Vermittlung dieser Leistungen in ihr Servicekonzept "Lebensphasenmodell. Individuelle Betreuung in jeder Lebensphase" eingefügt. Das Kernprinzip dieses Modells ist, Leistungen so individuell und bedarfsgerecht wie möglich anzubieten. Dies bedeutet, dass die betroffenen Versicherten gezielt und ohne eine individuelle Anforderung zum bekannten oder wahrscheinlichen Zeitpunkt des Beginns der Schwangerschaft, im Vorfeld der voraussichtlichen Geburt, nach der Entbindung und dann zu weiteren fixen Zeitpunkt in der Entwicklung des Kindes Informationen, Erinnerungen und allgemeine Hinweise erhalten.

So greift beispielsweise bei einer Schwangerschaft die erste Aktion des Projektes „Junge Familie“. Ziel ist es, neben den gesetzlichen Kernleistungen der GEK, welche die ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, Schwangerschaftsgymnastik und die kostenfreie Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln umfassen, ein umfangreiches Informationsangebot bereitzustellen. Dafür wurden die Broschüre „Wohlbefinden in der Schwangerschaft“, das Faltblatt „Die junge Familie“ und das Baby-Tagebuch entwickelt. Dem schließt sich nach der Geburt des Kindes ein besonderer Service der GEK an: Die GEK Elterninfos. Die GEK erinnert alle Eltern zuverlässig an die Vorsorgeuntersuchungen (U3 -U9), die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1), notwendige Impfungen und die zahnärztlichen Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen (FU1 -FU3). Mit dieser Aktion weist die GEK nicht nur auf die verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen für Babys und Kinder hin, sondern erklärt auch, welche Untersuchungen der Kinderarzt vornimmt und wie sich die Eltern auf

diese vorbereiten können. Darüber hinaus erhalten die Eltern mit den Elterninfos wichtige Tipps und Informationen rund um die jeweilige Lebensphase ihres Kindes, z.B. zur Kindergartenzeit, dem Schulbeginn und beim Wechsel von der Grundschule in die weiterführende Schule.

Im Internet bietet die GEK unter www.gek.de Rubrik "Junge Familie" weitere, auf den individuellen Lebensabschnitt des Kindes zugeschnittenen Informationen an, z.B. Tipps und Informationen rund um Ernährung und Gesundheit.

Selbstverständlich können und sollen alle Fragen, die sich aus der jeweiligen Lebenssituation oder aufgrund der schriftlichen Informationen ergeben, mit Mitarbeitern der GEK besprochen werden. Diese beantworten Fragen und vermitteln sachkundigen Rat.

Zu den gesetzlichen Leistungen gehören vor allem:

- Übernahme der gesamten Schwangerenvorsorge (Beratung, Vorsorgeuntersuchungen, Vorbereitung auf die Geburt) durch niedergelassene Ärzte oder Hebammen bzw. Entbindungspfleger
- Übernahme der Aufwendungen für eine stationäre Entbindung (ärztliche und Hebammenhilfe) oder eine ambulante Entbindung als Hausgeburt oder in Geburtshäusern unter Leitung von Hebammen
- Übernahme bestimmter vorgeburtlicher Diagnostik beim ungeborenen Kind
- kostenfreie Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
- Ausgabe und Bearbeitung des Antrags auf Mutterschaftsgeld
- Übernahme von täglichen Beratungs- und Hilfsleistungen von Hebammen während der ersten 10 Tage des "Wochenbetts" (z.B. Babypflege, Still-Hinweise, Unterstützung bei der Rückbildung der Gebärmutter)
- Übernahme dieser und weiterer Leistungen von Hebammen vom Zeitpunkt 10 Tage nach Entbindung bis zur achten Woche nach der Geburt oder sogar bis zum Ende der Stillzeit
- schriftliche Informationen über die Entwicklung von Kindern, Babymassage, Kinderernährung nach dem Ende des Stillens, gesunde Kinderschuhe etc.
- Übernahme der Aufwendungen für die Kinderuntersuchungen U1-9 und der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)
- Übernahme von häuslicher Pflege bis zu höchstens 28 Tagen unter bestimmten sachlichen Bedingungen⁶⁵

⁶⁵ "Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist." (§ 198 RVO)

- Übernahme von zuzahlungspflichtiger Haushaltshilfe unter bestimmten sachlichen Bedingungen⁶⁶

Darüber hinaus gibt es in den örtlichen Geschäfts- und Betreuungsstellen Übersichten zu regional vorhandenen privaten und öffentlichen Beratungs- und Betreuungsangeboten für Schwangere und junge Mütter wie Väter. In einigen Regionen sind dies z.B. die oft beim Öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelten so genannten Familien-Hebammen, die vor allem die Betreuung von Schwangeren aus sozial benachteiligten Familien- oder sonstigen sozialen Verhältnissen übernehmen.

"Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungs- pflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall (...) Der Anspruch (...) besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann." (§ 37 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 3 SGB V)

⁶⁶ "Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen der Schwangerschaft oder Entbin- dung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann." (§ 199 RVO)

"Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen (...) die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haus- haltshilfe das zwölfe Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (...) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt le- bende Person den Haushalt nicht weiterführen kann." (§ 38 Abs. 1 und 3 SGB V)

5 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Lebendgeborenen in Deutschland 1950-2003 und Entwicklung der Nettoreproduktionsrate in Westdeutschland 1950-1999	13
Abbildung 2: Durchschnittliches Alter bei der Geburt des ersten Kindes, Perioden-Geburtenrate (TFR), Kohorten-Geburtenrate (Cohort TFR) und um den Tempoeffekt bereinigte Geburtenrate (adjTFR) der 1945-65 geborenen Frauen in den Niederlanden 1972-2002 (Sobotka 2004, 169).....	17
Abbildung 3: Lebendgeborene erste Kinder von miteinander verheirateten Eltern nach dem Akter der Mutter in Deutschland (in % an allen ersten Geburten) 1991 bis 2003 (BMFSFJ 2005).....	20
Abbildung 4: Szenarien zur Geburtenentwicklung durch Beeinflussung des Tempoeffekts (aus: Bertram et al. 2005, 42).....	23
Abbildung 5: Künftige wirtschaftliche Entwicklung, Produktivität, Arbeitslosigkeit und Bevölkerungsentwicklung 2003-2050 (Reuter 2004).....	31
Abbildung 6: Bevölkerung, Erwerbsfähige und Erwerbstätige bei unterschiedlichen Erwerbsquoten 1950-2050	32
Abbildung 7: Nettoreproduktionsrate von deutschen und ausländischen Frauen in Deutschland 1991-1999.....	33
Abbildung 8: Materielle und immaterielle Vorbedingungen für Kinderwünsche.....	35
Abbildung 9: Durchschnittliche Kinderzahl westdeutscher Frauen zwischen 35 und 40 Jahren nach Bildungsabschluss 1991 bis 2001	40
Abbildung 10: Geburtenentwicklung nach Anzahl der Kinder in den Geburtsjahrgängen 1935 bis 1960	43
Abbildung 11: Anteil der kinderlosen Frauen der Geburtsjahrgänge 1901 bis 1960 im früheren Bundesgebiet.....	45
Abbildung 12: Kinderwunsch kinderloser Männer und Frauen nach Altersgruppen 2004 (Angaben in Prozent).....	46
Abbildung 13: Persönliche Idealgröße der Familie 2001 im internationalen Vergleich	49
Abbildung 14: Durchschnittsalter bei der ersten Eheschließung in Westdeutschland nach Geschlecht 1950 bis 2000	55
Abbildung 15: Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in Westdeutschland 1960 bis 2000	56
Abbildung 16: Durchschnittliches Alter der verheirateten Mütter in Gesamtdeutschland bei der Geburt des ersten bis fünften Kindes 1991-1998	57
Abbildung 17: Lebendgeborene je 1.000 Frauen in der alten BRD (bis 1990) und Gesamtdeutschland (1997) für ausgewählte Kalenderjahre (Müller 2002, 138) ..	58
Abbildung 18: Altersspezifische Geburtenziffern in West- und Ostdeutschland, 1960, 1980 und 2001	59

Abbildung 19: Verteilung der Wünsche von Männern und Frauen zum Verhältnis von Familie und Arbeit in Deutschland, Großbritannien und Spanien 1999/2002.....	65
Abbildung 20: Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern mit Kindern 2004.....	66
Abbildung 21: Beschäftigungsrate aller Mütter mit Kindern unter 6 Jahren im internationalen Vergleich 2001	67
Abbildung 22: Erwerbstätigkeitenquoten von Müttern mit Kindern unter 6 Jahren in Ehen und eheähnlichen Lebensgemeinschaften nach Qualifikationsstufen 1999.....	68
Abbildung 23: Abdeckungsgrad der Kinderbetreuungsangebote bis zum Grundschulalter im internationalen Vergleich 1995-2000	73
Abbildung 24: Öffentliche Ausgaben für Familienpolitik in Prozent des Bruttoinlandsprodukts in OECD-Ländern 1998	76
Abbildung 25: Anteil nichtehelicher Geburten im internationalen Vergleich 1999	78
Abbildung 26: Anteil der nichtehelich geborenen Kindern an allen Lebendgeborenen Deutschland 1955-2003	79
Abbildung 27: Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes bei normaler Entbindung im internationalen Vergleich 2002.....	90
Abbildung 28: Perinatal-Sterblichkeit je 1.000 Geburten 1959 bis 2003	93
Abbildung 29: Totgeborene und Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene 1946 bis 2003	93
Abbildung 30: Säuglingssterblichkeit in Deutschland je 1.000 Lebendgeborene im internationalen Vergleich 1960 bis 1999.....	94
Abbildung 31: Ursachen der Säuglingssterbefälle 2003	95
 Tabelle 1: Länderspezifische Geburtenraten mit (AdjTFR) und ohne (TFR) Berücksichtigung des "Tempo-Effekts" 1995-2000 (Sobotka 2004, 162)	18
Tabelle 2 : Evidenzlevels in der evidenzbasierten Medizin (EBM).....	108
Tabelle 3: Schwerpunkte für hohe oder sehr hohe Wahrscheinlichkeit bestimmter Risiken bei Kaiserschnitt- und vaginaler Entbindung (Maternity Center Association 2004, 2004a).....	122
 Übersicht 1: Ausgewählte nützliche oder vorteilhafte Arten von Behandlung/Betreuung	109
Übersicht 2: Ausgewählte Arten von Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich nützlich oder vorteilhaft sind	110
Übersicht 3: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung mit einem Gleichgewicht von vorteilhaften und nachteiligen Effekten	113
Übersicht 4: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung mit unbekannter Wirksamkeit	114
GEK-Edition	137

Übersicht 5: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich nicht nützlich oder vorteilhaft sind.....	115
Übersicht 6: Ausgewählte Formen der Behandlung/Betreuung, die wahrscheinlich unwirksam oder schädlich sind	118

6 Glossar

Altersspezifische Geburtenziffer: Lebendgeborene Kinder je 1.000 Frauen gleichen Alters. Fasst man die 30 altersspezifischen Geburtenziffern vom 15. bis 45. Lebensjahr zusammen, erhält man die → zusammengefasste Geburtenziffer.

Apgar-Index: Punktesystem zur Vitalitätsbeurteilung des Neugeborenen anhand bestimmter Befunde (z.B. Herzschlag, Muskeltonus, Hautfarbe) 1, 5 und 10 Minuten nach beendeter Geburt. Der von der Ärztin Virginia Apgar 1950er Jahren entwickelte und nach ihr benannte „Apgar-Score“ erfasst und dokumentiert fünf Vitalparameter: Herzfrequenz, Atmung, Hautfarbe, Reflexverhalten und Muskeltonus des Neugeborenen. Für jeden Teilbefund werden nach 1, 5 und 10 Minuten jeweils 0, 1 oder 2 Punkte vergeben. Ein lebensfrisches reifes Neugeborenes weist Apgar-Werte von 9-10 auf, Werte von 7-8 sind noch als normal zu werten, Werte von 4-6 zeigen eine mäßige und Werte von 0-3 eine schwere Depression des Neugeborenen an.

Bestandserhaltungsniveau: Ist die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau die erforderlich wäre, um den Bevölkerungsbestand bei den gegebenen Sterblichkeitsverhältnissen konstant zu halten. Für Europa gilt gegenwärtig ein grober Richtwert von 2,1 als Bestandserhaltungsniveau, d.h. gebären 1000 Frauen eines Geburtsjahrgangs während ihres Lebens weniger als 2100 Kinder, so gleicht langfristig die Zahl der Geburten die Zahl der Sterbefälle nicht mehr aus und die Bevölkerung schrumpft. Dies ist in Deutschland seit den 1970er Jahren der Fall.

Bruttoreproduktionsrate: Der Brutto- unterscheidet sich vom Nettowert dadurch, dass er die Frühsterblichkeit der gebärfähigen Frauen vor dem Ende ihrer Gebärfähigkeit nicht in die Berechnung einbezieht und dadurch einen wirklichkeitsferneren etwas höheren Wert anzeigt.

demografischer Übergang (Transition): ein stufenhafter historischer Prozess des Übergangs von hohen zu niedrigen Geburten- und Sterberaten und zu anderen Reproduktionsmustern

Ersatz der Elterngeneration (Bestanderhaltung): → Nettoreproduktionsrate

Fertilität: allgemeine Fruchtbarkeit, Kinderbekommen

Geburtenrate rohe: auch: Geburtenziffer. Die rohe bzw. allgemeine Geburtenrate gibt an, wie viele Lebendgeborene in einem Jahr auf 1000 Einwohner entfallen. Diese wird nicht

nur durch die Fruchtbarkeit, sondern auch durch die Altersstruktur in der Bevölkerung bestimmt. Altersspezifische Geburtenraten werden einzeln für die Altersjahre des gebärfähigen Zeitraumes bei Frauen (15 – 45 Jahre) berechnet. Beispiel: Anzahl der in einem Jahr von 30jährigen Frauen lebend geborene Kinder bezogen auf 1000 Frauen im Alter 30. In der Alltagssprache wird fälschlicherweise statt der Geburtenrate oft die → zusammengefasste Geburtsziffer angegeben.

Kinderlosigkeit/kinderlose Frauen: Die nahe liegende Annahme, die Anzahl der Kinder, die jede Frau geboren hat und damit z.B. die Anzahl der kinderlosen Frauen müsse bekannt und eine gesicherte Erkenntnis sein, muss eingeschränkt werden. Hierzu tragen zwei Erfassungsprobleme bei: Die amtliche Statistik zählt die Geburten „nach der Lebendgeborenenfolge nur für die bestehenden Ehen“ (BIB 2004, 25). Die von unverheirateten Frauen geborenen Kinder müssen geschätzt werden. Ein zweites Problem stellt die Wirklichkeitsnähe der die über den Mikrozensus gewonnenen Kinderanzahl pro Frau dar. Im Mikrozensus wird nach einer umfangreichen Vordiskussion über die wahrscheinlichen Effekte dieser Frageweise (siehe ...) nur nach der Anzahl der derzeitig im jeweiligen Haushalt lebenden Anzahl von Kindern gefragt. Damit können Kinder, die nicht bei ihrer Mutter leben, dort ausgezogen oder von der befragten Frau verschwiegen werden nicht zu ihrer Mutter zugeordnet werden. Damit kann die Kinderanzahl je Frau unterschätzt und die Kinderlosigkeit überschätzt werden.

Kohortenfertilität: Misst im Gegensatz zur → Periodenfertilität die Anzahl der tatsächlich geborenen Kinder pro Frau eines Geburtsjahrgangs (= Kohorte). Dieses Maß ist weniger großen Schwankungen unterworfen als die Periodenfertilität, kann jedoch erst rückwirkend bestimmt werden, wenn die reproduktive Phase eines Jahrgangs abgeschlossen ist.

Längsschnitt-/Kohorten-/Generationenanalyse: Ausgangspunkt ist eine tatsächliche Gruppe von Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum ein identisches Ereignis (z.B. Geburt, Scheidung) hatte oder nicht. Beispielsweise werden alle Frauen, die im Jahr 1960 geboren wurden daraufhin betrachtet, wie viele lebende Kinder sie im gebärfähigen Alter zwischen ihrem 15. und 45. Lebensjahr (also zwischen 1975 und 2005) zur Welt gebracht haben. Endgültige Aussagen über die Geburtenentwicklung dieser Untergruppe aller Frauen darf und kann man also erst nach Beendigung des Jahres 2005 aussagen.

Lebenserwartung: Die Lebenserwartung wird berechnet als die durchschnittliche Anzahl der Jahre, die Neugeborene leben würden, wenn die für ein bestimmtes Kalenderjahr beobachtete altersspezifische Sterblichkeit unverändert bleiben würde. Die Lebenserwartung ist deshalb keine Prognose für einen bestimmten Geburtsjahrgang, sondern beschreibt vielmehr die Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres (Max-Planck-Institut für demografische Forschung 2004).

neonatale Mortalität/Sterblichkeit: Säuglingssterblichkeit bis zum 28. Tag (inkl. Totgeburt)

Nettorproduktionsrate: Die Reproduktionsraten geben unter Berücksichtigung der Geburten- und Sterbehäufigkeit oder –wahrscheinlichkeiten von Frauen und weiblichen Kin-

dern an, ob das Niveau des Geburtengeschehens ausreicht, damit die Elterngeneration sich durch die Geburt von Kindern ersetzt wird. Um dies zu ermitteln, wird die Nettoreproduktionsrate oder -ziffer berechnet. Dabei werden sowohl die Geburten- als auch die Sterbehäufigkeit einbezogen. Ausgegangen wird wie bei einer Sterbetafel von 100.000 Frauen. Anhand der altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten wird ermittelt, wie viele dieser Frauen bis zum Ende des gebärfähigen Alters (45. Lebensjahr) überleben. Mit Hilfe der altersspezifischen Geburtenziffern berechnet man dann, wie viele Mädchengeburten es gegeben hätte. Sind von den 100.000 Frauen im Laufe ihres Lebens wiederum 100.000 Mädchen zur Welt gebracht worden, beträgt die Nettoreproduktionsziffer 1. Es hat ein einfacher Ersatz der Elterngeneration stattgefunden. Übersteigt diese Ziffer den Wert 1, ist die Kindergeneration größer als die der Eltern. Ist sie kleiner als 1 ist die Kindergeneration kleiner als die der Eltern.

Da in die Berechnung auch die Sterblichkeit einfließt, ändert sich im Verlauf der Zeit die Anzahl der Kinder je Frau, die für diesen einfachen Ersatz nötig sind. Waren es im Geburtsjahrgang 1865 vor allem aufgrund der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit im Durchschnitt noch 3,49 Geburten je Frau, so sind es heute nur noch 1,04 Geburten von Mädchen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2004). Dieser Indikator unterscheidet sich von der → zusammengefassten Geburtenziffer dadurch, dass er nur die lebendgeborenen Mädchen einer Frau in die Betrachtung einbezieht.

perinatale Mortalität/Sterblichkeit: Sterblichkeit bis zum 7. Tag (inkl. Totgeborene) je 1.000 Lebend- und Totgeborene

Periodenanalyse: Diese Analyseweise arbeitet mit jeweils aktuellen Querschnittsdaten. Es wird also beispielsweise untersucht, wie viele lebende Kinder im Jahre 2005 in Deutschland geboren wurden und wie diese Zahl in den vergangenen 10 Jahren aussah. Dem Vorteil der Aktualität steht der Nachteil gegenüber, dass das Ergebnis von speziellen Periodeneinflüssen geprägt ist, d.h. sich z.B. eine Periode=ein Jahr später ändern kann. Einer der vermutlich wichtigsten und folgenreichsten Periodeneinflüsse ist die Verschiebung der Geburt des ersten Kindes in die Richtung des Endes der Gebärfähigkeit. Hier kann über viele Jahre der Eindruck entstehen, es würden immer weniger Kinder geboren. Dieser Eindruck wird erst dann korrigiert, wenn eine nennenswerte Anzahl von Frauen älter als 35 oder 40 Jahre ist und dann erst ihr erstes Kind bekommt. Diese Art der Fehl wahrnehmung vermeidet man mit der → Längsschnitt oder Kohortenanalyse. Langfristig nähern sich allerdings die Werte beider Analysen an.

Periodenfertilität: → zusammengefasste Geburtsziffer

postneonatale Mortalität/Sterblichkeit: Säuglingssterblichkeit vom 29. Lebenstag bis zum Ende des 1. Lebensjahres

postpartal: nach der Geburt

Rohe Geburtenziffer: Lebendgeborene Kinder je 1.000 Einwohner. Das Problem dieses Indikators ist der Bezug zur gesamten Bevölkerung. Da damit auch Kinder und Rentner in den Nenner der Berechnung eingehen, hängt die Höhe des Indikators stark von der Alters-

struktur einer Bevölkerung ab. Unterschiede in internationalen Vergleichen mit diesem Indikator hängen also nicht nur vom tatsächlichen Geburtengeschehen ab, sondern auch von der jeweiligen nationalen Altersstruktur. → Altersspezifische Geburtenziffern versuchen dieses Problem zu vermeiden.

Säuglingssterblichkeit: Sterblichkeit vom 1. Lebenstag bis zum Ende des 1. Lebensjahres je 1.000 Lebendgeborene

subpartal: während der Geburt

Tempo-/Timing-Effekt: Vorziehen oder Nachholen von Ereignissen im individuellen Lebensverlauf. Zu diesen Ereignissen zählen die Erstheirat oder die Geburt des ersten Kindes. Durch eine Vielzahl von sozialen und kulturellen Einflüssen treten die genannten Ereignisse in unterschiedlichen Jahren zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf. Alle auf einer Periodenanalyse beruhenden Indikatoren unter- oder überschätzen damit das tatsächliche Heirats- oder Geburtsgeschehen systematisch.

Um das reproduktive Potenzial einer Gesellschaft angemessen ermitteln zu können, ist allerdings bei der zusammengefassten Geburtenziffer die Tatsache hinderlich, dass in ihm männliche und weibliche Kinder zusammengefasst sind. Will man mehr Klarheit über die reproduktive Zukunft erhalten, muss man sich an der → Netto- oder Bruttoreproduktionsrate bzw. -ziffer orientieren, die nur geborene weibliche Kinder berücksichtigt.

Zusammengefasste Geburtenziffer (auch „total fertility rate“, Gesamtfertilitätsrate oder Periodenfertilität): Geburten je 1.000 gebärfähiger Frau im Alter zwischen 15 und 45 Jahren in einem ausgewählten Jahr oder durchschnittliche Kinderanzahl je gebärfähiger Frau. In diese Ziffer geht also das im gewählten Jahr erfolgte Geburtengeschehen junger und alter Frauen ein. Es handelt sich nicht um eine Aussage über das Geburtengeschehen eines Frauen- oder Mütter-Jahrgangs. Aber auch diese Kennziffer hat eine zentrale inhaltliche Aussageschwäche: „Angegeben wird, wie viele Kinder geboren würden, wenn die Geburtenneigung des jeweiligen Kalenderjahres über das gesamte gebärfähige Alter von 1000 Frauen konstant bliebe. Versucht man, der zusammengefassten Geburtenziffer eine inhaltliche Bedeutung zu geben, dann könnte man es folgendermaßen ausdrücken: Würden 1000 Frauen im Jahr 2001, also in nur einem Kalenderjahr, den Altersabschnitt zwischen 15 und 45 Jahren durchleben, dann hätten sie 1349 Kinder zur Welt gebracht“ (BIB 2004, 89).

7 Literaturverzeichnis

Alle Internetadressen waren zuletzt am 5.2. 2006 erreichbar. Spätere Änderungen sind nicht auszuschließen.

Bäcker, G.; Bispinck, R.; Hofemann, K.; Naegele, G. (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 2 Bände. 3. völlig überarbeitete Auflage. Opladen.

Beblo, M.; Wolf, E. (2002): Die Folgekosten von Erwerbsunterbrechungen. In: Vier-telsjahrhefte zur Wirtschaftsforschung 71, 1: 83-94.

Beckmann, P. (2003): EU-Beschäftigungsquote. Auch richtige Zahlen können in die Irre führen. IAB-Kurzbericht 11.

Benedetti, Th. (1999): Birth Injury and Method of Delivery. In: New England Journal of Medicine, Volume 341, Nr. 23, 1758-1759.

Berg, M.; Timmermanns, St. (2003): The Gold Standard. The challenge of Evidence-based-Medicine and Standardization in Health Care. Temple University Press.

Berlin Institut (Hrsg.) (2006): Newsletter DEMOS, 18. Ausgabe vom 6.3.2006. Berlin.

Berth, F. (2005): Die demografischen Märchen. Eine neue Gebärstreikdebatte in Deutschland. In: Süddeutsche Zeitung vom 8.11.2005.

Bertram, H. (2004): Familien brauchen Zeit. Zusammenfassung. www.familienheute.de.

Bertram, H.; Rösler, W.; Ehlert, N. (2005): Nachhaltige Familienpolitik. Zukunftssicherung durch einen Dreiklang von Zeitpolitik, finanzieller Transferpolitik und Infrastrukturpolitik. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/gutachten-bertram.pdf>.

Billari, F. (2005): The transition to parenthood in European societies. Referat und Materialien zur European Population Conference 2005. Demographic Challenges for Social Cohesion in Strasbourg.

http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Population/EPC_2005_S1.2Prozent20BillariProzent20report.pdf.

- Birg, H. (2001): Die demographische Zeitenwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München.
- Bittman, M. (2004). Parenting and Employment: What Time-Use Surveys Show. In: N. Folbre, & M. Bittman. The social organisation of care. London/New York.
- Blossfeld, H.-P. (2005): Frauen müssten nach unten heiraten. Interview in Die Tageszeitung (TAZ) vom 26.1.2005.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2003): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, Bonn.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2004): Elternschaft und Ausbildung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2005): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, München.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2005): Monitor Familiendemographie, Heft 1 "Deutschland: Kinderlos trotz Kinderwunsch? Berlin.
- BMFSFJ, IW (Institut der deutschen Wirtschaft); BDI (Bundesverband der Deutschen Industrie e. V.) (Hrsg.) (2004): Bevölkerungsorientierte Familienpolitik – ein Wachstumsfaktor. Berlin.
- Bomsdorf, E. (2005): Perspektive für eine nachhaltige Familienpolitik. Ergebnisse eines Gutachtens. Berlin.
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Bomsdorf-Gutachten-Projekt_201_2C7.property=pdf.pdf
- Bongaarts, J. (1998): Fertility and Reproductive Preferences in Post-Transitional Societies. Paper prepared for the Conference on Global Fertility Transition, Bellagio, Italy.
<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/114.pdf>.
- Bongaarts, J. (2002): The End of the Fertility Transition in the Developed World. In: Population and Development Review 28 (3): 419-443.
- Borchardt, A.; Stöbel-Richter, Y. (2004): Die Genese des Kinderwunsches bei Paaren – eine qualitative Studie. Wiesbaden.

Brossé-Verbiest, St.; Wagner, N. (2003): Familienpolitik in Frankreich. In: Konrad Adenauer Stiftung-AI, Heft 7: 54-75.

Büchel, F.; Spieß, K. (2002): Kindertageseinrichtungen und Mütterwerbstätigkeit - Neue Ergebnisse zu einem bekannten Zusammenhang. In: Viertelsjahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 1: 95-113.

Bund Deutscher Hebammen (2003): Stellungnahme des Bund Deutscher Hebammen zum sogenannten „Wunschkaiserschnitt“, o.O..

Bund Deutscher Hebammen; Österreiches Hebamengremium; Schweizerischer Hebamenvverband (Hrsg.) (2002): Maternal and newborn health / safe motherhood unit Family and reproductive health (1996): Care in normal birth: a practical guide. in deutscher Übersetzung: Sichere Mutterschaft. Betreuung der normalen Geburt. Ein praktischer Leitfaden.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2004): Bevölkerung. FAKTEN - TRENDS - URSACHEN. Sonderheft der Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung; Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit (2000): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000. Bonn.

Bundesregierung (2005): Nationaler Aktionsplan "Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 - 2010". Berlin.

Coleman, D. (2004): Im Angesicht des 21. Jahrhunderts: Neue Entwicklungen und alte Probleme. In: profamilia Magazin Heft 1: 23-24.

Coleman, D. (2004a): Facing the 21st Century. New developments, continuing problems. Keynote address on Population and Development in Europe during the last decade: an academic's overview. European Population Forum 12 – 14 January 2004 (erhältlich beim profamilia-Bundesverband).

Declercq, E. (2000): Trends in der Geburtshilfe. In: Österreichische Hebammenzeitschrift Heft 3.

Declercq, E.; Sakala, C.; Corry, M.; Applebaum, S.; Risher, P. (2002): Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York. <http://www.maternitywise.org/pdfs/LtMreport.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2004): Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe.
<http://www.dggg.de/leitlinien/pdf/4-5-gesamt.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2004a): Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der so-nameden Sectio auf Wunsch. Stand Mai 2004.
<http://www.dggg.de/leitlinien/pdf/4-5-gesamt.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin (2004): Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt - AWMF Online - Leitlinie Gynäkologie (Schneider, KTM; Butterwegge, M. u.a.). <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/015-036.htm>.

Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik.“ Drucksache 14/8800. Berlin.
<http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>.

DJI (Deutsches Jugendinstitut) (o. J.): Die wichtigsten Ergebnisse der ersten Welle des DJI-Familiensurveys.
<http://cgi.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=41&Jump1=RECHTS&Jump2=10#Ehe>.

Dorbritz, J. (2001): Familienbildungsverläufe der Generationen. 1950 und 1965 im Vergleich. In: BiB-Mitteilungen Heft 1: 10-14.

Dorbritz, J. (2004): Geburtenentwicklung in Deutschland. „Nur Tempoeffekte, aber kein Babyboom“. In: BIB-Mitteilungen Nr. 2: 10-14.

Dorbritz, J.; Lengerer, A.; Ruckdeschel, K. (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland. Sonderheft der Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden.

Dorbritz, J.; Schwarz, K. (1996): Kinderlosigkeit in Deutschland - ein Massenphänomen? Analysen zu Erscheinungsformen und Ursachen, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 21, H.3, S.231-261.

Ebert, Th. (2003): Beutet der Sozialstaat die Familien aus? Darstellung und Kritik einer politisch einflussreichen Ideologie. In: Butterwegge, Chr.; Klundt, M (Hrsg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Opladen: 99-114.

Engstler, H. (1999): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographischen Entwicklung in Deutschland, 5. Auflage, Filderstadt.

Engstler, H.; Menning, S. (2004): Families in Germany. Facts and Figures. Berlin.

Enkin, M.; Keirse, M.; Neilson, J.; Crowther, C.; Duley, L.; Hodnett, E.; Hofmeyr, J. (2000): A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3rd Edition. Oxford University Press.

Faridi, A.; Willis, S.; Schumpelick, V.; Rath, W. (2002): Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 1-2: A42-A48.

Fiscella, K. (1995): Does Prenatal Care Improve Birth Outcomes? A Critical Review. In: Obstet & Gynecol 1995; 85: 468-79.

Fix, B. (2004): Familienpolitik im internationalen Vergleich: von Europa lernen. Das Online-Familienhandbuch.

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Familienpolitik/s_877.htm

Gaschke, S. (2003): Wo sind die Kinder? In: DIE ZEIT vom 14.8.2003.

Gausmann, P.; Petry, F.M. (2004): Risikomanagement im Krankenhaus aus Sicht der Versicherer. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Qual. Gesundheitswesen 98: 587-591.

Gebhardt, M. (2005): Falsch erzogen. In: Die Zeit, 29 vom 14.7.2005.

Geraedts, M.; Neumann, M. (2003): Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe. Im Auftrag der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Düsseldorf.
http://www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf

Goldstein, J., Lutz, W.; Scherbov, S. (2003): Long-Term Population Decline in Europe: The Relative Importance of Tempo Effects and Generational Length. Population and Development Review 29 (4), 699-707.

- Goldstein, J.; Lutz, W.; Testa M. (2003): The Decline of Family Size Preferences in Europe: Towards Sub-Replacement Levels? o. O.
http://www.oif.ac.at/aktuell/paper_testa_family_size.pdf.
- Goldstein, J.; Lutz, W.; Testa, M. (2003): The emergence of sub-replacement family size ideals in Europe. Vienna Institute of Demography, Vienna.
- Grin, W. (2004): Kaiserschnitt - Wunsch oder Notwendigkeit: Eine Analyse. Wien.
- Grünheid, E. (2002): Deutschlands Bevölkerung in der Zukunft. In: Sozialwissenschaftliche Information, Schwerpunkt „Bevölkerung – Grenzen der Politik?“, Heft 2:56-67.
- Grünheid, E. (2003). Junge Frauen in Deutschland – Hohe Ausbildung contra Kinder? BIB-Mitteilungen, 24(1), 9–15.
- HebGV (2004): Hebammenhilfe-Gebührenverordnung. 4. Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 21. Juli 2004.
http://www.bdh.de/mitserv/Gebuehrenverordnung/BdH_HebGV.pdf.
- Heller, G. (2005): Gibt es einen Volume-Outcome-Zusammenhang bei der Versorgung von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in Deutschland? Eine Analyse mit Routinedaten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO). Bonn.
- Heller, G.; Schnell, R.; Misselwitz, B.; Schmidt, S. (2003): Warum ist die Sterblichkeit von nachts geborenen Kindern erhöht? In: Z. Geburtshilfe und Neonatologie, 207: 137-142.
- Heller, G.; Schnell, R.; Richardson, DK.; Misselwitz, B.; Schmidt, S. (2003): Hat die Größe der Geburtsklinik Einfluss auf das neonatale Überleben? Schätzung von "vermeidbaren" Todesfällen in Hessen 1990-2000. Dtsch Med Wochenschr; 128: 657-662.
- Henry-Huthmacher, Chr. (2002): Vereinbarkeitspolitik in Europa. In: Die Politische Meinung (hrsg. von der Konrad Adenauer Stiftung); Nr. 394: 31-36.
- Heß-Meining, U.; Tölke, A. (2005): Familien- und Lebensformen von Frauen und Männern. In: BMFSFJ (Hrsg.): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, München. (Online-Publikation: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01/>

[Redaktion/PDF-Anlagen/kapitel-vier.property=pdf,bereich=genderreport,rwb=true.pdf](#)

Hodnett, ED.; Gates, S.; Hofmeyr, GJ.; Sakala, C. (2003): Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford. http://www.maternitywise.org/pdfs/continuous_support.pdf oder www.thecochanelibrary.com.

Hoem, J. (2005): Why does Sweden have such high fertility? In: Demographic Research, 13: 559-572. (<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol13/22/>)

Hullen, G. (2003): Tempo und Quantum der Reproduktion. In: Bien, W.; Marbach, J (Hrsg.): Partnerschaft und Familiengründung (2003). Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey. Aus der Reihe: DJI - Familien-Survey, Band 11. Wiesbaden.

Impey, L.; Reynolds, M.; MacQuillan, K.; Gates, S.; Murphy, J.; Sheil, O. (2003): Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. In: The Lancet, 361: 465-470.

Institut für Demoskopie Allensbach (2004): Einflussfaktoren auf die Geburtenrate. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der 18- bis 44-jährigen Bevölkerung. Allensbach.

Institut für Demoskopie Allensbach (2005): Das subjektive Zeitfenster für die Elternschaft. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/subjektives-zeitfenster-elternschaft.property=pdf.pdf>

Junkernheinrich, H.; G. Micosatt (o.J.): Kommunalfinanzen und Wirtschaftsentwicklung in der Region Ruhr. (http://www.rvr-online.de/medien/dr/dateien/Kommunalfinanzen_und_Wirtschaftsentwicklung_im_Ruhrgebiet.pdf).

Kaufmann, F.X. (2005): Schrumpfende Gesellschaft. Vom Bevölkerungsrückgang und seinen Folgen. Frankfurt/Main.

Kerschbaumer, A. (1999): Hebammen und Nationalsozialismus. In: Österreichische Hebammenzeitschrift, Heft 2.

Kopp, J. (2002): Geburtenentwicklung und Fertilitätsverhalten. Konstanz.

Kramer, M.S.; Seguin, L.; Lydon, J. et al. (2000): Socio-economic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor behave so poorly? In: Pediatric and Perinatal Epidemiology. 14: 194-210.

Kreyenfeld, M. (2004): Politikdiskussion fehlt verlässliche statistische Grundlage. In: Max-Planck-Institut für Demographische Forschung (Hrsg.): Demografische Forschung, 1, 3: 4.

Kröhner, St.; van Olst, N.; Klingholz, R. (2006): Emanzipation oder Kindergeld? Wie sich die unterschiedlichen Kinderzahlen in den Ländern Europas erklären. Berlin.

Krönert, St.; Medicus, F.; Klingholz, R. (2006): Die demografische Lage der Nation. Wie zukunfts-fähig sind Deutschlands Regionen. Kurzfassung (Langfassung erscheint im März 2006 im Deutschen Taschenbuchverlag). (http://www.berlin-institut.org/berlin-institut_studie_2006.pdf).

Le Bras, H. (2001): Interview in: DIE ZEIT Nr. 20, 2001.

Lesthaeghe, R.; Moors, G. (o. J.): Jüngste Trends in Fertilität und Haushaltsgründung in der industrialisierten Welt.

<http://www.ned.univie.ac.at/CMS/Brochueren/Flandern/Trends/>.

Li, T.; Rhoads, G.; Smulian, J. et al. (2003): Physician Cesarean Delivery Rates and Risk-Adjusted Perinatal Outcomes. In: Obstetrics & Gynecology; 101: 1204-1212.

Lutz, W. (Ed.) (2003): Addressing the Challenges of Europe's New Demography. In: Popnet (Population Network Newsletter), No. 35.

Lutz, W.; Milewski, N. (2004): Als ideal angesehene Kinderzahl sinkt unter zwei. Wandel der Normen in Österreich und Deutschland. In: Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.): Demografische Forschung aus erster Hand. Jg. 1, Nr. 2, 1-2.

Lutz, W.; Skirbekk, V. (2003): How Would „Tempo Policies“ Work? Exploring the Effect of School Reforms on Period Fertility in Europe. Wien.
http://www.oewa.ac.at/vid/publications/edrp_2_04.pdf.

Lutz, W.; Skirbekk, V. (2004): Kürzere Ausbildungszeiten können Geburtenrate anheben. In: Demografische Forschung; Rostock; 1; 4: 1.

- Lydon-Rochelle, M.; Holt, V.; Martin, D.; Easterling, Th. (2000): Association Between Method of Delivery and Maternal Rehospitalization. In: JAMA 283:2411-2416.
- Maternity Center Association (Eds.) (2004): What every pregnant women needs to know about cesarean section, New York, www.maternitywise.org/cesareanbooklet/.
- Maternity Center Association (Eds.) (2004a): Comparing risks of cesarean and vaginal birth to mothers, babies and future reproductive capacity: a systematic review, New York, http://www.maternitywise.org/mw/topics/cesarean/evidence_body.html.
- Miegel, M. (2002): Die deformierte Gesellschaft. München.
- Minois, G. (1998): Geschichte der Zukunft. Orakel, Prophezeiungen, Utopien, Prognosen. Düsseldorf/Zürich.
- Mönninger, M. (2003): Allons, les enfants. In: DIE Zeit Nr. 36.
- Müller, R. (2002): Wandel der Rolle der Frau und Auflösung der Institution Ehe. Eine Analyse der Heiratsrate, der Scheidungsrate und der Entwicklung nichtehelicher Lebensgemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung der ökonomischen Chancen, der gesellschaftlichen Normen und der Erfahrungen in Partnerschaft und Familie. Dissertationsschrift zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.). Universität Bremen. Bremen.
- Myers, SA.; Gleicher, N. (1988): A successful program to lower caesarean-section rates. In: New England Journal of Medicine, Volume 319, Nr. 23, 1511-1516.
- Neil Marlow, D.M.; D.Wolke; M. A. Bracewell; M. Samara (2005): Neurologic and Developmental Disability at six years of Age after extremely preterm birth. In: New England Journal of Medicine, 352, 9-19.
- Neyer, G. (2004): Familienpolitik in den nordischen Ländern. In: Demografische Forschung; Rostock; 1; 4: 3.
- o. Verf. (2003): "Partnerschaft und Familiengründung" Die Hauptresultate des ersten Ergebnisbandes des Familiensurvey III.
http://www.dji.de/2_familiensurvey/famsurv_welle3/Zusammenfassung_6-2003.pdf.

- o. Verf. (2004): Schwerpunkt-Thema: Beobachtung des Kindes unter der Geburt. In: Österreichische Hebammenzeitschrift. Heft 4.
- Oeter, F. (1983): Die Zerstörung des deutschen Volkes durch das System der sozialen Rentenversicherung. In: Hessisches Ärzteblatt Nr. 10, 782-784.
- Provost, V.; Cools, F.; Mortier, F.; Bilsen, J.; Ramet, J.; Vandenplas, Y.; Deliens, L. (2005): Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders. In: Lancet; April, 365: 1315-20.
- QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.) (Auftraggeber) (2003): Qualitätsbericht 2002. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Freige richt.
- QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.) (Auftraggeber) (2004): Qualitätsbericht 2003. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Freige richt.
- Reime, B. (2004): Hat sich das CTG bewährt? In: Österreichische Hebammenzeitschrift. Heft 4.
- Reuter, N. (2004): Demographische Entwicklung contra Sozialstaat? In: Intervention Nr. 2, 2004, 23-32.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2005): Starke Familie. Bericht der Kommission "Familie und demografischer Wandel". Stuttgart (www.bosch-stiftung.de/download/starke_familie.pdf).
- Rüb, D. (1999): Die Kaiserschnittepidemie in England. In: Österreichische Hebammenzeitschrift, Heft 4.
- Rüb, D. (2000): Die Hausgeburtsdebatte in England. In. Österreichische Hebammenzeit schrift, Heft 3.
- Rürup, B.; Gruescu, S. (2003): Nachhaltige Familienpolitik im Interesse einer aktiven Bevölkerungsentwicklung. Gutachten im Auftrag des BMFSFJ. Berlin. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/broschuere-nachhaltige-familienpolitik-r_C3_BCrup.property=pdf.pdf.

Sachs, B.; Kobelin, C.; Castro, M.; Frigoletto, F. (1999): The Risks of Lowering the Cesarean-Delivery Rate. In: New England Journal of Medicine, Volume 340, Nr. 23, 54-57.

Sächsische Perinatal- und Neonatalerhebung (2002): 10 Jahre perinatologische und neonatologische Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen In: Ärzteblatt Sachsen, Heft 12: 1- 24.

Sackett, D.; Straus, Sh.; Richardson, W. (2000): Evidence Based Medicine. How to practice and teach EBM. New York/Edinburgh.

Saroj, S.; B. Stoskopf; D. Streiner; M. Boyle; J. Pinelli; N. Paneth; J. Goddeeris (2006): Transition of Extremely Low Birth Weight Infants From Adolescence to Young Adulthood. Comparison with normal birth weight controls. In: JAMA; 295: 667-675.

Sayn-Wittgenstein, F. zu; Kehrbach, A. (2004): Der „Hebammenkreißsaal“: Ein neues Betreuungskonzept für eine frauen- und familienfreundliche Geburtshilfe. Die Schwester/ Der Pfleger, 43 (12), 932 - 934

Scharein, M.; Unger, R. (2005): Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen? Die Aussagekraft empirischer Daten zur Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen. In: BiB-Mitteilungen 2, 6-13.

Schlömer, G.; Groß, M.; Meyer, G. (2003): Effektivität der liberalen vs. der restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 153, Issue 11-12: 269.

Schmitt, Chr. (2004): Kinderlose Männer in Deutschland - eine sozialstrukturelle Bestimmung auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP). DIW-Materialien Nr. 34, Berlin.

http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/materialien/docs/papers/diw_rn_04-01-34.pdf.

Schneider, E. (2004): Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt/Main.

Schücking, B. (1999): Kaiserschnitt auf Wunsch - Gesundheitswissenschaftliche und frauenspezifische Aspekte der elektiven Sectio. In: Österreichische Hebammenzeitschrift, Heft 5.

- Schwarz, C.; Schücking, B. (2004): Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: Dr. med. Mabuse Nr. 148, März/April 2004, S. 22-25.
- Schwarz, K. (2002): Kinderzahl der Frauen in den alten und neuen Bundesländern im Jahr 2000. In: BiB-Mitteilungen, Heft 1: 8-15.
- Schwarz, K. (2005): Familienbildung gestern und heute und die Fertilitätskrise. In: BiB-Mitteilungen, Heft 4: 7-11.
- Sobotka, T. (2004a): Postponement of childbearing and low fertility in Europe. Doctoral thesis, University of Groningen. Amsterdam.
- Sobotka, T. (2004b): Is lowest-low fertility in Europe explained by the postponement of childbearing? Population and Development Review 30; 2: 195- 220.
- Sobotka, T. (2005): Kinder nur aufgeschoben oder ganz aufgehoben? In: Demografische Forschung; Rostock; 2; 1: 3
- Sonntag, J. (2002): Mortality in low birth weight infants. according to level of neonatal care at hospital of birth. In: Pediatrics 109:745-751. Folienpräsentation der Ergebnisse unter: [http://www.zq-aekn.de/web_aekn/zqhome.nsf/ContentView/BD3CBADD0CFC8393C1256FDB002BBDAE/\\$File/Mindestmengen_Sonntag.pdf](http://www.zq-aekn.de/web_aekn/zqhome.nsf/ContentView/BD3CBADD0CFC8393C1256FDB002BBDAE/$File/Mindestmengen_Sonntag.pdf).
- Spieß, C.; Wrohlich, K. (2005): Wie viele Kinderbetreuungsplätze fehlen in Deutschland?: Neue Bedarfsermittlung für Kinder unter drei Jahren auf der Basis von Mikrodaten. In: DIW-Wochenbericht: 223-227.
- Statistisches Bundesamt (1996): Erste Ergebnisse der Schwangerschaftsabbruchstatistik nach der gesetzlichen Neuregelung der Statistik ab Januar 1996. Mitteilung für die Presse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2004a): Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2004b): Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1996 bis 2003 (Strukturdaten). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005a): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschl. Sterbe und Stundenfälle). Diagnosesstatistik 2000 bis 2002. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2005b): Gesundheitswesen. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Heft 4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2005c): Jede vierte Krankenhausentbindung durch Kaiserschnitt. Pressemitteilung 24.3. 2005. www.gbe-bund.de.

Statistisches Bundesamt (2005d): Leben und Arbeiten in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2004. Wiesbaden.

www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2005/mikrozensus2004b.htm.

Statistisches Bundesamt (2006): Geburtenentwicklung in Deutschland im langfristigen Vergleich. Presseerklärung vom 17. März 2006. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004c): Datenreport 2004 (in Zusammenarbeit mit WZB und ZUMA). Bonn.

Thacker, S.B.; Stroup, D.; Chang, M. (2004): Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library issue 4, 2004.

Thacker, St.; Stroup, D. (2003): Revisiting the use of the electronic fetal monitor. In: The Lancet, 361: 445-446.

Tölke, A. (2005): Die Bedeutung von Herkunftsfamilie, Berufsbiografie und Partnerschaften für den Übergang zur Ehe und Vaterschaft, in: Tölke, A./Hank, K. (Hrsg.): Männer - Das „vernachlässigte“ Geschlecht in der Familienforschung, Sonderheft 4 der Zeitschrift für Familienforschung. Wiesbaden, S. 98-126.

U.N. Department of Economic and Social Affairs (Population Division) (2004): World Fertility Report 2003. New York.

Velasco-Garrido, M.; Busse, R. (2004): Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern? Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6: 10-20.

Voigt, M.; Hesse, V.; Fusch, C.; Müller, A.; Salzmann, Th.; Wittwer-Backofen, U. (2005): Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Deutschland: Ein Ost-West-Vergleich von

Wöchnerinnen. Deutsches Ärzteblatt online, 04.02.2005.
www.aerzteblatt.de/aufsaetze/0502.

Weiß, M. (2003): Statement im Internetforum. www.1000fragen.de.

Wirth, H.; Dümmler, K. (2004): Zunehmende Tendenz zu späteren Geburten und Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen. Eine Kohortenanalyse auf der Basis von Mikrozensusdaten. In: ZUMA (Hrsg.): Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI) 32, 1-6.

Zoege, M. (2004): Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Wichtige Anschriften

- Gmünder ErsatzKasse - GEK
Qualitätsmanagement / Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon: 07171/801-628
Telefax: 07171/801-823
<http://www.gek.de>
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V (QUAG)
c/o Anke Wiemer
Elisabethenstr. 1
63579 Freigericht
Tel./Fax 06055 - 5781
E-Mail: geschaefsstelle@quag.de
- Bund Deutscher Hebammen e.V.
Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe
Telefon: 0721/98189-0
- Fax: 0721/98189-20
E-Mail: info@bdh.de
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V (BfHD)
Kasselerstraße 1a
60486 Frankfurt/Main
Telefon: 069/79 53 49 71
Fax: 069/79 53 49 72
E-Mail: geschaefsstelle@bfhd.de
Internet: www.bfhd.de
- Bundesministerium für Gesundheit
Am Propsthof 78 a
53121 Bonn
Telefon: 01888/441-0
Fax: 01888/441-4900
<http://www.bmgs.bund.de>
E-Mail info@bmgs.bund.de

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

- Nr. 1: Werkzeugmechaniker (1994)
- Nr. 2: Edelmetallschmiede (1993)
- Nr. 3: Zahntechniker (1993)
- Nr. 4: Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)
- Nr. 5: Augenoptiker (1995)
- Nr. 6: Zerspanungsmechaniker (1996)
- Nr. 7: Industriemeister (1996)
- Nr. 8: Maschinenbautechniker (1996)
- Nr. 9: Techniker im Elektrofach (1996)
- Nr. 10: Industriemechaniker (1996)

Band 1: Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbefindungen. 1998
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

Band 3: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998.
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen,

Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

Band 4:	Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker. ISBN 3-537-44001	Euro 4,90
Band 5:	Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte. ISBN 3-537-44002	Euro 4,90
Band 6:	Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker. ISBN 3-537-44006-5	Euro 4,90
Band 7:	Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker. ISBN 3-537-44007-3	Euro 4,90
Band 8:	Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker. ISBN 3-537-44008-1	Euro 4,90
Band 9:	Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker. ISBN 3-537-44009-X	Euro 4,90
Band 10:	Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede. ISBN 3-537-440010-3	Euro 4,90
Band 11:	Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe. ISBN 3-537-440011-1	Euro 4,90
Band 12:	Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999. ISBN 3-537-44012-X	Euro 7,90
Band 13:	Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000. ISBN 3-537-44013-8	Euro 9,90
Band 14:	Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000. ISBN 3-537-44014-8	Euro 9,90

- Band 15: Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen.
Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000.
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung.
Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band 22: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002.
Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90

- Band 23: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90

- Band 32: Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akutstationäre Versorgung 2005.
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003/2004. 2005
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90

Band 42: Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90

Band 43: Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe. 2006
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90