

Zeitschrift für  
Familien-  
forschung

Journal of Family Research

*In diesem Heft:*

- Einflüsse von Lebensstilmerkmalen auf den Übergang in die erste Ehe
- Konsequenzen der Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin
- Pränataldiagnostik und verändertes Erleben der Schwangerschaft
- Stress und Coping bei Eltern eines Kindes mit Down-Syndrom
- Forschungsnotizen  
*ifb*-Mitteilungen

1/2008

## Inhalt

*Laszlo A. Vaskovics*

Editorial

Die Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research  
im 20. Jahrgang – ein Rückblick ..... 3

*Daniel Lois*

Einflüsse von Lebensstilmerkmalen auf den Übergang in die erste Ehe ..... 11

*Yve Stöbel-Richter, Susanne Goldschmidt, Ada Borkenhagen, Ute Kraus  
& Kerstin Weidner*

Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – mit welchen Konsequenzen  
müssen wir uns auseinandersetzen? ..... 34

*Anke Rohde, Christiane Woopen & Ulrich Gembruch*

Entwicklungen in der Pränataldiagnostik – Verändertes Erleben der  
Schwangerschaft und Auswirkungen bei pathologischem fetalen Befund ..... 62

*Barbara Gabriel, Nadine Zeender & Guy Bodenmann*

Stress und Coping bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom:  
Die Überprüfung eines theoretischen Modells ..... 80

*Forschungsnotizen*

**ifb**-Mitteilungen ..... 97

Jahresinhaltsverzeichnis 2007 ..... 101



# Editorial

## *Die Zeitschrift für Familienforschung/ Journal of Family Research* im 20. Jahrgang – ein Rückblick

1.

Die *Zeitschrift für Familienforschung*, die seit 2007 auch den englischsprachigen Zweititel *Journal of Family Research* führt, richtete sich in ihrer ursprünglichen Gestaltung als institutseigenes Publikationsorgan des *Staatsinstituts für Frühpädagogik und Familienforschung* in München primär an das wissenschaftliche und berufsorientierte Fachpublikum in den *deutschsprachigen* Ländern Europas. Der 1. Jahrgang ist im Jahre 1989 erschienen. Veröffentlicht wurden neben wissenschaftlichen Beiträgen von Psychologen, Pädagogen, Soziologen und Demographen institutseigene Berichte, aktuelle Kurzmitteilungen über Tagungen und Kongresse, Rezensionen von Mitarbeitern des Instituts sowie eine aktuelle Liste von Neuerscheinungen. Diese Struktur wurde auch nach Übernahme der Trägerschaft und Herausgabe der Zeitschrift durch das neugegründete *Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg* beibehalten, doch wurden Überlegungen zur inhaltlichen Neukonzipierung und Veränderung des Status der Zeitschrift angestellt. Doch die Realisierung der diesbezüglichen Pläne, insbesondere einer Verlagsversion, hat sich z.T. aus rechtlichen und auch finanziellen Gründen als schwierig und langwierig erwiesen. Ein großzügiges Angebot des Verlages Leske + Budrich hat dann im Jahre 1998 die mit Rückschlägen belastete Suchphase beendet und die Weiterführung der Zeitschrift als unabhängige wissenschaftliche Fachzeitschrift ermöglicht.

2.

Dieser Neukonzipierung ging eine durchaus kontrovers geführte Diskussion über die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Zeitschrift für Familienforschung voraus. Die wichtigsten Gegenargumente waren durchaus gewichtig. Manche vertraten die Auffassung, dass wegen des die Familie betreffenden Wandels – etwa: Pluralisierung der Lebensformen, De-Institutionalisierung der Familie, rasche Verbreitung nichtehelicher Lebensgemeinschaften, – sich der Gegenstandsbereich der Familienforschung allmählich auflöst oder sich so stark verändert, dass dieser mit den bisherigen Methoden der (sozialwissenschaftlichen) Familienforschung nicht mehr zu „greifen“ ist. Andere meinten, dass in der ohnehin hochgradig ausdifferenzierten „Zeitschriftenlandschaft“ eine weitere Zeitschrift – egal mit welcher inhaltlichen Ausrichtung – schlicht überflüssig ist, und wieder andere wandten ein, dass eine solche Zeitschrift finanziell nicht überleben wird.

Die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte hat m.E. unsere damalige Einschätzung bestätigt, dass der Gegenstandsbereich der Familie für verschiedene Fachdisziplinen (insbesondere Soziologie, Psychologie, Geschichte, Pädagogik, Demographie) seine Bedeutsamkeit nicht verloren hat, sondern – im Gegenteil – die Bedeutung der Familie in der Öffentlichkeit wie in der wissenschaftlichen Forschung wachsen wird.

Ab dem 10. Jahrgang (1998) erscheint die ZfF als ein durch fünf Herausgeber verantwortetes wissenschaftliches Publikationsorgan mit neuem Status und neuem inhaltlichen Konzept. Die Herausgeberschaft haben damals folgende Professor(inn)en übernommen: *Wolfgang Glatzer* (Universität Frankfurt/Main), *François Höpflinger* (Universität Zürich), *Ilona Ostner* (Universität Göttingen), *Norbert F. Schneider* (Universität Mainz) und *Laszlo A. Vascovics* (Universität Bamberg). Die Zusammensetzung des Herausbergremiums blieb lange unverändert bestehen. Im Juni 2003 schied Wolfgang Glatzer aus. Zudem übernahm *Hans-Peter Blossfeld* das Amt des Geschäftsführenden Herausgebers. Im Jahre 2007 wurde *Michaela Kreyenfeld* (Universität Rostock) in das Herausbergremium berufen.

Es gab in der Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats der ZfF größere Veränderungen. Insbesondere wurde der Beirat verkleinert und verjüngt. Zudem wurde versucht, alle wichtigen Fachdisziplinen der Familienforschung personell einzubinden und der stärkeren Internationalisierung der Familienforschung Rechnung zu tragen.

Die Zeitschrift blieb auch in der neuen inhaltlichen Konzeption in der Trägerschaft des *ifb*, das die ZfF personell und apparativ unterstützt. Die Redaktion hat *Kurt P. Bier-schock* inne. Als „Gegenleistung“ wurde dem *ifb* die eigenverantwortliche Gestaltung der Rubrik „*ifb*-Mitteilungen“ im Umfang von drei Seiten vertraglich zugesichert.

## 2.1

Die Zeitschrift für Familienforschung sollte nach Vorstellung der berufenen Herausgeber hauptsächlich

- die interdisziplinäre Kommunikation durch die Veröffentlichung von Beiträgen auf dem Gebiet der Familien- und Haushaltsforschung unter Berücksichtigung verschiedener Fachdisziplinen (insbesondere Familiensoziologie, -psychologie, -demographie und -politik, Haushaltswissenschaft, historische Familienforschung) fördern.
- ein Diskussionsforum für disziplinär und interdisziplinär kontroverse Positionen sein. Dafür wurde eine eigene Rubrik „Forum“ eingeführt und zu bestimmten Themen sollten Stellungnahmen von Autorinnen und Autoren eingeholt werden, die unterschiedliche Positionen in der Diskussion vertreten.
- ein Forum für länder- und kulturvergleichende Familienforschung sein. Es war beabsichtigt, die Zeitschrift auch für Autoren mit nichtdeutscher Muttersprache aus den nicht-deutschsprachigen Ländern Europas zu öffnen. Es sollten mehr Originalbeiträge in englischer Sprache in der Zeitschrift veröffentlicht werden.
- soll auch ein Forum für kurze Diskussionsbeiträge über aktuelle familienpolitische Themen und die Familienentwicklung betreffende familienpolitische Maßnahmen sein.

Vorrangig sollten Beiträge veröffentlicht werden, die die Ergebnisse theoriegeleiteter empirischer Forschung beschreiben und zur Diskussion stellen. Veröffentlicht werden sollten auch Beiträge, die den gegenwärtigen Forschungsstand zu ausgewählten Gegenstandsbereichen der Haushalts-, Familien-, Verwandtschafts- und Lebenslaufforschung zusammenfassen und kritisch resümieren.

## 2.2

Auch die *Struktur* der Zeitschrift wurde in Verbindung mit der inhaltlichen Neukonzipierung neu festgelegt. Im ersten Teil sollten längere wissenschaftliche Abhandlungen, die den Stand der Forschung mit neuen theoretischen Erkenntnissen und empirischen Befunden bereichern und weiterentwickeln, publiziert werden. In der Rubrik *Forum* sollten kürzere Diskussionsbeiträge zu kontrovers diskutierten wissenschaftlichen Thesen sowie zu aktuellen Themen der familienpolitischen Diskussion veröffentlicht werden. In unregelmäßiger Abfolge sollten hier auch Institute der deutschsprachigen Länder, des europäischen und anschließend des außereuropäischen Auslandes, die auf dem Gebiet der Familienforschung tätig sind, vorgestellt werden. In der Rubrik *Forschungsnotizen* sollten vorzugsweise Zwischenergebnisse laufender Forschungsprojekte und Kurzbeiträge, die den Forschungsstand in verschiedenen Bereichen der Familienforschung zusammenfassen, veröffentlicht werden.

Rezensionen zu Einzelveröffentlichungen sollen in der ZfF nicht mehr veröffentlicht werden, jedoch von Zeit zu Zeit Beiträge in Form von Sammelbesprechungen bzw. Stellungnahmen von mehreren Autoren zu besonders herausragenden Einzelveröffentlichungen. Auch die Rubriken „Mitteilungen und Nachrichten“ sowie „Neuerscheinungen und Rezensionen“ die bisher nur durch ad-hoc-Angebote von Veranstaltern und Verlagen „gespeist“ wurde, sollten nicht weitergeführt werden.

Zugleich verfolgten die Herausgeber das Ziel, in unregelmäßigen Abständen Sonderhefte zu Themen, die für die Familienforschung relevant sind, zu veröffentlichen. In diesen *Sonderheften* sollten nur Beiträge aufgenommen werden, die den Gegenstandsbereich des jeweiligen Themas behandeln und einen gegenseitigen Bezug aufweisen. Mit der Herausgeberschaft der geplanten Sonderhefte sollten in dem jeweiligen Themenbereich ausgewiesene Wissenschaftler(innen) betraut werden.

Dieses Konzept sollte es ermöglichen, einerseits in die aktuelle wissenschaftliche Diskussion durch die rasche Veröffentlichung von Einzelbeiträgen einzugreifen, andererseits Forschungsergebnisse in den unterschiedlichen Fachdisziplinen zu einem gemeinsamen Thema der Familienforschung zu bündeln.

## 2.3

Es wurden in den Folgejahren nur sehr wenige europäisch vergleichende – oder überhaupt ländervergleichende – Beiträge zur Veröffentlichung eingereicht. Dies war in Anbetracht der relativ geringen Zahl von solchen Untersuchungen auch nicht verwunderlich. Wir haben versucht, diesem Manko mit Hilfe von übersetzten Beiträgen von Familienforscherinnen und -forschern aus den europäischen Nachbarländern entgegenzuwirken. Allerdings konzentrieren sich auch diese Beiträge nur auf

die Familiensituation im jeweils eigenen Land. Ein Durchbruch zur Internationalisierung der Zeitschrift ist seit 2004 gelungen.

Unter der geschäftsführenden Herausgeberschaft von *H-P. Blossfeld* wurde eine weitere strukturelle Neuerung eingeführt: *Einzelhefte mit Schwerpunktthemen*. Die anvisierten inhaltlichen Schwerpunkte sollen von kompetenten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorbereitet, die Autoren durch diese rekrutiert und die Schwerpunkthefte von ihnen mit einem einführenden Editorial versehen werden.

## 2.4

Der wissenschaftliche Standard der Zeitschrift wird durch ein strengen Begutachtungsverfahren sichergestellt. Jedes eingereichte Manuskript wird durch drei, in dem jeweiligen Forschungsgebiet ausgewiesene Wissenschaftler(innen) begutachtet. Die Gutachter(innen) sollten aus dem Kreis des *Wissenschaftlichen Beirates* der ZfF gewonnen werden; falls inhaltlich erforderlich, sollten auch „externe“ Wissenschaftler(innen) um die Erstellung von Gutachten gebeten werden.

## 2.5

Die Zeitschrift für Familienforschung ist zwischenzeitlich in einer erweiterten und aktualisierten Version auch im Internet unter [www.zeitschrift.fuer.familienforschung.de](http://www.zeitschrift.fuer.familienforschung.de) präsent, u.a. auch mit deutsch- und englischsprachigen Zusammenfassungen der veröffentlichten Beiträge.

### Zeittafel: 19 Jahrgänge der Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research

<b>Jahrgang</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>institutioneller/wissenschaftlicher Status</b>
1.-5.	1989-1993	institutseigene Zeitschrift des Staatsinstituts für Frühpädagogik und Familienforschung
6.-9.	1994-1997	institutseigene Zeitschrift des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb)
10.-	1998-	durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Herausgeberschaft verantwortete wissenschaftliche Zeitschrift
<b>geschäftsführende Herausgeber</b>		
1.-5.	1989-1993	Wassilios Emmanuel Fthenakis
6.-15.	1994-2003	Laszlo A. Vascovics
16.-	2004-	Hans-Peter Blossfeld
<b>Redaktion</b>		
1.-5.	1987-1993	Hartmut Kasten, Josef Lukatsch
6.-13.	1994- 2/2001	Hartmut Kasten
13.-	3/2001-	Kurt P. Bierschock
<b>Verlag</b>		
10.-15.	1998-2003	Leske + Budrich
16.-17.	2004-2005	Verlag für Sozialwissenschaften
18.-	2006-	Verlag Barbara Budrich

In der institutseigenen Version sind bis 1997 neun Jahrgänge mit insgesamt 23 Hefen erschienen.

In dieser Phase wurden in der Zeitschrift vorwiegend empirisch-deskriptive Beiträge aus dem Bereich der psychologischen, pädagogischen, soziologischen und demographischen Familienforschung veröffentlicht.

Seit der Neukonzipierung der ZfF als eine interdisziplinäre unabhängige wissenschaftliche Fachzeitschrift (1998), veröffentlicht in namhaften sozialwissenschaftlichen Verlagen, sind 30 Hefte (davon 6 *Schwerpunkthefte* mit 7 inhaltlichen Schwerpunkten) und 5 *Sonderhefte* erschienen.

### Sonderhefte:

*Norbert F. Schneider (Hrsg.):* Familie und Familienprobleme im Wandel. Dokumentation der Postersession der Europäischen Fachtagung zur Familienforschung, Bamberg. Sonderheft 1, 1994

*Norbert F. Schneider & Heike Matthias-Bleck (Hrsg.):* Elternschaft heute. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Gestaltungsaufgaben. Sonderheft 2, 2002

*J. Gowert Masche & Sabine Walper (Hrsg.):* Eltern-Kind-Beziehungen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter. Entwicklungsverläufe, Einflussfaktoren und Konsequenzen der Individuation, Sonderheft 3, 2002

*Angelika Tölke & Karsten Hank (Hrsg.):* Männer – Das „vernachlässigte“ Geschlecht in der Familienforschung. Sonderheft 4, 2004

*Anina Mischau & Mechthild Oechsle (Hrsg.):* Arbeitszeit – Familienzeit – Lebenszeit: Verlieren wir die Balance? Sonderheft 5, 2005

In Zusammenhang mit der ZfR/JFR wurden zudem folgende Bände vorbereitet:

*Ilona Ostner & Christoph Schmitt (Eds.):* Family Politics in the Context of Family Change. The Nordic Countries in Comparative Perspective (2008)

*Norbert F. Schneider (Hrsg.):* Moderne Familiensoziologie. Ein Lehrbuch (im Erscheinen)

### Schwerpunkthefte:

*ifb-Fachtagung* „Neuere Entwicklungen im Bereich Familie und ihren Konsequenzen“. Themenblock 1: Fertilität – Kinderwunsch und Realität; Themenblock 2: Blickpunkt Väter (1-2005)

Interaktion in Partnerschaften: Konflikte, gemeinsame Zeit und Beziehungsansprüche (3/2005)

Familienwissenschaftliche Konferenz „Wo steht die Familienforschung?“ Bestandsaufnahme, neuere Entwicklungen und offene Fragen (2/2006)

Generationentransfers (3/2006)

Family change among immigrants. Examples from Germany and Sweden (1/2007)

Dual-career couples (3/2007)

Seit Gründung wurden in regulären Heften der Zeitschrift Beiträge von 330 Autoren und Ko-Autoren der anvisierten Fachrichtungen veröffentlicht, davon 66 von ausländischen Autoren und Ko-Autoren (bis 2004 in deutscher Übersetzung, seitdem englisch). Die Zeitschrift hat sich in den letzten Jahren zu einem zweisprachigen Publikationsorgan entwickelt.

Die bisher veröffentlichten Beiträge erstrecken sich inhaltlich auf fast alle relevanten und aktuellen Gebiete der soziologischen, und viele Gebiete der psychologischen, demographischen und pädagogischen Familienforschung. Die Autoren sind namhafte Vertreter ihrer Fachrichtungen in Forschung und Lehre, aber auch jüngere Wissenschaftler können ihre Arbeiten präsentieren. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Profession der Familienforschung verschiedener Fachrichtungen unserer Zeitschrift als eine interdisziplinäre Fachzeitschrift angenommen hat. Zugleich gilt, dass bestimmte Fachdisziplinen in unserer Zeitschrift (weiterhin) unbefriedigend vertreten sind. Dies gilt insbesondere für die Forschungsaktivitäten im Bereich der Haushaltswissenschaft und für die historische Familienforschung, sowie die wirtschaftswissenschaftliche und rechtswissenschaftliche Familienforschung. Die Ursachen dafür sind sicherlich vielfältig.

Mit der Festlegung der inhaltlichen Ziele der Zeitschrift war eine vermutete „Lücke“ hinsichtlich der auf dem Markt befindlichen wissenschaftlichen Zeitschriften anvisiert, doch die ZfF konkurriert offensichtlich in den obengenannten Feldern der Familienforschung mit anderen Zeitschriften und Periodika. Insbesondere theoretische Beiträge zum Gegenstandsbereich Haushalt, Familie und Verwandtschaft werden vorzugsweise allgemein soziologischen und psychologischen rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Zeitschriften angeboten, die thematisch nicht auf Familienforschung fokussiert sind.

Es ist schon seit längerer Zeit eine Stagnation in der Theoriebildung bzw. Theorieentwicklung insbesondere in der soziologischen Familienforschung zu beobachten (mit Einschränkungen gilt dies auch für die Theorieanwendung auf verschiedene Felder der Familienforschung, sowie für methodische Fragen der Familienforschung). Dies spiegelt auch unsere Zeitschrift wider. Gerade hier sind künftig besondere Anstrengungen notwendig, vielleicht in Form von gezielt eingeworbenen Beiträgen (z.B. nach dem Muster des Schwerpunktheftes 2/2006 „Wo steht die Familienforschung?“).

Unsere Hoffnung, dass sich die Zeitschrift auch zu einem lebendigen *Diskussionsforum* der interdisziplinären Familienforschung zwischen Autoren und Lesern entwickeln wird, konnte bisher nur teilweise realisiert werden. Die meisten veröffentlichten Beiträge, die wir in der Erwartung weiterer Diskussionsbeiträge veröffentlicht

---

haben, sind ohne Resonanz der Leser geblieben (so beispielsweise zur umstrittenen These der Pluralisierung von Familienformen – 2/2001).

Das Gleiche gilt auch für Einzelbeiträge, die durchaus Anlass zu themenbezogenen Kontroversen gegeben hätten.

### 3.

Resümierend kann festgestellt werden, dass sich die Fragen der Familienforschung immer mehr disziplinübergreifend stellen und interdisziplinär zu beantworten sind. Die Entscheidung, die ZfF als eine interdisziplinäre Zeitschrift zu konzipieren, hat sich meines Erachtens als richtig erwiesen.

Trotz einiger noch nicht erreichter Ziele befindet sich die *Zeitschrift für Familienforschung* auf dem richtigen Weg. Sie ist als interdisziplinäres Publikationsorgan zu einem anerkannten und geschätzten Forum wissenschaftlicher Beiträge aus dem Bereich der Familienforschung unter Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen geworden.

*Laszlo A. Vaskovics*



Daniel Lois

# Einflüsse von Lebensstilmerkmalen auf den Übergang in die erste Ehe<sup>1</sup>

Influences of lifestyle features on the transition into first marriage

## Zusammenfassung

Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit Lebensstilmerkmale wie eine Familien-, Freizeit- oder Berufsorientierung eigenständig den Übergang von der nichtehelichen Lebensgemeinschaft in die erste Ehe erklären können. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensstilelemente im Hinblick auf das Heiratsverhalten weder einfache Reflexe anderer soziostruktureller Merkmale wie Alter, Bildung oder Erwerbsstatus darstellen, noch von diesen unabhängig sind. Zwischen einem häuslich-familienorientierten sowie religiösen Lebensstil und der Heiratswahrscheinlichkeit bestehen (geschlechtsunspezifisch) auch dann positive Zusammenhänge, wenn das Bildungsniveau, die formale Konfessionszugehörigkeit und weitere Merkmale kontrolliert werden. Die negativen Effekte eines berufs- und freizeitorientierten Lebensstils der Frau auf die Übergangsrate lassen sich dagegen durch das Bildungsniveau, den Erwerbsstatus und die Familiengründung erklären. Darüber hinaus ist relevant, wie bestimmte Lebensstilmerkmale innerhalb des Paares verteilt sind. Die Heiratswahrscheinlichkeit steigt tendenziell bei einer relativ zur Frau ansteigenden Berufsorientierung des Mannes. Sie sinkt dagegen, wenn sich die Familienorientierung der Partner unterscheidet.

## Summary

This study examines the question to which extent lifestyle features, such as a family or career orientation, may independently predict the transition from cohabitation into the first marriage. The results have shown that regarding marriage behaviour the lifestyle features neither represent simple reflexes of other sociostructural factors such as age, education or professional status nor are they independent of those. A family-oriented and religious lifestyle is positively linked to the probability of marriage – even when controlling for education level, formal religious affiliation and other features. Negative effects of a career- and leisure-oriented lifestyle of the woman on the transition rate, however, can be explained by education, professional status and family formation. Furthermore, it is relevant to which extent certain lifestyle features are shared between the partners. The probability of marriage tends to increase with an increasing career orientation of the male cohabitor in relation to the female cohabitor. In contrast, it decreases if the partners' family orientation is different.

---

1 Der Autor bedankt sich bei Oliver Arránz-Becker, Ulrich Kohler und Johannes Kopp für Anregungen und Hinweise.

*Schlagwörter:* Nichteheleiche Lebensgemeinschaft, Heirat, Lebensstil, Berufsorientierung, Religiosität

*Key words:* cohabitation, marriage, lifestyle, work attitudes, religiosity

## 1. Problemstellung

Die generelle Zunahme nichtehelicher Lebensgemeinschaften (NEL) stellt grundsätzlich, zusammen mit dem Wandel des Fertilitätsverhaltens, eine der wichtigsten Veränderungen der privaten Lebensführung in den letzten 25 Jahren dar (vgl. Hill & Kopp 2006, S. 172f.). Die „Standardbiografie“ enthält heute fast wie selbstverständlich, zumindest als Übergangs-Phase, ein nichteheliches Zusammenleben (Brüderl & Klein 2003).<sup>2</sup>

Wie vor allem in den Bamberger Längsschnittstudien zu nichtehelichen Lebensgemeinschaften (Vaskovics & Rupp 1995; Vaskovics, Rupp & Hofmann 1997) gezeigt wurde, hat sich die NEL für die meisten Paare als Durchgangsstadium zwischen dem Kennenlernen und der Eheschließung etabliert. Eine spätere Heirat wird zum Zeitpunkt der Haushaltsgründung überwiegend nicht ausgeschlossen. Die Eheschließung wird jedoch meist solange verzögert, bis bestimmte biographische Weichen gestellt sind. Hierzu zählen vor allem die Geburt des ersten Kindes (z.B. Duvander 1999; Lauterbach 1999; Müller, Sommer & Timm 1999; Berrington 2001) und die Erwerbsintegration (Vaskovics, Rupp & Hofmann 1997, S. 254ff.; Müller, Sommer & Timm 1999).

Darüber hinaus zeigen empirische Studien zum Heiratsverhalten, dass die Geschwindigkeit des Übergangs in die erste Ehe mit klassischen soziodemografischen Merkmalen wie Bildung und Einkommen variiert. Nach Brüderl und Diekmann (1994) verzögert höhere Bildung geschlechtsunspezifisch die Heirat während der Ausbildungszeit (Institutioneneffekt). Hoch gebildete Frauen weisen auch nach der Ausbildung eine geringere Heiratswahrscheinlichkeit auf – vor allem deshalb, da sie in verringertem Maße zur Familiengründung tendieren (Humankapitaleffekt) (vgl. auch Diekmann 1990; Blossfeld & Jaenichen 1992; Müller, Sommer & Timm 1999). Das Humankapital des Mannes wirkt sich dagegen tendenziell positiv auf die Heiratsneigung aus, wobei sich dieser Effekt nach Brüderl & Diekmann (1994) über die Kohorten abschwächt. Forschungsergebnisse aus jüngster Zeit weisen zudem darauf hin, dass nichtehelich kohabitierende Frauen in Haushalten mit geringen ökonomischen Ressourcen eine niedrige Heirats- und eine hohe Trennungswahrscheinlichkeit aufweisen (Lichter, Qian & Mellot 2006).

Die Resultate einiger weiterer Studien deuten an, dass auch bestimmte Kernelemente des Lebensstils – verstanden als persönliches Arrangement, das die Lebensbereiche Arbeit, Familie und Freizeit umspannt – das Heirats-Timing vorhersagen können. So räumen insbesondere Frauen, die den Übergang in eine Ehe relativ

---

2 Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft ist im Folgenden dadurch definiert, dass die Partner unverheiratet in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben. Nicht in diese Kategorie fallen Personen, die unverheiratet sind und in getrennten Haushalten leben („living apart together“).

schnell vollziehen, dem Lebensbereich Familie Priorität ein bzw. sind in erhöhtem Maße bereit, berufliche und familiäre Ambitionen miteinander zu vereinbaren (z.B. Vaskovics, Rupp & Hofmann 1997, S. 88ff.; Duvander 1999). Die Karriereorientierung der Frau korreliert dagegen nach den Ergebnissen von Clarkberg, Stolzenberg & Waite (1995) positiv mit der Wahrscheinlichkeit, dass die gewählte Lebensform nicht eine Ehe, sondern eine NEL ist. Clarkberg, Stolzenberg & Waite (1995) finden darüber hinaus für Männer einen negativen Effekt der Freizeitorientierung auf das Heiratsrisiko, den Duvander (1999) auch für Frauen berichtet. Als relativ gesicherte Erkenntnis gilt ferner, dass religiöse Personen eine höhere Übergangswahrscheinlichkeit in die erste Ehe aufweisen (z.B. Thornton, Axinn & Hill 1992; Vaskovics, Rupp & Hofmann 1997, S. 63ff.; Duvander 1999).

Die hier zusammengefassten Forschungsergebnisse machen insgesamt deutlich, dass die Anreizstruktur der nichtehelichen bzw. ehelichen Lebensform nicht universell gültig ist, sondern insbesondere von den Prioritäten einer Person in den konkurrierenden Lebensbereichen Arbeit, Familie und Freizeit modifiziert werden kann (Huinink 2005). Es fehlen jedoch multivariate Analysen zu der Fragestellung, inwieweit Lebensstilelemente wie eine Karriere- oder Familienorientierung eigenständige Beiträge zur Erklärung des Heiratsverhaltens liefern können. Eine konservative Sichtweise hierzu lautet, dass zentrale soziostrukturelle Merkmale wie Alter, Bildung oder Erwerbsstatus bereits gute Proxy-Variablen für subjektive Präferenzen – z.B. die Erwerbsorientierung einer Person – sind. In diesem Fall wäre der Lebensstil als zusätzliche Analysekategorie bei Lebensformwahlprozessen zu vernachlässigen, da es sich bei ihm letztlich nur um einen Reflex der sozialen Lage des Akteurs handelt (Meyer 2001).

Vertreter der Lebensstilforschung weisen jedoch darauf hin, dass die Ungleichheit von ökonomischen Ressourcen nur eine mögliche Dimension der Sozialstruktur ist. Diese vernachlässigt jedoch andere bedeutsame Aspekte einer Gesellschaft, wie die Vorlieben und Präferenzen der Akteure; d.h. die subjektive Nutzung der gegebenen Ressourcen (Lebensstile) (vgl. Rössel 2005, S. 84). Aus dieser Perspektive sind Lebensstilindikatoren potentiell dazu geeignet, Unterschiede innerhalb von Bildungs- oder Erwerbsstatusgruppen zu erklären. Für die Existenz dieser Unterschiede sprechen auch empirische Ergebnisse aus der Methodenforschung, wonach Klassen, die allein auf der Grundlage von Merkmalen wie z.B. Bildung gebildet werden, nicht homogen sind (Schnell 1993).

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, inwieweit Lebensstilmerkmale den Übergang von der nichtehelichen Lebensgemeinschaft in die erste Ehe eigenständig erklären können. Dabei wird zunächst in Abschnitt 2 die Operationalisierung des verwendeten Lebensstilkonzeptes vorgestellt. In Abschnitt 3 werden die theoretischen Schnittpunkte zwischen den Lebensstilmerkmalen und der Lebensformwahl herausgearbeitet und in Abschnitt 4 mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) empirisch getestet.

## 2. Operationalisierung und Validierung des verwendeten Lebensstilansatzes

Im Gegensatz zu soziodemografischen Variablen wie Alter und Bildung hat der Begriff „Lebensstil“ eine größere Bedeutungsvielfalt. Die Operationalisierung des Lebensstils wird daher der Hypothesenbildung vorangestellt (Tabelle 1). Zusätzlich werden die identifizierten Lebensstilmerkmale durch korrelative Analysen mit den im SOEP zur Verfügung stehenden Zeitverwendungsindikatoren validiert (Tabelle 2).<sup>3</sup>

Der hier gewählte Ansatz lehnt sich an die in der Lebensstilforschung zentrale Unterscheidung zwischen einer expressiven Ebene und einer evaluativen Ebene an (Müller 1992). Der Lebensstil einer Person wird im Folgenden als eine Kombination von Einstellung und Handlung – d.h. der subjektiven Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche (evaluative Ebene) und der Häufigkeit der Ausführung von verschiedenen Freizeitaktivitäten (expressive Ebene) – definiert. Die empirische Grundlage bilden insgesamt 17 Items zu diesen Merkmalen, die in der SOEP-Welle O (1998) abgefragt wurden. Durch eine Hauptkomponentenanalyse konnten fünf Faktoren identifiziert werden, die diesem Itempool zugrunde liegen (Tabelle 1). Sie kennzeichnen typische Grundstrukturen von Routinen und Alltagsmustern des Akteurs und tragen insbesondere seinen Präferenzen in den Lebensbereichen Arbeit, Familie und Freizeit Rechnung.

Die ersten beiden Komponenten bilden zwei Muster im Lebensbereich Freizeit ab. Erstens handelt es sich um das sog. Spannungsschema, womit Freizeitaktivitäten gekennzeichnet sind, die sich durch Bewegung, Abwechslung und starke Sinneseindrücke auszeichnen (Schulze 1992, S. 153ff.). Die zweite Komponente ist als Hochkulturschema (Schulze 1992, S. 142ff.) zu beschreiben, welches sich in einer Vorliebe für anspruchsvolle, „kulturell wertvolle“ ästhetische Angebote, z.B. einen Opern- oder Theaterbesuch, widerspiegelt. Die Korrelationen mit den Zeitverwendungsindikatoren zeigen, dass insbesondere das Spannungsschema zeitliche Ressourcen bindet. Zwischen diesem Merkmal und der an einem durchschnittlichen Werktag aufgewendeten Zeit für Freizeitaktivitäten und Hobbys bestehen – auch bei Kontrolle des Alters – positive Korrelationen von  $r = .160$  (Männer) bzw.  $r = .157$  (Frauen). Beim Hochkulturschema sind diese Zusammenhänge nicht zu beobachten (vgl. Tabelle 2).

Die dritte und fünfte Hauptkomponente entsprechen den beiden verbleibenden wesentlichen Lebensbereichen: Familie und Arbeit. Sie stehen untereinander und mit dem Lebensbereich Freizeit in Konkurrenz um zeitliche Ressourcen, was durch

---

3 Die Validierung mit dem Außenkriterium Zeitverwendung hat zwei Ziele: Zum einen soll anhand der Systematik der Korrelationen überprüft werden, ob die verschiedenen Lebensstildimensionen wie angenommen die Lebenspraxis der Akteure in bestimmter Weise systematisieren. Perfekte korrelative Zusammenhänge sind dabei grundsätzlich nicht zu erwarten, da der Lebensstil auch als Disposition interpretiert werden kann. Ein familienorientierter Lebensstil kann z.B. schon vor der Geburt des ersten Kindes herausgebildet werden. Zum anderen kann anhand der Korrelationsmuster das Konkurrenzverhältnis der Lebensbereiche um zeitliche Ressourcen analysiert werden. Um den „Nettoeffekt“ des Lebensstils auf die Zeitverwendung weiter einzugrenzen, werden partielle Korrelationen berechnet, bei denen die Drittvariableneinflüsse des Alters und des Bildungsniveaus kontrolliert werden.

die Ausprägungen der Faktorladungen und die Zusammenhangsanalysen mit den Zeitverwendungsindikatoren zum Ausdruck kommt. Die dritte Hauptkomponente (häuslich-familienorientierter Lebensstil) korreliert bei Frauen positiv mit der werktäglich aufgewendeten Zeit für Kinderbetreuung ( $r = .175$ ) oder Hausarbeit ( $r = .164$ ), dagegen negativ mit der verfügbaren Zeit für Freizeitaktivitäten bzw. Hobbys ( $r = -.073$ ). Auch der berufsorientierte Lebensstil korreliert bei Frauen negativ mit dem Zeitbudget, das für Kinderbetreuung ( $r = -.175$ ), Hausarbeit ( $r = -.207$ ) oder Freizeitaktivitäten ( $r = -.070$ ) zur Verfügung steht.

Einen separaten Faktor bildet schließlich ein religiöser Lebensstil (Komponente 4), der sich expressiv durch die Partizipation an religiösen Veranstaltungen und evaluativ durch die zentrale Stellung des Glaubens für die eigene Zufriedenheit äußert. Dieses Merkmal ähnelt bei Frauen – in Bezug auf die Zeitverwendung – tendenziell dem häuslich-familienorientierten Lebensstil.

Tabelle 1: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse<sup>1</sup>

	Hauptkomponente <sup>2</sup>				
	1	2	3	4	5
<i>Expressive Ebene (Häufigkeit der Ausführung von Freizeitaktivitäten)</i>					
Besuch von Nachbarn und Freunden	.704				
Kino, Disco, Konzerte besuchen	.568	.357	-.312		
Essen, trinken gehen	.533		-.358		
Künstlerische Tätigkeiten		.677			
Oper, Theater etc. besuchen		.673			
Basteln, Gartenarbeit	-.305	.550	.332		
Ausflüge, Kurzreisen		.472			
Ehrenamtliche Tätigkeiten		.455			
Kirchgang, religiöse Veranstaltungen				.870	
<i>Evaluative Ebene (Wichtigkeit der Aspekte für die eigene Zufriedenheit)</i>					
Freunde	.712				
Freizeit	.542				
Wohnung			.744		
Familie			.619		
Einkommen			.580		.382
Glaube, Religion				.874	
Arbeit					.846
Beruflicher Erfolg					.821

1 N = 10.522 (Personen bis 55 Jahre); dargestellt sind Faktorladungen  $> .30$ ; weitere methodische Anmerkungen siehe Abschnitt 4

2 Die Hauptkomponenten werden wie folgt benannt: 1 = Spannungsschema, 2 = Hochkulturschema, 3 = Häuslich-familienorientierter Lebensstil, 4 = Religiosität, 5 = Berufsorientierter Lebensstil

Quelle: SOEP (Welle O (1998), eigene Berechnungen)

Welche Funktionen die beschriebenen Lebensstilmerkmale für den Akteur erfüllen, ist bereits an anderer Stelle ausführlich theoretisch diskutiert worden (Lüdtke 1989; Otte 2004; Rössel 2005) und kann hier nur kurz skizziert werden. Die Grundidee besteht darin, dass jeder Mensch – orientiert an seinem Nutzenkalkül – Investitionen in eine bestimmte Art der Lebensführung vornimmt. Der Nutzen eines Lebensstils besteht dabei für Otte (2004, S. 99ff.), wie auch für Lüdtke (1989, S. 41), in seinen

drei Hauptfunktionen für die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Zu diesen zählen u.a. die erfolgreiche Orientierung in einer komplexen Umwelt, die Gewinnung von sozialer Identität durch Anlehnung an Symbole und Praktiken sozialer Bezugsgruppen sowie die Erlangung von sozialer Wertschätzung. Der Lebensstil erleichtert nun erstens die Orientierung im Alltag durch Herausbildung von Handlungsroutinen, trägt zweitens durch die jeweilige subjektive Logik der Lebensführung zum Aufbau von personaler Identität bei und demonstriert drittens Zugehörigkeit und Distinktion in sozialen Interaktionen (soziale Identität).

*Tabelle 2: Partielle Korrelationen zwischen Lebensstilmerkmalen und Zeitverwendungsindikatoren*

	An einem durchschnittlichen Werktag aufgewendete Zeit für...				
	Berufstätigkeit, Lehre	Aus- und Weiterbildung	Hausarbeit	Kinderbetreuung	Hobbies, Freizeit
Partielle Korrelationen (Kontrollvariable: Alter und Bildungsniveau <sup>1</sup> )					
<i>Lebensstilmerkmale Mann</i>					
Berufsorientiert	.167**	-.106**	-.044**	-.030*	-.093**
Häuslich-familienorientiert	.061**	-.132**	.037**	.171**	-.090**
Spannungsschema	-.043**	.063**	.011	-.128**	.160**
Hochkulturschema	.021*	.097**	.066**	.004	.012
Religiosität	.010	.050**	-.076**	.070**	-.040*
<i>Lebensstilmerkmale Frau</i>					
Berufsorientiert	.339**	-.036*	-.207**	-.175**	-.070**
Häuslich-familienorientiert	-.099**	-.138**	.164**	.175**	-.073**
Spannungsschema	-.048**	.091**	-.117**	-.099**	.157**
Hochkulturschema	-.004	.190**	-.074**	-.068**	.063**
Religiosität	-.148**	-.017	.170**	.113**	-.007

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; <sup>1</sup> Operationalisierung des Bildungsniveaus siehe Abschnitt 4

Quelle: SOEP (Welle O (1998), eigene Berechnungen); N= 5.006 (Mann) bzw. N = 5.131 (Frau)

### 3. Theoretische Schnittpunkte zwischen Lebensstilmerkmalen und der Lebensformwahl

In Anlehnung an das Konzept sozialer Produktionsfunktionen (z.B. Lindenberg 1990; Esser 1999, S. 91ff.) werden die Lebensformen nichteheliche Lebensgemeinschaft und Ehe im Folgenden als biographische Zustände verstanden, die für die Akteure Zwischenziele darstellen, mit denen sie indirekt wirtschaftlich-materielle (ökonomischer Nutzen) und/oder psycho-soziale (z.B. soziale Anerkennung) Wohlfahrt produzieren können (Huinink 2005). Weiterhin wird angenommen, dass die Instrumentalität der ehelichen bzw. nichtehelichen Lebensform für die Realisierung von Wohlfahrtszielen mit dem Lebensstil der Person systematisch variiert. Im Folgenden wird diese allgemeine Annahme für die Lebensstildimensionen Berufs-, Familien- und Freizeitorientierung sowie Religiosität konkretisiert.

### 3.1 Berufsorientierung

Im Rahmen der traditionellen Arbeitsteilung ist die eheliche Lebensform für die Frau ein Zwischenziel für die Produktion von ökonomischer Wohlfahrt. Da sie nicht bzw. in verringertem Maße am Arbeitsmarkt partizipiert, unterliegt ihr erwerbsspezifisches Humankapital einer Entwertungsgefahr. Dieser Nachteil kann teilweise dadurch kompensiert werden, dass die Dauerhaftigkeit der Austauschbeziehung der Partner durch die Eheschließung gestärkt wird (Ott 1989). Die ökonomischen Anreize der Eheschließung werden dabei für die Frau umso größer sein, je stärker das erwerbsspezifische Humankapital des Mannes mit dem haushaltsspezifischen Humankapital der Frau getauscht wird. Ein potentiell geeigneter Indikator hierfür ist die Verteilung der Lebensstildimension „Berufsorientierung“ zwischen den Lebenspartnern. Es wird erwartet, dass sich die Heiratswahrscheinlichkeit mit einer relativ zur Frau ansteigenden Berufsorientierung des Mannes erhöht.

Die Anreize der Eheschließung für die Frau schwächen sich dagegen ab, wenn sie selbst ökonomisch unabhängig ist. Die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frau gilt deshalb als eine der wichtigsten Ursachen für den zunehmenden Anteil nichtehelicher Lebensgemeinschaften sowie das gestiegene Heiratsalter (Hill & Kopp 1999). Die Berufstätigkeit verleiht der Frau nicht nur eine ökonomische Unabhängigkeit von der Ehe. Hinzu kommt, dass bei einer egalitären Arbeitsteilung die biographische Situation beider Partner, vor allem hinsichtlich der Erwerbsintegration, Unsicherheiten für die Lebensgestaltung des Paares mit sich bringt. Bei einer traditionellen Arbeitsteilung wird der Lebensstil des Paares hauptsächlich durch die männliche Berufskarriere determiniert. Bei einer Zwei-Karrieren-Beziehung werden dagegen Fragen, ob der Beruf einen Wechsel des Wohnortes erforderlich macht, ob hohe berufliche Anforderungen das Familienleben belasten können oder welcher Lebensstandard erreicht wird, potenziert (Oppenheimer 1988). In dieser Situation bietet die NEL – gegenüber der Ehe – Vorteile: Kohabitationsgewinne, die aus der sexuellen Intimität oder dem Ressourcenpooling resultieren, können realisiert und hochverbindliche Entscheidungen, die mit der Eheschließung verbunden sind, gleichzeitig temporär aufgeschoben werden (vgl. Vaskovics, Rupp & Hofmann 1997, S. 256ff.). Es ist daher zu erwarten, dass mit einem berufsorientierten Lebensstil der Frau eine verringerte Heiratswahrscheinlichkeit einhergeht.<sup>4</sup>

Eine empirische Frage ist, ob der negative Einfluss der Berufsorientierung der Frau auch dann stabil bleibt, wenn ihr Bildungsniveau oder Erwerbsstatus kontrolliert werden. Hier lässt sich das Argument anführen, dass die Humankapitalausstattung und der Erwerbsstatus nicht unmittelbar darüber Auskunft geben, wie nachhaltig die beruflichen Ambitionen ausgeprägt sind. Die Erwerbsbeteiligung der Frau kann einen temporären Charakter haben, wenn sie vor der Geburt des ersten Kindes solange etwas zum Haushaltseinkommen beiträgt, bis der Mann seine berufliche Position gefestigt hat und in der Lage ist, die Rolle des alleinigen Hauptverdieners zu

---

4 Die Berufsorientierung der Frau sollte sich darüber hinaus auch indirekt negativ auf die Heiratswahrscheinlichkeit auswirken, da sie nach den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen mit einer verringerten Fertilitätsneigung einhergeht (im Überblick: Schröder 2005).

übernehmen (Oppenheimer 1988). Es wird daher erwartet, dass erst mit einer expliziten Erfolgs- bzw. Karriereorientierung der Frau, wie sie durch die fünfte Hauptkomponente gemessen wird (vgl. Tabelle 1), eine dauerhafte Verzögerung des Übergangs in die Ehe einhergeht.

Für die Berufsorientierung des Mannes ist schließlich ein positiver Effekt auf die Heiratswahrscheinlichkeit zu erwarten. Insbesondere die traditionelle Form der Arbeitsteilung setzt voraus, dass der Mann die ihm zugedachte Versorgungsrolle erfüllen kann. Die Erwerbsintegration des Mannes ist zentral für das Heirats-Timing, da sie es ermöglicht, einen finanziell unabhängigen Haushalt zu gründen (Oppenheimer 1988; Brüderl & Diekmann 1994). Empirisch wird auch hier zu überprüfen sein, inwiefern ein berufsorientierter Lebensstil des Mannes auch bei Kontrolle seines Bildungsniveaus bzw. Erwerbsstatus erklärungskräftig ist. So könnte die Berufsorientierung schon dann eine Einschätzung zukünftiger Eigenschaften des Mannes erlauben, bevor er strukturelle Veränderungen (z.B. die Erwerbsintegration oder den berufliche Aufstieg) vollzogen hat (Oppenheimer 1988).

### 3.2 Familienorientierung

Die Familiengründung sollte im Zusammenhang mit einer traditionellen Arbeitsteilung die Anreize einer Eheschließung vor allem deshalb erhöhen, weil die Frau in dieser Konstellation verstärkt auf die ökonomische Absicherungsfunktion der Ehe angewiesen ist (Hill & Kopp 1999). Es ist jedoch anzunehmen, dass auch die Spezialpopulation der Frauen, die sich für ein Kind entscheiden, nicht homogen ist. Der Wiedereinstieg der Frau in das Erwerbsleben kann relativ schnell nach der Familiengründung erfolgen, um negative Konsequenzen für die berufliche Laufbahn zu vermeiden (Ziefle 2004). Von einem häuslich-familienorientierten Lebensstil der Frau sollten dagegen nicht nur erhöhte Anreize für die Familiengründung ausgehen, weil die Opportunitätskosten, die in den konkurrierenden Lebensbereichen Arbeit und Freizeit zu tragen wären, relativ gering sind. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass sich die Familienorientierung, die als Indikator für eine traditionelle Geschlechterrollenorientierung interpretiert werden kann, in längeren Erwerbspausen und/oder der Geburt weiterer Kinder äußert. In diesem Sinne handelt es sich um eine biographische Strategie, mit der die Frau Unsicherheiten in der Lebensplanung reduziert, indem sie die familiäre der beruflichen Option vorzieht (Friedman, Hechter & Kanazawa 1994). Es wird daher erwartet, dass der positive Effekt des häuslich-familienorientierten Lebensstils auf die Heiratswahrscheinlichkeit auch dann stabil bleibt, wenn die Familiengründung kontrolliert wird.

Zum Effekt von Partnerdifferenzen bezüglich der Familienorientierung können ferner konkurrierende Hypothesen formuliert werden. Im Rahmen der traditionellen Arbeitsteilung kann sie zum einen als Merkmal interpretiert werden, das die Partner tauschen. Daraus folgt die Hypothese, dass die Heiratswahrscheinlichkeit steigt, wenn die Familienorientierung der Frau stärker ausgeprägt ist als diejenige des Mannes. Da das Timing der Familiengründung jedoch die Lebensplanung beider Partner zumindest mittelfristig festlegt, setzen Fertilitätsentscheidungen in der Regel einen Konsens der Partner voraus (Corijn, Liebroer & Gierveld 1996). Zusätzlich

ist demzufolge auch eine Homogamiehypothese formulierbar. Die Wahrscheinlichkeit der Familiengründung und damit auch das Heiratsrisiko sollten steigen, wenn sich die Familienorientierung der Partner *absolut* gesehen nicht unterscheidet.

### 3.3 Freizeitorientierung

Ein freizeitorientierter Lebensstil sollte sich allgemein besser mit der nichtehelichen Lebensform vereinbaren lassen als mit der Ehe. Wenn das „Ausleben“ in der Freizeit individuell oder partnerschaftlich wertgeschätzt wird, kann die Geburt eines Kindes Opportunitätskosten mit sich bringen, weil sie die den Partnern zur Verfügung stehende (gemeinsame) Freizeit stark reduziert (Bost et al. 2002). Auch die Lebensbereiche Arbeit und Freizeit konkurrieren um zeitliche Ressourcen, was an den in Tabelle 2 dargestellten Korrelationsmustern zu erkennen ist. Insbesondere die „Erlebnisoffenheit“ des Spannungsschemas sollte nur schlecht mit den Erfordernissen der Kinderbetreuung oder des Erwerbslebens („morgens früh raus müssen“) vereinbar sein (vgl. Otte 2004, S. 111ff.). Es wird daher ein negativer Effekt des Spannungsschemas auf die Heiratswahrscheinlichkeit erwartet.

Die nichteheliche Lebensgemeinschaft sollte für freizeitorientierte Personen auch instrumenteller für die Erreichung von sozialer Anerkennung innerhalb ihrer *Peer*-Netzwerke sein als die Ehe. Personen, die hoch auf dem Spannungsschema laden, verbringen ihre Freizeit häufig mit Freunden und betrachten diese gleichzeitig evaluativ verstärkt als wichtig für ihre Zufriedenheit (vgl. Tabelle 1). Es ist zu erwarten, dass innerhalb der altershomogenen Netzwerke freizeitorientierter Personen der „kulturelle Code“ gilt, relativ ungebunden zu leben und sich in der Freizeit auszuleben. Die NEL als Lebensform mittlerer Verbindlichkeit sollte mit diesem Code besser zu vereinbaren sein als die Ehe, die u.a. aufgrund ihrer engen Verknüpfung mit der Familiengründung eine Reduzierung des Zeitbudgets, das mit *Peers* verbracht wird, signalisiert.

Es erscheint allerdings zweifelhaft, ob der negative Effekt der Freizeitorientierung auf die Heiratswahrscheinlichkeit erhalten bleibt, wenn strukturelle Bedingungen wie der Erwerbsstatus oder die Geburt des ersten Kindes kontrolliert werden, die das dem Akteur zur Verfügung stehende Freizeitbudget stark reglementieren.

### 3.4 Religiosität

Für einen religiösen Lebensstil kann schließlich ein positiver Effekt auf die Übergangsrate in die erste Ehe erwartet werden. Dies kann zunächst auf die spezifischen „mental Ehemodelle“ religiöser Personen zurückgeführt werden (Thornton, Axinn & Hill 1992; Schneider & Rüger 2007). Während der voreheliche Sex und das voreheliche Zusammenleben insbesondere von der katholischen Kirche normativ sanktioniert werden, hat die Ehe den Status eines Sakramentes. Religiöse Personen schreiben der Ehe daher verstärkt einen sakralen Charakter zu („bis dass der Tod euch scheidet...“). In diesem Zusammenhang sollten absolute Differenzen bei der Religiosität der Partner die Heiratswahrscheinlichkeit senken, da sie potentiell ein Indikator für unterschiedliche Einstellungen zur Institution Ehe sind.

Darüber hinaus sind bei konfessionell gebundenen Personen bestimmte Einstellungen und Werthaltungen wirksam, die sich positiv auf die Fertilität auswirken und die Heiratswahrscheinlichkeit damit indirekt erhöhen. Hierzu zählen vor allem ein erhöhter Traditionalismus, pronatalistische Ideologien oder auch eine tendenzielle Ablehnung von Maßnahmen der Geburtenkontrolle (Goldscheider & Mosher 1999).

Wichtig ist auch in diesem Zusammenhang, dass die formale Zugehörigkeit zu einer Konfession lediglich eine notwendige Bedingung für die unterstellten Mechanismen sein sollte. Eine hinreichende Bedingung ist dagegen wahrscheinlich erst eine explizite Religiosität, wie sie mit der vierten Hauptkomponente gemessen wird (vgl. Tabelle 1). Wie Thornton, Axinn und Hill (1992) erläutern, sind Effekte der Religiosität vor allem erwartbar, wenn die betreffende Person regelmäßig religiöse Veranstaltungen besucht, bei denen die entsprechenden Werte vermittelt werden. Damit ist nicht zuletzt auch das Verkehren in religiös homogamen sozialen Netzwerken verbunden, in denen der Übergang in die Ehe zur Befriedigung des Wohlfahrtsziels „soziale Anerkennung“ beitragen kann.

## 4. Daten, Methode und Ergebnisse

### 4.1 Datengrundlage

Die Datengrundlage für die folgende Auswertung ist das Sozioökonomische Panel (SOEP), eine seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland jährlich durchgeführte Längsschnittuntersuchung von mittlerweile über 20.000 Personen. Die empirische Analyse bezieht sich auf den Beobachtungszeitraum 1998-2001 (Wellen O-P), da in der Welle O (1998) die Items abgefragt wurden, auf deren Basis die vorgestellten Lebensstildimensionen operationalisiert wurden.

In die Analyse gehen  $N = 372$  Paare ein, die zu Beginn des Jahres 1998 unverheiratet in einem Haushalt zusammenleben und bei denen Informationen zum Partnerschaftsstatus zur Verfügung stehen.<sup>5</sup> Personen mit Eheerfahrung, d.h. geschiedene oder verwitwete Personen, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Dies liegt darin begründet, dass in dieser Population nicht dieselben Mechanismen wirksam sind, durch die sich der Übergang in die Ehe vorhersagen lässt (Blossfeld & Lankuttis 2003; im Überblick: Coleman, Gangong & Fine 2000). Die Analyse des Heiratsverhaltens der Spezialpopulation der Personen mit Eheerfahrung erfordert daher andere theoretische Modelle und empirische Indikatoren, die den Rahmen des vorliegenden Artikels gesprengt hätten.

---

5 Nichteheleiche Lebensgemeinschaften können im SOEP über zwei verschiedene Indikatoren identifiziert werden, die zu identischen Ergebnissen führen: Erstens über die folgenden beiden Fragen, die unverheirateten Personen gestellt wird: „Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?“ und „Wohnt ihr Partner bzw. ihre Partnerin in ihrem Haushalt?“ Die andere Möglichkeit ergibt sich aus der Variable „Stellung zum Haushaltsvorstand“, die u.a. die Ausprägungen „Lebenspartner“ bzw. „Ehepartner“ des Haushaltsvorstandes annehmen kann.

## 4.2 Methode

Zunächst werden in Tabelle 3 die Anteils- bzw. Mittelwerte der in die Analyse eingehenden Variablen berichtet. Die nichtehelich kohabierenden Personen werden dabei mit den im SOEP befragten Personen verglichen, die im Jahr 1998 in einer Erstehe leben. Alle Anteils- bzw. Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen Ehe und NEL werden auf Signifikanz getestet. Der Signifikanztest der Mittelwertsdifferenzen beruht auf einem T-Test für unabhängige Stichproben, während bei den Anteilswerten ein Chi-Quadrat-Test angewendet wird. Um beide Gruppen besser vergleichbar zu machen, wurden bei den Ehepaaren nur Personen bis zu einem Alter von 40 Jahren berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die Mittelwerte der Lebensstilindikatoren auf die Gesamtheit der unverheirateten und verheirateten Paare zentriert. D.h., dass sie bezogen auf diese Population einen Mittelwert von 0 haben.

Der Übergang zur Erstehe wird unter Verwendung einer zeitdiskreten Ereignisdatenanalyse (z.B. Allison 1984; Yamaguchi 1991) untersucht, die für Paneldaten angemessen ist und Hazard-Raten-Modelle für zeitkontinuierliche Verlaufsdaten approximiert.<sup>6</sup> In der zeitdiskreten Ereignisdatenanalyse ist die abhängige Variable binär und zeigt an, ob zwischen zwei Panelbeobachtungen beim abhängigen Prozess ein Ereignis eingetreten ist oder nicht. Das zentrale Konzept der Ereignisdatenanalyse ist die Übergangsrate, die in diesem Fall als bedingte Wahrscheinlichkeit für einen Zustandswechsel zum Zeitpunkt  $t$  interpretiert werden kann ( $Pr$ ), unter der Voraussetzung, dass die Untersuchungseinheit zum Zeitpunkt  $t$  noch der Risikomenge angehört ( $T \geq t$ ), d.h. für sie bisher noch kein Ereignis beobachtet werden konnte.

$$r(t) = \Pr(T = t) | T \geq t$$

Zur Modellierung der Kovariateneinflüsse auf die Übergangsrate wird ein logistisches Regressionsmodell verwendet:

$$\text{Log} \left( \frac{P_j(t)}{1 - P_j(t)} \right) = a_j(t) + b_{j1}x_1 + b_{j2}x_{2t-1} + t \quad \text{mit } j=1 \text{ (Erstheirat)}$$

wobei:

$P_j(t)$  = Wahrscheinlichkeit, dass das Ereignis  $j$  zum Zeitpunkt  $t$  eintritt

$a_j(t)$  = Regressionskonstante<sup>7</sup>

$b_j$  = Regressionsgewicht

$x_1$  = zeitkonstante Kovariate

$x_{2t-1}$  = zeitabhängige Kovariate

$t$  = Verweildauer im Ausgangszustand

6 Diese Verfahrensklasse wird Hazard-Raten-Modellen für zeitkontinuierliche Verlaufsdaten deshalb vorgezogen, da die Lebensstilelemente im SOEP nur in unregelmäßigen Abständen abgefragt werden und daher nicht für den gesamten Risikozeitraum bekannt sind. Die Variante des Episodensplittings, die bei der zeitdiskreten Ereignisdatenanalyse angewendet wird, ist bei dieser Datenstruktur angemessener als die Variante für zeitkontinuierliche Verlaufsdaten.

7 Die Regressionskonstante wird in den Tabellen nicht ausgewiesen.

Es handelt sich um ein Mehrepisodenmodell, bei dem die Personen bzw. Paare solange „als dem Risiko zum Zustandswechsel ausgesetzt“ definiert werden, bis das abhängige Ereignis eintritt oder eine Rechtszensur erfolgt. Die Daten wurden entsprechend so aufbereitet, dass jedes Befragungsjahr eine einzelne Episode darstellt (sog. Personengänge). Der Beobachtungszeitraum umfasst vier Panelwellen (1998-2001). Wenn ein Paar also in vier aufeinander folgenden Wellen nicht heiratet, gehen für dieses Paar vier rechtszensierte Episoden in den Datensatz ein. Der Beobachtungszeitraum endet mit der Erstheirat, im Falle von Panelmortalität oder bei einer Trennung der Partner. Im Beobachtungszeitraum haben sich insgesamt 123 Eheschließungen ereignet. Die Gesamtzahl der rechtszensierten Episoden beträgt 889.

Paare, die in einer NEL leben, sind – was den Status der Partnerschaft angeht – zwei konkurrierenden Risiken ausgesetzt: Trennung und Heirat. Im Rahmen dieser Arbeit ist nur der Effekt der Kovariaten auf die Heiratswahrscheinlichkeit von Interesse. Es wurde daher ein binomiales Logit-Modell (0 = Verbleib in NEL, 1 = Heirat) geschätzt, bei dem alle Episoden, in denen konkurrierende Ereignisse (hier: Trennung) eintreten, aus dem Datensatz entfernt wurden. Diese konditionale Maximum-Likelihood-Schätzung ergibt unverzerrte, konsistente und asymptotisch normal verteilte Schätzer. Die Ergebnisse weichen nur geringfügig von denen eines multinomialen Logitmodells ab (Begg & Gray 1984).

Aufgrund ihrer einfachen Interpretierbarkeit werden die exponierten Regressionskoeffizienten  $\text{Exp}(B)$ , die auch als „Odds-Ratio“ (Chancenverhältnis) bezeichnet werden, ausgewiesen. Ein positiver Effekt der Kovariate auf die Heiratswahrscheinlichkeit drückt sich in einem  $\text{Exp}(B) > 1$  aus, ein negativer Zusammenhang bedeutet  $\text{Exp}(B) < 1$ . Ist  $\text{Exp}(B) = 1$ , besteht kein Zusammenhang. Der jeweils angegebene Wert gibt an, wie sich Übergangsrate verändert, wenn sich die jeweilige Kovariate um eine Einheit erhöht. Das zusätzlich berechnete Pseudo- $R^2$  nach Nagelkerke ist ein zwischen 0 und 1 (1=hoch) normiertes Maß für die Anpassungsgüte des Modells.

Die Kovariaten wurden wie folgt operationalisiert:

- Es wurden zwei *Verweildauern* berücksichtigt: Die Altersabhängigkeit des Heiratsrisikos wird durch die Aufnahme eines linearen und quadratischen Terms modelliert. Hiermit wird dem glockenförmigen Verlauf des Zusammenhangs zwischen Alter und Heiratswahrscheinlichkeit (z.B. Brüderl & Diekmann 1994) Rechnung getragen, der mit den vorliegenden Daten repliziert werden konnte. Darüber hinaus wird die Kohabitationsdauer (in Jahren) berücksichtigt, die über die einzelnen Panelwellen rekonstruiert wurde, da für nichtehelich kohabitierende Personen – im Gegensatz zu Ehepaaren – keine entsprechenden Retrospektivdaten zur Verfügung stehen.
- Die Ausprägung der *Lebensstilmerkmale* wird durch Z-standardisierte Faktorwerte gemessen, die mit Hilfe der in Tabelle 1 dargestellten Faktorenanalyse berechnet wurden. Hierbei handelt es sich um eine Hauptkomponentenanalyse (Extraktionskriterium: Eigenwert  $> 1$ ) mit Varimax-Rotation. Um die Ausfälle bei den Fallzahlen in Grenzen zu halten, wurden fehlende Werte bei Personen, die maximal drei der insgesamt 17 Items nicht beantwortet haben, durch den Mittelwert ersetzt.<sup>8</sup>

8 Der Itempool, aus dem die 17 verwendeten Items stammen, wurde in Welle O (1998) durch die beiden folgenden Fragestellungen erhoben: a) Freizeitaktivitäten: „Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen: täglich, mindestens 1mal pro Woche,

- Zur Operationalisierung des zeitabhängigen *Bildungsniveaus* wurden die folgenden Bildungsabschlüsse in Bildungsjahre umgerechnet: kein Abschluss = 8, Hauptschulabschluss = 9, Mittlere Reife/polytechnische Oberschule der DDR = 10, Fachhochschulreife = 12, Abitur = 13, Fachhochschulabschlüsse = 16, Hochschulabschlüsse = 18, noch in Schulausbildung = 12 Jahre (vgl. Brüderl & Diekmann 1994).
- Weiterhin wird das zeitabhängige *Haushaltsnettoeinkommen* (in EUR) kontrolliert, das nach dem Kriterium der im Haushalt lebenden Personen bedarfsgeichtet wurde (Gewichtung nach der neuen OECD-Skala: Haupteinkommensbezieher = 1,0, weitere Haushaltsmitglieder über 14 Jahre = 0,5, Haushaltsmitglieder unter 14 Jahre = 0,3). Da das Einkommen im SOEP Euro-genau gemessen wird, wurde das Haushaltseinkommen in den multivariaten Modellen aus optischen Gründen durch die Konstante 100 geteilt.
- Der *Erwerbsstatus* einer Person wird durch eine zeitabhängige Dummy-Variable erfasst, die aus dem Jahresverlauf generiert wurde. Sie nimmt die Ausprägung 1 an, wenn eine Person in der jeweiligen Episode nicht weniger als 9 Monate voll erwerbstätig ist. Die Kategorie „Vollzeiterwerbstätigkeit“ wird im SOEP u.a. von einer Teilzeiterwerbstätigkeit, einer Ausbildungsphase oder einer Nichterwerbstätigkeit unterschieden. Es handelt sich hierbei um die Selbsteinstufung der Befragten.
- Die zeitabhängige Dummy-Variable „*Erstes Kind*“ misst, ob das Paar die Familiengründung vollzogen hat. Sie nimmt dann die Ausprägung 1 an, wenn sich zu Beginn des Beobachtungszeitraums (1998) bereits mindestens ein Kind im entsprechenden Haushalt befindet, wenn die Frau in der jeweiligen Episode schwanger ist bzw. wenn ein Kind geboren wird.
- *Konfession*: In die Modelle geht eine (nicht zeitabhängige) Dummy-Variable ein, die den Wert 1 annimmt, wenn die betreffende Person konfessionslos ist.<sup>9</sup> Die entsprechenden Informationen stammen aus den Wellen N (1997) und T (2003).

*Dyadische Modelle*: Da alle im SOEP gemessenen Personenmerkmale für beide Partner vorliegen, werden neben geschlechtspezifischen auch dyadische Modelle berechnet. In letztere gehen gerichtete (Mann minus Frau) und ungerichtete (|Mann minus Frau|) Differenzscores von vier Merkmalen (Berufs- und Familienorientierung, Religiosität sowie Bildungsniveau) ein. Im Falle des berufsorientierten Lebensstils gilt ein positiver Wert des gerichteten Differenzscores z.B. als Indiz für eine traditionelle Ausrichtung des Paares. Ein Differenzwert von 0 entspricht hier einer egalitären und ein negativer Differenzwert einer antitraditionellen Ausrichtung.

---

mindestens 1mal pro Monat, seltener oder nie?“ b) Einstellungen: „Welche der nachfolgenden Bereiche sind für Ihr Wohlbefinden und Ihre Zufriedenheit sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig oder ganz unwichtig.“ Die Auswahl der Items erfolgte nach dem Kriterium der Zuordenbarkeit zu einer der fünf theoretischen Dimensionen im Rahmen der Faktorenanalyse.

9 Es wurden zusätzlich Modelle berechnet, in denen zwischen einzelnen Konfessionen (Katholiken und andere Konfessionen) unterschieden wurde (nicht dargestellt). Da die entsprechenden Koeffizienten nicht signifikant wurden, wird nur das Merkmal Konfessionslosigkeit (ja/nein) berücksichtigt.

Zusätzlich zu den Differenzscores werden die Partnermittelwerte der jeweiligen Variablen als konditionale Haupteffekte berücksichtigt (Griffin et al. 1999).

## 5. Empirische Ergebnisse

### 5.1 Deskription

In Tabelle 3 werden die Anteils- und Mittelwerte der in die Analyse eingehenden Variablen und die entsprechenden Referenzwerte von Ehepaaren berichtet.<sup>10</sup> Dabei wird zunächst allgemein deutlich, dass sich die Lebensstilmerkmale zum Teil deutlich zwischen den in nichtehelichen und ehelichen Lebensgemeinschaften lebenden Personen unterscheiden. Alle in den ersten fünf Zeilen der Tabelle ausgewiesenen Mittelwertdifferenzen sind nach Maßgabe des T-Tests auf dem 1%-Niveau signifikant – mit Ausnahme der Berufsorientierung des Mannes, die sich nicht lebensformspezifisch unterscheidet.

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass die eheliche Lebensform verstärkt mit einer traditionellen Arbeitsteilung einhergeht, während die nichteheliche Lebensform eher einen Zwei-Karrieren-Charakter hat. So sind die in einer NEL lebenden Frauen – im Vergleich zu Ehefrauen – höher gebildet (11,7 versus 10,9 Bildungsjahre), mehr als doppelt so häufig voll erwerbstätig (62,4% versus 25,7%) und laden signifikant höher auf der Lebensstildimension Berufsorientierung (0,39 versus -0,09). Auch die durchschnittliche gerichtete Differenz der Berufsorientierung der Partner liegt in Ehen signifikant über dem Wert für nichteheliche Lebensgemeinschaften (0,07 versus -0,30). Nichtehelich kohabitierende Paare sind also im Hinblick auf die Berufsorientierung homogamer.

Die jeweiligen Varianten der Arbeitsteilung korrespondieren mit der Relevanzstruktur in den verbleibenden Lebensbereichen. In den Haushalten verheirateter Paare befinden sich nicht nur mehr Kinder als bei unverheirateten Paaren; gleichzeitig sind die signifikant familienorientierter. Die deskriptiven Kennwerte sprechen zudem dafür, dass die relativ stärker ausgeprägte Familienorientierung verheirateter Paare mit Einschränkungen im Lebensbereich Freizeit einhergeht. Verheiratete Personen führen sowohl hochkulturelle, als auch „spannungsorientierte“ Freizeitaktivitäten signifikant seltener aus.

Ein weiterer lebensformspezifischer Unterschied ist schließlich im Hinblick auf die Religiosität zu beobachten. Verheiratete Personen sind signifikant religiöser als unverheiratete Personen und gehören auch formal häufiger einer Konfession an.

---

<sup>10</sup> Es wird bei den Differenzscores aus Platzgründen nur die gerichtete Berufsorientierungsdifferenz ausgewiesen, da sich bei den anderen Kennwerten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Lebensformen zeigen.

**Tabelle 3:** Variablenbeschreibung und vergleichende deskriptive Statistik  
(Personen in Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Anteils-  
bzw. Mittelwerte)

	NEL <sup>1</sup>	Männer Ehe <sup>2</sup>	T-Wert	NEL <sup>1</sup>	Frauen Ehe <sup>2</sup>	T-Wert
<i>Lebensstildimensionen</i>						
Berufsorientiert <sup>3</sup>	0,06	-0,01	-1,1	0,39	-0,09	-9,3**
Häuslich-familienorientiert <sup>3</sup>	-0,42	0,09	8,5**	-0,42	0,09	8,5**
Spannungsschema <sup>3</sup>	0,45	-0,10	5,0**	0,36	-0,08	-7,3**
Hochkulturschema <sup>3</sup>	0,16	-0,04	-3,3**	0,26	-0,06	-5,1**
Religiosität <sup>3</sup>	-0,44	0,10	11,5**	-0,44	0,10	10,7**
<i>Andere soziostrukturelle Merkmale</i>						
Alter (Jahre)	29,2	33,6	18,0**	27,3	31,7	16,6**
Bildungsjahre	11,6	10,9	-3,8**	11,7	10,9	-4,9**
			Chi <sup>2</sup>			Chi <sup>2</sup>
Vollzeit erwerbstätig (%)	79,5	90,3	27,9**	62,4	25,7	155,9**
Konfessionslos (%)	38,7	29,6	11,1**	34,9	24,8	15,3**
N	372	1.568		372	1.568	
	Paare in NEL <sup>1</sup>		Ehe-Paare <sup>2</sup>		T-Wert	
Kohabitationsdauer (Jahre)	2,7		-		-	
Haushaltsnettoeinkommen	2.565		2.216		-5,7**	
<i>Gerichtete Partnerdifferenz (Mann-Frau)</i>						
Berufsorientierung <sup>3</sup>	-0,30		0,07		-7,4**	
					Chi <sup>2</sup>	
Keine Kinder im Haushalt (%)	81,9		19,1			
Ein Kind im Haushalt (%)	14,9		31,7		571,0**	
Zwei oder mehr Kinder (%)	3,2		49,2			
N	372		1.568			

1 NEL = Zu Beginn des Jahres 1998 in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebende Personen (ohne Eheerfahrung)

2 Ehe = Zu Beginn des Jahres 1998 in einer Erstehe lebende Personen bis 40 Jahre

3 Variable ist Z-standardisiert und zentriert auf die Gesamtheit der verheirateten und unverheirateten Personen bzw. Paare

Quelle: SOEP (Welle O (1998), eigene Berechnungen); \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

Obwohl sich somit im Querschnitt lebensformspezifische Unterschiede aufzeigen lassen, ist damit im Rahmen der vorliegenden Fragestellung noch nicht viel gewonnen. Es steht weiterhin in Frage, ob die Lebensstilmerkmale den Übergangsprozess erklären können. Es wäre denkbar, dass nicht Lebensstilpräferenzen, sondern Drittvariable ursächlich für die Wahl der Lebensform verantwortlich sind. Ein häuslich-familienorientierter Lebensstil könnte sich z.B. erst dann einstellen, nachdem Familiengründung und Eheschließung vollzogen wurden. In diesem Fall wäre der Lebensstil nicht als Vorbedingung, sondern als Folge des Übergangs zu interpretieren. Selbst bei gegebener Vorhersagekraft wäre zudem unklar, ob die Lebensstilmerkmale eigenständige Erklärungsbeiträge liefern können, oder nur Reflexe von strukturellen Bedingungen sind, die durch Merkmale wie Alter, Bildungsniveau oder Erwerbsstatus festgelegt werden. Um diese Fragestellungen zu beantworten, wird der Übergangsprozess im Folgenden im Längsschnitt analysiert, wobei getrennte Modelle für Männer und Frauen (Tabelle 4), sowie dyadische Modelle (Tabelle 5), geschätzt werden.

## 5.2 Ereignisdatenanalyse

Die Hypothese, dass die Erwerbsintegration des Mannes eine zentrale Rolle beim Heirats-Timing spielt, weil sie eine Voraussetzung für die ökonomische Unabhängigkeit des Paares ist, kann bestätigt werden. Eine Vollzeitberufstätigkeit des Mannes steigert die Heiratschance fast um das dreifache (Tabelle 4, Modell 1, Odds Ratio von 1:2.7). Ein berufsorientierter Lebensstil des Mannes übt darüber hinaus jedoch keinen Effekt aus. Für die Berufsorientierung der Frau zeigt sich in Modell 2 (ohne Kontrollvariable) ein negativer Effekt auf die Heiratswahrscheinlichkeit. Dieser Effekt wird jedoch insignifikant, wenn das Bildungsniveau sowie der Erwerbsstatus der Frau kontrolliert werden (Modell 4). Dieses Ergebnis spricht dafür, dass der berufsorientierte Lebensstil keinen eigenständigen Erklärungsbeitrag liefert, sondern ein Reflex der Humankapitalausstattung sowie des Erwerbsstatus ist.

*Tabelle 4:* Übergang von der nichtehelichen Lebensgemeinschaft in die erste Ehe (zeitdiskrete Ereignisdatenanalyse) – Geschlechtsspezifische Modelle

	1	2	Modell		5	6
	Mann		3	4		
			Frau			
			Exp(B)			
<i>Lebensstilmerkmale</i>						
Berufsorientiert	.961	.686*	.683*	.762	.901	.943
Häuslich-familienorientiert	1.307*	1.335*	1.615**	1.565**	1.397*	1.400*
Spannungsschema	.910	.972	.753*	.776 <sup>+</sup>	.821	.814
Hochkulturschema	1.241	1.136	1.141	1.256 <sup>+</sup>	1.284 <sup>+</sup>	1.277 <sup>+</sup>
Religiosität	1.450*	1.634**	1.490*	1.420*	1.389*	1.377 <sup>+</sup>
<i>Interaktionseffekt</i>						
Voll erwerbstätig x berufsorientiert	–	–	–	–	–	.512*
<i>Kontrollvariable</i>						
Alter (-16) <sup>1</sup>	1.260*	–	1.413**	1.547**	1.481**	1.501**
Alter (-16) quadriert <sup>1</sup>	.992*	–	.987**	.985**	.986**	.985**
Kohabitationsdauer (Jahre) <sup>1</sup>	.908*	–	–	.905*	.890*	.889*
Bildungsjahre <sup>1</sup>	1.027	–	–	.920*	.943	.947
Vollzeit erwerbstätig (ja) <sup>1</sup>	2.761**	–	–	.616*	.981	.993
Haushaltsnettoeinkommen/100 <sup>1</sup>	1.018 <sup>+</sup>	–	1.029**	1.038**	1.045**	1.046**
Konfessionslos (ja)	.796	–	.514*	.598*	.564*	.550**
Erstes Kind (ja) <sup>1</sup>	3.890**	–	–	–	3.623**	3.802**
Heiratsereignisse	115	114	113	113	113	113
Zensierte Episoden	812	829	814	814	808	808
Pseudo-R <sup>2</sup> (Nagelkerke)	.151	.039	.114	.135	.176	.187

<sup>+</sup> p ≤ .10; \* p ≤ .05; \*\* p ≤ .01; <sup>1</sup> Zeitabhängig

Quelle: SOEP (Wellen O bis R (1998-2001), eigene Berechnungen)

Der in Modell 6 berechnete Interaktionseffekt zwischen einer Vollzeitberufstätigkeit der Frau und dem berufsorientierten Lebensstil wird jedoch auf dem 5%-Niveau signifikant.<sup>11</sup> Er kann in zwei Lesarten interpretiert werden: Erstens spricht dieser

<sup>11</sup> Die in einem nicht dargestellten Modell berechnete Wechselwirkung zwischen Bildungsniveau und Erwerbsstatus wird dagegen nicht signifikant.

Effekt für das Postulat, dass die Gruppe der voll erwerbstätigen Frauen im Hinblick auf die Heiratsneigung nicht homogen ist, da die Berufsorientierung auch innerhalb dieser Gruppe variiert. Zweitens könnte die Interaktion auch so gedeutet werden, dass der mit der Berufsorientierung verbundene Humankapitaleffekt erst dann wirksam wird, wenn der Einstieg ins Erwerbsleben vollzogen wurde (Institutioneneffekt, vgl. Brüderl & Diekmann 1994).

Zusätzlich ist relevant, wie sich das Merkmal Berufsorientierung innerhalb des Paares verteilt. Nach Modell 1 in Tabelle 5 steigt die Heiratswahrscheinlichkeit mit einer relativ zur Frau ansteigenden Berufsorientierung des Mannes tendenziell an – und zwar auch bei Kontrolle der Partnerdifferenzen beim Bildungsniveau. Dieser Befund spricht für die Hypothese, dass traditionell ausgerichtete Paare eine höhere Heiratswahrscheinlichkeit aufweisen. Diese ist auch darauf zurückzuführen, dass die Wahrscheinlichkeit der Familiengründung bei dieser Konstellation größer ist: Nach Kontrolle der Geburt des ersten Kindes in Modell 2 (Tabelle 5) wird der Effekt der Berufsorientierungsdifferenzen insignifikant.

Für einen freizeitorientierten Lebensstil, insbesondere für das Spannungsschema, war ebenfalls ein negativer Effekt auf die Heiratswahrscheinlichkeit erwartet worden. In den Modellen 1 und 2 (Tabelle 4) stehen das Spannungs- und Hochkulturschema bei Männern und Frauen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Übergangsrate. In Modell 3 übt das Spannungsschema bei Frauen dagegen einen signifikanten negativen Einfluss auf die Heiratsneigung aus (Exp(B): .753). Dieser Effekt, den auch Duvander (1999) berichtet, wurde in Modell 2 durch die Merkmale Alter, Haushaltseinkommen sowie Konfessionszugehörigkeit unterdrückt, die in Modell 3 kontrolliert wurden (Suppression). Bei zusätzlicher Kontrolle der Familiengründung in Modell 5 wird der Zusammenhang zwischen dem Spannungsschema und der Heiratswahrscheinlichkeit der Frau erneut insignifikant. Die Freizeitorientierung der Frau beeinflusst ihre Heiratsneigung also offenbar indirekt negativ, da sie ihre Fertilitätsneigung reduziert.<sup>12</sup>

Die Familiengründung hat selbst – übereinstimmend mit den eingangs zitierten Studien – einen starken positiven Effekt auf die Heiratswahrscheinlichkeit. Die partielle Varianzaufklärung dieser Variablen ist mit 4,1% größer als die Erklärungskraft aller hier analysierten Lebensstilmerkmale (der Frau) zusammengenommen (3,9%, vgl. Modell 2).<sup>13</sup> Es kann jedoch die Hypothese bestätigt werden, dass der häuslich-familienorientierte Lebensstil auch bei Kontrolle der Familiengründung die Heiratswahrscheinlichkeit erhöht. Das Lebensstilmerkmal beeinflusst die Übergangsrate der Frau z.B. nach Modell 4 positiv (Exp(B): 1.565). Dieser Effekt wird zwar bei Kontrolle der Geburt des ersten Kindes in Modell 5 reduziert (Exp(B): 1.397), bleibt aber – genauso wie im entsprechenden Modell für den Mann (1) – sig-

---

12 Bei Männern lässt sich unabhängig von der Modellspezifikation kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Spannungsschema und der Heiratswahrscheinlichkeit nachweisen. Unerwartet und erklärungsbedürftig ist zudem das Ergebnis, dass Frauen, die hoch auf dem Hochkulturschema laden, tendenziell eine höhere Heiratswahrscheinlichkeit aufweisen.

13 Bezogen auf den Mann liegt die Varianzerklärung aller betrachteten Lebensstilmerkmale mit 3,1% noch etwas niedriger.

nifikant. Dieser Befund korrespondiert mit der Sichtweise, dass auch die Teilpopulation, die sich für ein Kind entscheidet, im Hinblick auf die Familienorientierung nicht homogen ist.<sup>14</sup>

*Tabelle 5: Übergang von der nichtehelichen Lebensgemeinschaft in die erste Ehe (zeitdiskrete Ereignisdatenanalyse) – Paarmodelle*

	1	Modell 2 Paar Exp(B)	3
<i>Konditionale Haupteffekte</i> <sup>1</sup>			
Berufsorientiert	.860	.914	.818
Häuslich-familienorientiert	1.626**	1.503*	1.615**
Religiosität	1.942**	1.996**	2.160**
<i>Gerichtete Partnerdifferenz</i> <sup>2</sup>			
Berufsorientiert	1.307 <sup>+</sup>	1.235	–
Häuslich-familienorientiert	.941	.981	–
Religiosität	1.135	1.070	–
<i>Ungerichtete Partnerdifferenz</i> <sup>3</sup>			
Berufsorientiert	–	–	.940
Häuslich-familienorientiert	–	–	.518**
Religiosität	–	–	.884
<i>Kontrollvariable</i>			
Durchschnittsalter (-16) <sup>4</sup>	2.068**	1.915**	2.146**
Durchschnittsalter (-16) quadriert <sup>4</sup>	.977**	.978**	.975**
Kohabitationsdauer (Jahre) <sup>4</sup>	.891*	.872**	.886*
Bildungsjahre <sup>1,4</sup>	.991	1.004	.990
Gerichtete Bildungsdifferenz <sup>4</sup>	1.047	1.051	–
Haushaltsnettoeinkommen/100 <sup>4</sup>	1.022 <sup>+</sup>	1.044**	1.026*
Erstes Kind (ja) <sup>4</sup>	–	3.577**	–
Heiratsereignisse	108	108	108
Zensierte Episoden	748	748	748
Pseudo-R <sup>2</sup> (Nagelkerke)	.127	.175	.145

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ ; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

<sup>1</sup> Partnermittelwert <sup>2</sup> Mann-Frau <sup>3</sup> | Mann-Frau | <sup>4</sup> Zeitabhängig

Quelle: SOEP (Wellen O bis R (1998-2001), eigene Berechnungen)

14 Der in einem nicht dargestellten Modell berechnete Interaktionseffekt „Erstes Kind x Häuslich-familienorientierter Lebensstil“ zeigt zwar bei Frauen in die erwartete Richtung, wonach die Heiratswahrscheinlichkeit auch innerhalb der Gruppe der (werdenden) Mütter mit der Familienorientierung steigt, wird aber nicht signifikant. Die Ergebnisse in Modell 5 zeigen zudem, dass der negative Effekt des Bildungsniveaus und einer Vollzeitberufstätigkeit der Frau auf die Heiratswahrscheinlichkeit durch die Familiengründung erklärt werden (Humankapitaleffekt, vgl. z.B. Blossfeld & Jaenichen 1992). Nach Modell 4 reduziert sich die Chance, dass das Heiratsereignis eintritt, mit jedem Bildungsjahr der Frau um 8% (Exp(B): .920). Dieser Effekt wird bei Kontrolle der Familiengründung in Modell 5 – genauso wie der Einfluss der Vollzeitberufstätigkeit – insignifikant.

Zum Effekt von Partnerdifferenzen bei der Familienorientierung waren konkurrierende Hypothesen formuliert worden: Die erste Möglichkeit bestand darin, dass dieses Lebensstilmerkmal – ähnlich wie die Berufsorientierung – von den Partnern getauscht wird. In diesem Fall sollte die Heiratswahrscheinlichkeit steigen, wenn die Frau relativ zum Mann familienorientierter ist. Dieser Effekt kann nicht nachgewiesen werden (Tabelle 5, Modell 1, Exp(B): .941). Die konkurrierende zweite Hypothese lautete, dass eine Homogamie der Partner beim familienorientierten Lebensstil die Heiratsneigung indirekt erhöht, weil bei dieser Konstellation eher ein Konsens der Partner über das „Ob“ und „Wann“ der Familiengründung zu erwarten ist. Diese Hypothese wird bestätigt, da sich die Heiratswahrscheinlichkeit mit steigenden ungerichteten Differenzen bei der Familienorientierung der Partner reduziert (Tabelle 5, Modell 3, Exp(B): .518).

Schließlich kann – in Übereinstimmung mit den Resultaten von Thornton, Axinn & Hill (1992) oder Duvander (1999) – ein positiver Zusammenhang zwischen der Religiosität und der Heiratswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen nachgewiesen werden. Dieser Effekt bleibt auch bei Kontrolle der formalen Konfessionszugehörigkeit und weiterer Merkmale signifikant (Tabelle 4).

Darüber hinaus war postuliert worden, dass absolute Differenzen bei der Religiosität der Partner die Heiratswahrscheinlichkeit senken, da sie ein Indikator für unterschiedliche Einstellungen zur Ehe sind. Diese Hypothese wird durch die Ergebnisse nicht unterstützt, da der entsprechende Differenzterm zwar in die erwartete Richtung zeigt, aber nicht signifikant wird (Tabelle 5, Modell 3, Exp(B): .884).

## 6. Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass der Übergang von der nichtehelichen Lebensgemeinschaft in die erste Ehe eng mit den Prioritäten der Akteure in den konkurrierenden Lebensbereichen Arbeit, Freizeit und Familie zusammenhängt. Der Übergang wird beschleunigt, wenn das Paar die traditionelle Variante der Arbeitsteilung wählt, in der die Eheschließung speziell für die Frau mit ökonomischen Anreizen verbunden ist. Diese Konstellation ist vor allem dann gegeben, wenn sie über ein eher niedriges Bildungsniveau verfügt und (relativ zu ihrem Lebenspartner) weniger berufsorientiert ist. Darüber hinaus trägt auch ein häuslich-familienorientierter Lebensstil dazu bei, dass die Frau eher zur Familiengründung tendiert, als berufliche Ambitionen zu verfolgen. Die Heiratsneigung sinkt dagegen, wenn kein Konsens der Partner über die Perspektive der Partnerschaft und die damit verbundene Aufgabenverteilung – hinsichtlich der Familiengründung – herrscht. Dafür spricht der negative Effekt absoluter Differenzen bei der Familienorientierung auf die Übergangsrate.

Nichtehelich kohabitierende Personen zeichnen sich typischerweise durch ihre geringe Identifikation mit religiösen Werten aus. Gravierende lebensformspezifische Unterschiede bestehen jedoch vor allem im Hinblick auf die Arbeitsteilung. Bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften handelt es sich nach den vorliegenden Ergebnissen häufig um eher egalitär ausgerichtete Zwei-Karrieren-Beziehungen. Diese

Konstellation wird durch ein hohes Bildungsniveau, eine Vollzeitwerbstätigkeit sowie einen berufsorientierten Lebensstil der Frau begünstigt. Bei einer egalitären Arbeitsteilung ist die Frau nicht nur in verringertem Maße auf die ökonomische Absicherung durch die Ehe angewiesen. Darüber hinaus ist von Verzögerungseffekten auszugehen: Die Unsicherheiten der Lebensplanung werden umso größer sein, wenn nicht nur der Mann, sondern beide Partner berufliche Ambitionen haben, den Einstieg ins Erwerbsleben schaffen müssen oder Mobilitätsanforderungen ausgesetzt sind. Die NEL als Lebensform mittlerer Verbindlichkeit sollte in dieser Situation die größeren Anreize bieten, weil sie temporär einen Aufschub langfristig bindender Festlegungen erlaubt (Oppenheimer 1988).

Viele der bisher berichteten Resultate sind nicht neu, sondern schon im Rahmen der eingangs zitierten Studien diskutiert worden. Die vorliegende Arbeit liefert jedoch neue Erkenntnisse zu der Fragestellung, inwieweit Lebensstilmerkmale das Heiratsverhalten eigenständig erklären können. Hier zeigt sich, dass es unbedingt notwendig ist, zu differenzieren. Einerseits bestehen zwischen einem häuslich-familienorientierten sowie religiösen Lebensstil und der Heiratswahrscheinlichkeit auch bei Kontrolle des Bildungsniveaus, der formalen Konfessionszugehörigkeit und einer Reihe weiterer Merkmale noch positive Zusammenhänge. Dies deutet darauf hin, dass der individuelle Gestaltungsspielraum bezüglich religiöser Aktivitäten angestiegen ist. Allein auf Basis der Konfessionszugehörigkeit sind daher vermutlich nur in sehr begrenztem Ausmaß Aussagen über individuelle Werthaltungen, die für das Heiratsverhalten relevant sind, möglich. Auch bei den Personen, die sich für ein Kind entscheiden, kann nicht automatisch auf einen häuslich-familienorientierten Lebensstil, der die Übergangsrate in die erste Ehe speziell bei der Frau erhöht, geschlossen werden.

Andererseits zeigen die Befunde, dass bestimmte Lebensstilelemente in ihrem Zusammenhang mit dem Heiratsverhalten nicht unabhängig von den soziostrukturellen Rahmenbedingungen gesehen werden dürfen. So ließ sich der negative Effekt des berufsorientierten Lebensstils der Frau auf die Heiratsneigung durch das Bildungsniveau und den Erwerbsstatus erklären. Auch der negative Einfluss des Spannungsschemas auf die Übergangsrate wurde bei Kontrolle der Familiengründung insignifikant. Insofern leisten die Berufs- und Freizeitorientierung zwar keine eigenständigen Erklärungsbeiträge und sollten daher auch in zukünftigen Studien nicht unbedingt direkt erhoben werden. Sie verbessern jedoch unser Verständnis der Prozesse, durch die das Heiratsverhalten gesteuert wird. Die Konfundierung von Bildungsniveau, Erwerbsstatus und berufsorientiertem Lebensstil bestätigt, dass insbesondere auf den beruflichen Erfolg fokussierte Frauen zum nichtehelichen Zusammenleben tendieren. Zudem kann als relativ neue Erkenntnis festgehalten werden, dass eine Freizeitorientierung der Frau im Sinne des Spannungsschemas das Übergangstempo in die erste Ehe offenbar indirekt – über eine verringerte Fertilitätsneigung – senkt.

Abschließend ist zu erwähnen, dass die vorliegende Arbeit einigen Restriktionen unterlag. Da im Sozioökonomischen Panel vergleichsweise wenige Lebensstilitems erhoben werden, musste die Operationalisierung des Lebensstils relativ grob gehalten werden. Die Verwendung von Faktorwerten anstelle von Lebensstilgruppen hat sich jedoch als fruchtbar erwiesen, da sie die eindeutige Interpretation von Zusam-

menhängen zwischen eindimensional gemessenen Konstrukten und der Heiratswahrscheinlichkeit ermöglichte (vgl. Rössel 2005: 144). Eine weitere Restriktion ergab sich daraus, dass die Lebensstilitems im SOEP nur in sehr unregelmäßigen Abständen abgefragt werden. Dadurch konnten Aspekte der zeitlichen Veränderbarkeit des Lebensstils und auch Anpassungsprozesse zwischen den Partnern nicht berücksichtigt werden.

## Literatur

- Allison, Paul D. (1984). *Event history analysis. Regression for longitudinal event data*. Beverly Hills, London, New Dehli: Sage.
- Begg, C. & Gray, R. (1984). Calculation of polychotomous logistic regression parameters using individualized regressions. *Biometrika*, 71(1), pp. 11-18.
- Berrington, Ann (2001). Entry into parenthood and the outcome of cohabiting partnerships in Britain. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), pp. 80-96.
- Blossfeld, H.P. & Jaenichen, U. (1992). Educational expansion and changes in women's entry into marriage and motherhood in the Federal Republic of Germany. *Journal of Marriage and the Family*, 54(2), pp. 302-315.
- Blossfeld, H.P. & Lankuttis, T. (2003). Determinanten der Wiederheirat nach der ersten Scheidung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Familienforschung*, 15( 1), S. 5-24.
- Bost, K.K., Cox, M.J., Burchinal, M.R. & Payne, C. (2002). Structural and supportive changes in couples' family and friendship networks across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 64(2), pp. 517-531.
- Brüderl, J. & Diekmann, A. (1994). Bildung, Geburtskohorte und Heiratsalter. Eine vergleichende Untersuchung des Heiratsverhaltens in Westdeutschland, Ostdeutschland und den Vereinigten Staaten. *Zeitschrift für Soziologie*, 23( 1), S. 56-73.
- Brüderl, J. & Klein, T. (2003). Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland, 1960-2000. In Bien, W. (Hrsg.), *Partnerschaft und Familiengründung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 189-217.
- Clarkberg, M., Stolzenberg, R. M. & Waite, L. J. (1995). Attitudes, values, and entrance into cohabitational versus marital unions. *Social Forces*, 74(2) , pp. 609-632.
- Coleman, M., Gangong, L. & Fine, Marc (2000). Reinvestigating remarriage: Another decade of progress. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), pp. 1288-1307.
- Corijn, Martine, Liefbroer, Aart C. & de Jong Gierveld, Jenny (1996). It takes two to tango, doesn't it? The influence of couple characteristics on the timing of the birth of the first child. *Journal of Marriage and the Family*, 58, pp. 117-126.
- Diekmann, A. (1990). Der Einfluß schulischer Bildung und die Auswirkungen der Bildungsexpansion auf das Heiratsverhalten. *Zeitschrift für Soziologie*. 19(4), S. 265-277.
- Duvander, A.-Z. E. (1999). The transition from cohabitation to marriage. A longitudinal study of the propensity to marry in Sweden in the early 1990s. *Journal of Family Issues*, 20(5), pp. 698-717.
- Esser, H. (1999). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Bd. 1: Situationslogik und Handeln*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Friedman, D., Hechter, M. & Kanazawa, Satoshi (1994). A theory of the value of children. *Demography*, 31, pp. 375-401.
- Goldscheider, C. & Mosher, W.D. (1999). Patterns of contraceptive use in the United States: The importance of religious factors. *Studies in Family Planning*, 22(2), pp. 102-115.

- Griffin, D., Murray, S. & Gonzalez, R. (1999). Difference score correlations in relationship research: A conceptual primer. *Personal Relationships*, 6, pp. 505-518.
- Hill, P. B. & Kopp, J. (1999). Nichtehele Lebensgemeinschaften – theoretische Aspekte zur Wahl von Lebensformen. In T. Klein, T. & W. Lauterbach (Hrsg.), *Nichtehele Lebensgemeinschaften. Analysen zum Wandel partnerschaftlicher Lebensformen*. Opladen: Leske + Budrich. S. 11-33.
- Hill, P. B. & Kopp, J. (2006). *Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag (4. Auflage).
- Huinink, J. (2005). Räumliche Mobilität und Familienentwicklung. Ein lebenslauftheoretischer Systematisierungsversuch. In A. Steinbach (Hrsg.), *Generatives Verhalten und Generationenbeziehungen. Festschrift für Bernhard Nauck zum 60. Geburtstag*. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 61-84.
- Lauterbach, W. (1999). Die Dauer Nichtehele Lebensgemeinschaften. Alternative oder Vorphase zur Ehe? In T. Klein & W. Lauterbach (Hrsg.), *Nichtehele Lebensgemeinschaften. Analysen zum Wandel partnerschaftlicher Lebensformen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 269-307.
- Lichter, D. T., Qian, Z. & Mellott, L. M. (2006). Marriage or dissolution? Union transitions among poor cohabiting woman. *Demography*, 43(2), pp. 223-240.
- Lindenberg, S. (1990). Rationalität und Kultur. Die verhaltenstheoretische Basis des Einflusses von Kultur auf Transaktionen. In: H. Haferkamp (Hrsg.). *Sozialstruktur und Kultur*. Frankfurt/M: Suhrkamp. S. 249-287.
- Lütke, Hartmut (1989). *Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Leske + Budrich.
- Meyer, T. (2001). Das Konzept der Lebensstile in der Sozialstrukturforschung – eine kritische Bilanz. *Soziale Welt*, 52, S. 255-272.
- Müller, H.-P. (1992). *Sozialstruktur und Lebensstile. Der neuere theoretische Diskurs um soziale Ungleichheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Müller, R., Sommer, T. & Timm, A. (1999). Nichtehele Lebensgemeinschaft oder Ehe? Einflüsse auf die Wahl der Partnerschaftsform beim ersten Zusammenzug im Lebensverlauf. Bremen: Universität Bremen (Arbeitspapier Nr. 53 des Sonderforschungsbereichs 186 der Universität Bremen).
- Oppenheimer, V.K. (1988). A theory of marriage timing. *American Journal of Sociology*, 94, pp. 563-591.
- Ott, N. (1989). Familienbildung und familiale Entscheidungsfindung aus verhandlungstheoretischer Sicht. In G. Wagner, N. Ott & H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hrsg.), *Familienbildung und Erwerbstätigkeit im demographischen Wandel*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 97-116.
- Otte, G. (2004). *Sozialstrukturanalysen mit Lebensstilen. Eine Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rössel, J. (2005). *Plurale Sozialstrukturanalyse. Eine handlungstheoretische Rekonstruktion der Grundbegriffe der Sozialstrukturanalyse*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schneider, N. F. & Rüger, H. (2007). Value of Marriage. Der subjektive Sinn der Ehe und die Entscheidung zur Heirat. *Zeitschrift für Soziologie*, 36(2), S. 131-152.
- Schnell, R. (1993). Die Homogenität sozialer Kategorien als Voraussetzung für „Repräsentativität“ und Gewichtungungsverfahren. *Zeitschrift für Soziologie*, 22(1), 16-32.
- Schröder, J. (2005). *Der Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Fertilität: Ein Überblick über den Forschungsstand*. Mannheim: MZES (Arbeitspapier Nr. 89 des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung).
- Schulze, G. (1992). *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main, New York: Campus.

- Thornton, A., Axinn, W. G. & Hill, D. H. (1992). Reciprocal effects of religiosity, cohabitation and marriage. *American Sociological Review*, 98(3), pp. 628-651.
- Vaskovics, L. A. & Rupp, M. (1995). *Partnerschaftskarrieren. Entwicklungspfade nichtehelicher Lebensgemeinschaften*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Vaskovics, L. A.; Rupp, M. & Hofmann, B. (1997). *Lebensverläufe in der Moderne: Nichteheliche Lebensgemeinschaften. Eine soziologische Längsschnittstudie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Yamaguchi, K. (1991). *Event history analysis*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Ziefle, Andrea (2004). Die individuellen Kosten des Erziehungsurlaubs. Eine empirische Analyse der kurz- und längerfristigen Folgen für den Karriereverlauf von Frauen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 56(2), S. 213-232.

Eingereicht am/Submitted on: 12.06.2007

Angenommen am/Accepted on: 05.11.12007

Anschrift des Autors/Address of the author:

Daniel Lois, M.A.

Technische Universität Chemnitz  
Institut für Soziologie  
D-09107 Chemnitz

E-mail: [daniel.lois@phil.tu-chemnitz.de](mailto:daniel.lois@phil.tu-chemnitz.de)

Yve Stöbel-Richter, Susanne Goldschmidt,  
Ada Borkenhagen, Ute Kraus & Kerstin Weidner

# Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – mit welchen Konsequenzen müssen wir uns auseinandersetzen?

Developments in reproductive medicine – what consequences do we have to deal with?

## **Zusammenfassung:**

Der vorliegende Artikel soll einen Überblick über verschiedene Aspekte der modernen Reproduktionsmedizin ermöglichen. Auf folgende Schwerpunkte wird deshalb genauer eingegangen: Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten, Wissen in der Bevölkerung, Einschätzung von Chancen und Gefahren, psychologische Aspekte der Kinderlosigkeit, Belastungen während einer IVF-Behandlung, ethisch-moralische Konsequenzen der Verfahren. Darüber hinaus werden Zusammenhänge zwischen demographischer und medizinischer Entwicklung sowie die sich daraus ergebenden spezifischen psychologischen und soziologischen Perspektiven aufgezeigt. Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen nicht nur ein Mangel an Wissen bzgl. fortpflanzungsmedizinischer Aspekte, sondern auch übertrieben große, zum Teil unberechtigte Hoffnungen hinsichtlich der Wirksamkeit der reproduktionsmedizinischen Verfahren. Oftmals werden hochaufwändige und kostenintensive Verfahren eingesetzt, um den (langen) Wunsch nach einem Kind zu erfüllen, allerdings ohne psychischen und sozialen Wirkfaktoren Rechnung zu tragen. Somit steht die Devise „ein Kind um jeden Preis“ seitens vieler Paare und aber auch Reproduktionsmediziner im krassen Gegensatz zu mangelnder Beratung vor, während und nach einer Behandlung.

## **Abstract:**

This report provides an overview about certain aspects of modern reproductive medicine. The following issues are prioritised: development of medical facilities, people's knowledge on reproductive medicine, appraisal of chances and risks, psychological aspects of involuntary childlessness, stresses and strains during IVF treatment, ethical consequences of these medical procedures. Furthermore interactions between demographic and medical developments are analysed as well as resulting psychological and sociological perspectives. Previous research results present both a lack of knowledge towards reproductive medical treatments and disproportionate expectations and hope toward treatment outcome. Very often expensive and complex methods are practiced to fulfil the child wish, but mental and social aspects remain unconsidered. So the motto "a child at any cost" on the part of many involuntary childless couples as well as of some fertility doctors poses a glaring contradiction to insufficient counselling in practice prior to, during and after the treatment.

*Stichworte:* Reproduktionsmedizin, ungewollte Kinderlosigkeit, Fertilitätsentwicklung, Kinderwunschberatung

*Key words:* Reproductive medicine, involuntary childlessness, fertility development, counselling and psychological assessment in fertility medicine

## Fertilitätsentwicklung als demographischer Prozess

Der gesellschaftliche Wandel in den letzten Jahrzehnten kann hinsichtlich familiensoziologischer Aspekte auch als Spannungsfeld zwischen Freiheit und Risiko umschrieben werden. Familiengründung ist nur noch eine Wahloption unter vielen, was auch die Option offen lässt, gar keine Familie zu gründen. Vielfach wird in diesem Kontext von „Bastelbiographien“ und hinsichtlich der verschiedenen Familienformen von „Patchworkfamilien“ oder auch „Wahlverwandtschaften“ gesprochen. War Elternschaft früher selbstverständlich, so wird heute mehr und mehr ein Problem daraus. Dabei sind Zögern, Abwägen und Aufschub kein privater Konflikt, sondern vielmehr Ausdruck des derzeitigen epochalen gesellschaftlichen Wandels. Dieser Wandel hat dazu geführt, dass alte Bindungen aufgelöst wurden und neue Formen des Lebenslaufs und – damit einhergehend – neue Erwartungen und Anforderungen, neue Freiräume und aber auch Abhängigkeiten entstehen. „Der Anspruch auf ein Stück eigenes Leben, der im Gefolge des Wandels entsteht [...] ist wie ein Spiegel, in dem wir den Aufbruch und Umbruch der Lebensformen der Moderne erkennen, ihre Verheißungen und Sehnsüchte, ihre Enttäuschungen und Ängste [...] und ihre Konflikte und Widersprüche, die sich hinein schieben in das Leben der Frau und in das Verhältnis zwischen Mutter und Kind“ (Beck-Gernsheim, 2006, 22–23).

Die Kultur und Strukturen einer Gesellschaft prägen somit auch die Eltern-Kind-Beziehungen und haben Einfluss auf die Entwicklung der Fertilität. Im sogenannten *Human Development Index* der Vereinten Nationen werden anhand von Pro-Kopf-Einkommen, Lebenserwartung und Schulbildung der Bevölkerung eines Landes Rückschlüsse auf die Pro-Kopf-Geburtenzahl gezogen. Diese sogenannte *total fertility rate* hängt eng mit der ökonomischen Entwicklung eines Landes zusammen. Je höher ein Land entwickelt und je modernisierter es ist, desto höher sind vielfach auch die Kosten, die durch ein Kind entstehen. Diese direkten Opportunitätskosten umfassen jene Kosten, welche für die Erziehung und Betreuung eines Kindes aufgebracht werden müssen. Darüber hinaus sind hier aber auch jene indirekten Kosten gemeint, welche daraus resultieren, dass eine Frau vor der Geburt eines Kindes berufstätig und somit ökonomisch unabhängig war und die nun aufgrund des Verdienstaufschlags entstehen. Je nach den geltenden kulturellen und gesellschaftlichen Maßstäben können die Opportunitätskosten sehr hoch sein und in der Folge ein niedriges Geburtenniveau nach sich ziehen (Dickmann, 2003; BMFSFJ, 2005).

Dieser Zusammenhang ist auch erkennbar, wenn man die Fertilitätsraten, d.h. die Anzahl der Kinder je Frau im gebärfähigen Alter, im internationalen Vergleich betrachtet: Deutschland befindet sich dabei mit durchschnittlich 1,4 Kindern je Frau eher im unteren Drittel der Industrieländer. Bei der Betrachtung der Entwicklung

der Bruttogeburtenziffer je 1000 Einwohner im internationalen Vergleich wird deutlich, wie stark die Geburten in den letzten Jahren in fast allen Industrieländern zurückgegangen sind (Tabelle 1). Wurden im Jahr 1950 in Europa noch zwischen 16 und 20 Kinder je 1000 Einwohner geboren, so sank die Zahl bis zum Jahr 2005 teilweise um mehr als die Hälfte (vgl. Hill & Kopp, 2000; eurostat 2003, Lanzieri & Corsini, 2006). Vor allem in den ehemals sozialistischen Staaten waren die Prozesse gravierend, beispielhaft hierfür kann die Entwicklung der Geburtenzahlen in den neuen Bundesländern zwischen 1990 und 1995 betrachtet werden.

*Tabelle 1:* Entwicklung der Geburtenzahlen im internationalen Vergleich (pro 1000 Einwohner)

Land	1950	1960	1970	1980	1990	1995	2002	2005
USA	23,9	23,7	18,3	15,9	16,7	15,3	14,2	k.D.
BRD/ alte BL	16,2	17,4	13,4	10,1	11,5	10,3	G: 8,8	G: 8,4
DDR/ neue BL	16,5	17,0	13,9	14,6	11,1	5,4		
Frankreich	19,8	18,1	16,8	14,9	13,3	12,5	12,8	12,6
Großbritannien	15,9	18,2	16,3	13,4	13,8	12,6	11,3	11,9
Schweden	16,6	14,0	13,7	11,7	14,5	11,7	10,7	10,4
Italien	18,6	18,3	16,8	11,4	9,8	9,2	9,4	9,9
Spanien	20,1	21,5	19,5	15,3	10,2	9,1	10,1	10,9
Indien	44,1	42,0	38,2	34,7	29,9	28,6	23,8	k.D.
China	43,6	37,8	30,6	21,0	21,2	17,8	13,1	k.D.

k.D. = keine Daten verfügbar

Quelle: Hill & Kopp, 2000; eurostat 2003; Lanzieri & Corsini, 2006

Im Jahr der deutschen Vereinigung (1990) betrug die zusammengefasste Geburtenziffer für die DDR erstmals seit 1950 nur mehr knapp 1,5. Im nachfolgenden Jahr (1991) sank diese Ziffer dann weiter auf 0,98 ab. Die für 1993 berechnete zusammengefasste Geburtenziffer betrug 1,4 für Westdeutschland und nur 0,8 für Ostdeutschland. Dieser Trend setzte sich bis 1995 fort, erst seit diesem Zeitraum ist wieder ein Anstieg der Geburten zu verzeichnen, ohne dass allerdings das westdeutsche Niveau erreicht wurde. Derzeit weist Deutschland eine der weltweit niedrigsten Geburtenraten auf.

In Deutschland sind hinsichtlich der Geburtenentwicklung die folgenden Trends charakteristisch: Einerseits erfolgt ein freiwilliger Verzicht auf Kinder oder die Realisierung des Kinderwunsches wird zugunsten anderer Lebensalternativen zurückgestellt. Andererseits wird aufgrund gestiegener Opportunitätskosten sowie eines enorm hohen Erziehungsanspruchs die Kinderzahl auf eine Größe beschränkt, die den gegebenen Lebensbedingungen entspricht. Besonders Frauen mit hohem Bildungsabschluss entscheiden sich immer häufiger gegen oder sehr spät für Kinder. Auch wenn die Zahlen von 41 Prozent kinderlosen Akademikerinnen des Jahrgangs 1965 (Dickmann, 2003; Scharein & Unger, 2005) umstritten sind (Sobotka, 2005; Neyer, 2005), so zeigt sich doch eine deutliche Entwicklung zur Kinderlosigkeit, nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern und nicht nur im akademischen Bereich (DIW, 2004). Scharein und Unger (2005) legen dar, dass die Angaben zu den kinderlosen Akademikerinnen stark entsprechend der zugrunde gelegten Datenbasis (Mikrozensus oder Sozio-ökonomisches Panel – SOEP) differieren und zusätzlich da-

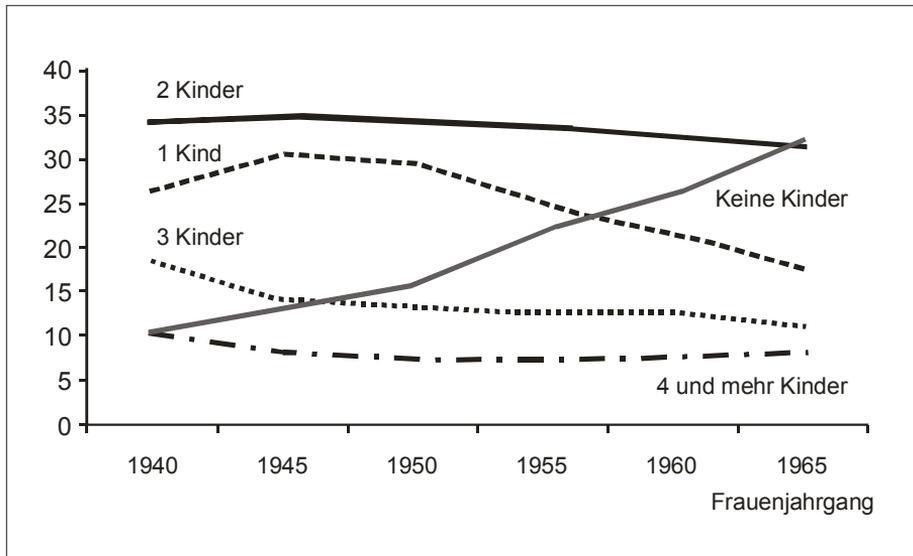
von abhängen, wie der Begriff „akademisch“ definiert wird. „Während der Mikrozensus auf sehr hohen Fallzahlen beruht (es handelt sich um eine 1%-Stichprobe bundesdeutscher Haushalte), hat er deutliche Schwächen bei biografischen Ereignissen wie Geburten. Das Sozio-ökonomische Panel hat zwar eine deutlich kleinere Fallzahl, kann jedoch Geburten im Lebenslauf zu den befragten Frauen zuordnen und dadurch das ‚tatsächliche• Geburtenverhalten abbilden“ (Scharein und Unger, 2005; 6). Berücksichtigt man hingegen die Heterogenität der Gruppe der Akademikerinnen und betrachtet darüber hinaus die gleichen Altersjahre, so differieren die Angaben kaum noch.

Eine beschränkte Kinderzahl ergibt sich auch aus der Entwicklung, dass die Entscheidung zur Elternschaft grundsätzlich nach hinten verschoben wird; das durchschnittliche Erstgraviditätsalter liegt inzwischen bei 28 Jahren. Der Anteil der sog. Spätgebärenden (Frauen über 34 Jahre) ist in den letzten zwei Jahrzehnten von 1,3% auf 22% erheblich gestiegen. Dies führt dazu, dass inzwischen 70% aller Schwangerschaften von den Medizinerinnen als Risikoschwangerschaften eingestuft werden, was wiederum enorme Mehrkosten und diagnostischen Aufwand nach sich zieht (Cornelissen, 2004; Saleth, 2005; Wirth & Dümmler, 2005).

Somit ist zwar die Entscheidung für ein erstes oder zweites Kind verschiebbar, damit sinkt allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass noch eine Entscheidung für ein drittes oder gar viertes Kind positiv ausfällt (Sobotka, 2005). In Deutschland ist die Zahl der gewünschten Kinder im Vergleich mit anderen ausgewählten europäischen Ländern am geringsten: Frauen geben eine durchschnittliche ideale Kinderzahl von 1,75, Männer von 1,59 an. In den anderen Ländern geben die Frauen Werte zwischen 1,84 (Österreich) und 2,33 (Polen), die Männer Werte zwischen 1,78 (Österreich) und 2,29 (Polen) an (Höhn, Ette & Ruckdeschel, 2006).

Neben dem sehr hohen Anteil an Kinderlosen ist auch die Entwicklung der Familienstrukturen dadurch gekennzeichnet, dass jene Frauen, die sich für eine Familie entscheiden, vielfach mehr als ein Kind bekommen und somit die durchschnittliche Geburtenrate teilweise ausgleichen. Somit findet eine Polarisierung der Familienstrukturen statt: Einerseits ist ein deutlicher Rückgang der Ein-Kind-Familie sowie eine Zunahme der Kinderlosigkeit zu verzeichnen, andererseits entscheiden sich nach wie vor 8 Prozent für vier und mehr Kinder (Dickmann, 2003, vgl. Abbildung 1). Diese Prozesse werden in der Soziologie auch als bimodale Verteilung der Kinderzahlen bezeichnet: entweder es erfolgt kein Übergang zur Elternschaft (keine Kinder) oder aber, wenn denn einmal die Entscheidung zur Elternschaft getroffen wurde, erfolgt dies sehr häufig für zwei Kinder. Die Elternschaft mit nur einem Kind ist hingegen seltener. Hierbei muss allerdings nach Bildungsgrad und Geburtsjahrgang sowie nach Region (Ost/ West) unterschieden werden (Grünheid, 2004; Huinink, 2002).

Abb 1: Entwicklung der Familienstrukturen in Deutschland – Anteile der Frauen nach Anzahl der Kinder in Prozent



Quelle: Dickmann, 2003, 20

## Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

Grundsätzlich kann in den letzten Jahren ein Anstieg der Zahl der Kinderlosen registriert werden. Schätzungen für den Geburtsjahrgang 1970 gehen von ca. 30% kinderlosen Frauen für diesen Jahrgang aus (Dickmann, 2003). Allerdings können genaue Zahlen zur Kinderlosigkeit erst nach Abschluss der fertilen Phase, also für Frauen, die 45 Jahre und älter sind, ermittelt werden. In der jüngsten Veröffentlichung des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung werden für den Jahrgang 1955, also für jene Frauen, die ihre fertile Phase definitiv abgeschlossen haben, 22% als kinderlos angegeben, in anderen ausgewählten europäischen Ländern lag die Rate zwischen 8% (Frankreich) und 17% (Niederlande und Großbritannien) (Höhn, Ette & Ruckdeschel, 2006).

Bei der Angaben dieser Zahlen erfolgt jedoch in der Regel keine Unterscheidung zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit. Vor allem die für den Anteil der ungewollt Kinderlosen angegebenen Zahlen sind mit Raten von 10-15 Prozent oftmals zu hoch (Crosignani & Rubin, 1996; Brähler & Stöbel-Richter, 2002). Genauere Schätzungen gehen davon aus, dass:

- 20-30% aller Paare einmal in ihrem Leben unter verminderter Fruchtbarkeit leiden, d.h. innerhalb eines Jahres bei ungeschütztem Koitus nicht schwanger werden (Küppers-Chinnow & Karmaus, 1997; Ittner, Himmel & Kochen, 2000; ESHRE Capri Workshop, 2001),

- 6-9% aller Paare in Mitteleuropa ungewollt kinderlos sind und eine Behandlung wünschen,
- sowie ca. 3% dauerhaft ungewollt kinderlos bleiben (Wischmann et al., 2004; Stöbel-Richter & Brähler, 2005).

Die Entscheidung für oder gegen Kinder ist ein Prozess, der verschiedene Stadien durchlaufen kann; dabei liegt häufig zunächst eine gewollte Kinderlosigkeit vor, die später in eine ungewollte übergehen kann (vgl. Dorbritz, 2005; Kemkes-Grottenhaler, 2003). Nach dem aktuellen Kinderwunsch befragt, gaben in der unten ausführlicher beschriebenen Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2003 von 2110 Männern und Frauen zwischen 18 und 50 Jahren lediglich 3,2% aller ProbandInnen einen starken bzw. sehr starken aktuellen Kinderwunsch an. 33% derjenigen, die generell noch ein Kind wollen bzw. noch ambivalent sind, gaben an, sich derzeit kein Kind zu wünschen (Stöbel-Richter & Brähler, 2006).

Grundsätzlich sollte bei der Frage nach dem aktuellen Kinderwunsch zwischen primärem und weiterem Kinderwunsch unterschieden werden, da es sich bei kinderlosen Personen immer um einen antizipierten Kinderwunsch handelt, während der Wunsch nach einem weiteren Kind auf eigenen Erfahrungen gründet. So ist der Kinderwunsch als solcher, vor allem vor der Erstelternschaft, häufig sehr ambivalent besetzt – vieles spricht dafür, sich ein Kind zu wünschen, gleichzeitig existieren Ängste und Befürchtungen, die vor allem in der psychologischen Literatur sehr ausführlich aufgearbeitet sind (vgl. Gloger-Tippelt, Gomille & Grimmig, 1993; 1994, aber auch Stöbel-Richter, 2000). Dementsprechend häufig wird der Kinderwunsch in höhere Lebensalter verschoben; die Frauen sind heute bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt 28 Jahre alt, Tendenz steigend.

Generell ist der Wunsch nach einem Kind eng mit dem Prozess des Eltern-Werdens verbunden; je nach Standpunkt des Betrachters kann dieser Prozess mehr oder weniger individuumsbezogen interpretiert werden, womit die Thematik des Kinderwunsches sowohl Fragen der Realisierung durch Geburten als auch Fragen der Negierung durch Schwangerschaftsabbrüche (Henning & Henning, 1992) umfasst. Der individuelle Wunsch nach einem Kind ist ein historisch relativ neues Phänomen, da erst die Verfügbarkeit zuverlässiger Verhütungsmethoden und die damit verbundene Trennung von Sexualität und Fortpflanzung eine reale Entscheidungsfreiheit für bzw. gegen ein (weiteres) Kind ermöglichten (Frick-Bruder & Schütt, 1992). Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts war es selbstverständlich, Kinder zu bekommen, die Frage: *Ein Kind – ja oder nein?* stellte sich als solche nicht. Empfängnis, Geburt und Tod waren in eine religiöse und soziale Ordnung eingebunden (Gloger-Tippelt, Gomille & Grimmig, 1993). Obwohl es bereits im Zuge der Industrialisierung zu grundlegenden Veränderungen der Familienformen kam, war die Entscheidungsfrage für oder gegen Kinder als solche irrelevant.

Im individuellen Kinderwunsch spiegeln sich bei Männern und Frauen vielfältige bewusste und unbewusste Wünsche wider (vgl. Beutel, 2002; Beck & Beck-Gernsheim, 1990; Brähler, 1990; Burkart, 1994; Gloger-Tippelt et al., 1994; Kühler, 1989). Grundsätzlich ist die Bedeutung des Kinderwunsches für beide Geschlechter sehr vielschichtig: „Die Psychoanalytische Theorie beschreibt grundlegende Reifungsprozesse, die in den Wunsch nach Elternschaft münden. Empirische Untersu-

chungen weisen aus, dass der Wunsch nach einem Kind geprägt ist von gesellschaftlichen Erwartungen und Normen. Darüber hinaus kann der Kinderwunsch einen Lösungsversuch für intrapsychische oder psychosoziale Konflikte darstellen“ (Brähler, 1990, 35).

In neueren psychologischen Ansätzen wird der Kinderwunsch als Zusammenfassung verschiedener mehr oder weniger bewusster Motive zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft gekennzeichnet, welche durch biologische und intrapsychische Voraussetzungen der Person sowie durch Sozialisation und gesellschaftliche Normen determiniert werden (Mittag & Jagenow, 1985; Gloger-Tippelt et al., 1993; Beutel, 2002; Stammer et al., 2002). Vielfach wird davon ausgegangen, dass diese Aspekte sowohl bejahenden als auch verneinenden Charakter haben und der Kinderwunsch damit ambivalent ausgeprägt ist.

Ruckdeschel (2005, 4) schreibt zum Kinderwunsch: „Der Kinderwunsch ist ein seit langem bekanntes und umstrittenes Maß zur Prognose von Geburtenzahlen. Als sicher kann gelten, dass er Informationen über die grundlegende Bereitschaft, Kinder zu bekommen, liefert. Diese Bereitschaft ist in den letzten 15 Jahren zurückgegangen, wobei vor allem die gewünschte Kinderlosigkeit zugenommen hat. Insgesamt lässt sich ein Polarisierungsphänomen beobachten, das dem tatsächlichen Geburtenverhalten gleicht und für die alten Bundesländer stärker ausgeprägt ist als für die neuen.“

Viele Untersuchungen zeigen, dass die intendierte Kinderzahl im Lebenslauf nicht konstant ist. So zeigten die Ergebnisse der Bamberger Panel-Studie (Schneewind et al. 1992, 346; vgl. auch Schneewind et al., 1997), dass auffällig viele Ehepaare innerhalb einer relativ kurzen Phase der Ehe ihre Kinderwünsche verändert hatten – in Form von einem Aufschub, durch eine zeitliche Konkretisierung, die zeitliche Vorverlagerung der Realisierung der Elternschaft oder die Veränderung der gewünschten Kinderzahl. „Die Ausprägung des Kinderwunsches ist in den meisten Fällen kein Ergebnis einer endgültig feststehenden und punktuellen Entscheidung, sondern eine veränderliche Option“ (Schneewind et al. 1992, 346). Turchi (1991) beschreibt, dass Änderungen der persönlichen Lebensumstände auch zu einer Veränderung der Familienplanung führen können und dass sich auch die Geburt des ersten Kindes auf den Wunsch nach weiteren Kindern auswirken kann.

Die Realisierung des Kinderwunsches hängt aber auch mit der vermeintlichen Planbarkeit von Schwangerschaften zusammen, von welcher, vor allem beim ersten Kind a priori ausgegangen wird. In all unseren Untersuchungen zeigte sich jedoch immer wieder, dass ein großer Anteil an Schwangerschaften ungeplant zustande kommt (Brähler & Stöbel-Richter, 2003; Stöbel-Richter, 2007): So gaben 1999 in einer repräsentativen Erhebung zu Elternschaft und Kinderwunsch von denjenigen Probanden, welche in den letzten zwei Jahren ein Kind bekommen hatten, rund ein Drittel in den alten und knapp die Hälfte der Probanden in den neuen Bundesländern an, dass die Schwangerschaft ungeplant zustande gekommen sei.

Von 518 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren, die in einer Paarbefragung zusammen mit ihren Partnern im Jahr 2003 befragt wurden, gaben 24% an, in den letzten zwei Jahren schwanger gewesen zu sein. Davon war bei 72% die Schwangerschaft geplant, bei 28% ungeplant zustande gekommen (Stöbel-Richter, 2006).

In der Sächsischen Längsschnittstudie, welche ca. 500 Personen seit 20 Jahren jährlich befragt, sind die Probanden inzwischen (2007) 34 Jahre alt und damit mit-

ten im Prozess der Familiengründung. Betrachtet man dabei die Planung von Schwangerschaften in den letzten zwei Jahren, so zeigen die Ergebnisse einerseits, dass Schwangerschaften zwar geplant werden, aber nicht zustande kommen (bei der Hälfte derjenigen TeilnehmerInnen, die im Jahr 2004 eine Schwangerschaft geplant hatten) und dass andererseits bei einem Drittel (im Jahr 2006) die Schwangerschaft ungeplant zustande kam. Beide Ergebnisse sprechen dafür, dass der Übergang zur Elternschaft nicht einer vollständig intendierten Planung unterliegt, sondern eher ein Prozess des Abwägens stattfindet, dem einerseits Unsicherheiten, Ambivalenzen und Ängste und andererseits emotionale Wünsche zugrunde liegen (Stöbel-Richter et al., 2006a; Stöbel-Richter, 2007).

## Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten

Durch die schrittweise Entkopplung von Sexualität, Befruchtung und Fortpflanzung kommt es zu nachhaltigen Veränderungen, welche das Leben zukünftiger Generationen entscheidend bestimmen werden.

Die wenigsten wissen, dass bereits im Jahr 1878 (!) erste Experimente durchgeführt wurden, die der späteren Entwicklung der In-vitro-Fertilisation (IVF) dienen. Ein weiterer Meilenstein war die Entdeckung der Spermienflüssigkeit 1951, sowie zahlreiche Tierversuche mit Hamstern, Mäusen und Kaninchen... Die 1950er und 1960er Jahre waren das „Goldene Zeitalter“ der IVF (Bavister, 2002), erste Erfolge zeichneten sich bei verschiedenen Spezies ab; erstmalig konnten Eizellen von verschiedenen Säugetieren außerhalb des Körpers, *in vitro*, befruchtet werden. Diese entwickelten sich nach dem „Einpflanzen“ normal und lebende Tiere wurden geboren. Die erste erfolgreiche Befruchtung menschlicher Eizellen wurde bereits 1969 verzeichnet (Edwards et al., 1969; Bavister, 2002), dennoch dauerte es noch einmal neun Jahre, bis das erste Kind nach einer In-vitro-Fertilisation geboren wurde.

Der erfolgreiche Einsatz der IVF im Jahre 1978 ermöglichte eine Abkopplung der Fortpflanzung von der Sexualität, denn das (zukünftige) Kind wurde im Reagenzglas, durch Dritte (Biologen, Fortpflanzungsmediziner) gezeugt. Mit der Entwicklung von ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion) im Jahre 1991 wurde die Fortpflanzung auch ohne die Fruchtbarkeit des Mannes möglich, da bei diesem Verfahren Spermien des Mannes direkt aus dem Hodensack punktiert und im Reagenzglas mit der Eizelle der Frau zusammen gebracht werden. Durch die neuesten Entwicklungen wie die PID (Präimplantationsdiagnostik) und die damit mögliche Rohstoffgewinnung aus embryonalen Stammzellen wird inzwischen die Befruchtung auch ohne Fortpflanzung angedacht. Welche Folgen sich aus therapeutischem Klonen oder Klonen zum Zwecke der Reduplikation von Personen ergeben, ist heute überhaupt noch nicht abschätzbar.

In Deutschland sind die Bestimmungen durch das Embryonenschutzgesetz streng geregelt. Aber mit seinen Verboten für z.B. Eizellspende, Leihmutterchaft, Stammzellforschung und Präimplantationsdiagnostik steht Deutschland vielfach allein. Vor allem in den USA ist die Anwendung der o.g. Verfahren erlaubt und somit möglich. Aber auch in Deutschland geraten Politiker zunehmend unter Druck, ob die strengen

Auflagen des Embryonenschutzgesetzes gelockert werden sollen, nicht zuletzt, um im internationalen Wettbewerb mithalten zu können. Vor dem Hintergrund der nach wie vor aktuellen Debatte um die Genehmigung der Präimplantationsdiagnostik (PID) ist an dieser Stelle daran zu erinnern, dass bei der Einführung der IVF die Indikation für die Anwendung dieser Technik zunächst auch relativ eng gefasst war; angedacht war der Einsatz des Verfahren bei Frauen mit verschlossenen Eileitern. Inzwischen wird in vielen Zentren jede Frau behandelt, wenn sie ihren Wunsch nur explizit zum Ausdruck bringt und es bezahlen kann. Vielerorts gelten reproduktionsmedizinische Verfahren wie IVF und ICSI, aber auch die Anwendung pränataldiagnostischer Verfahren als selbstverständliche Dienstleistung (Sorg & Fränznick, 2002). Seitens vieler Ärzte wurde dabei lange Zeit lediglich die somatische Ebene beachtet. Inzwischen setzt sich dank einer psychosomatisch orientierten Gynäkologie mehr und mehr durch, auch psychische, berufliche und partnerschaftliche Aspekte im Kontext mit ungewollter Kinderlosigkeit zu berücksichtigen (vgl. hierzu die Ausführungen von Strauß, Brähler & Kentenich, 2004; Sakolos et al., 2004; Wischmann, 2003; Malin et al., 2001; Felder et al., 2002; Siedentopf et al. 2001).

## Wahrnehmung von Entwicklungen der modernen Reproduktionsmedizin in der Bevölkerung

Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse stammen aus der vom BMBF geförderten Verbundstudie „Einstellungen und Wissen zu kontroversen medizinischen Fragen der Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik“ (BMBF-Förderkennzeichen 01GP0205/0255). Im Leipziger Teilprojekt war die Erhebung von Einstellungen zu modernen reproduktionsmedizinischen Verfahren in der deutschen Allgemeinbevölkerung, im Berliner Teilprojekt die Erhebung von Einstellungen zu modernen reproduktionsmedizinischen Verfahren bei Paaren, die eine Kinderwunschbehandlung begonnen hatten, Inhalt der Studie. Im Auftrag der Universität Leipzig wurden durch das Markt- und Meinungsforschungsinstitut USUMA (Berlin) im November 2003 im Rahmen einer Mehrthemenumfrage 416 Ostdeutsche und 1694 Westdeutsche im Alter von 18 bis 50 Jahren befragt. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 35,8 Jahre, die Standardabweichung 9,1 Jahre. Die Stichprobe bestand aus 929 Männern und 1181 Frauen, eine genauere Stichprobenbeschreibung kann der folgenden Tabelle 2 entnommen werden. Die Personen wurden von geschulten Interviewern zu Hause aufgesucht und dort befragt (Face-to-face-Interviews). Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgte nach einem Random-Route-Verfahren, wobei die im Haushalt zu befragende Zielperson ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ermittelt wurde. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch die Ziehung von ADM-(Arbeitskreis Deutscher Marktforscher)-Stichproben gesichert (vgl. ADM, 1979). Um eine Repräsentativität der Stichprobe bezüglich Alter und Geschlecht zu gewährleisten, wurden die vorhandenen Werte so gewichtet, dass sie in diesen Merkmalen der Grundgesamtheit entsprechen (USUMA, persönliche Mitteilung).

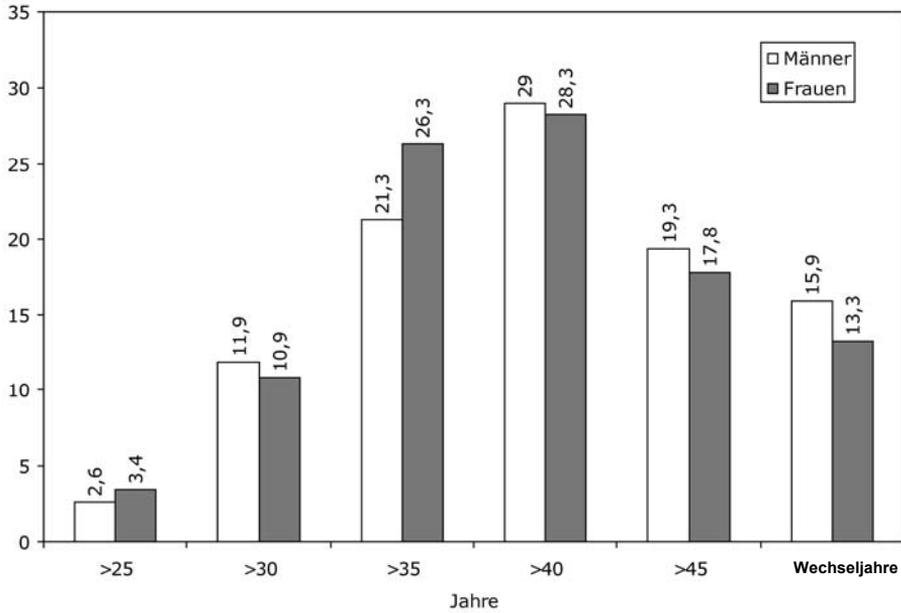
Tabelle 2: Stichprobencharakteristik

		Gesamt	Männer	Frauen
Alter (in Jahren)	MW	35.8	35.4	36.0
	SD	9.1	9.3	8.8
Familienstand	Verheiratet, zusammenlebend	1138 (53.9%)	458 (49.3%)	680 (57.6%)
	Verheiratet, getrennt lebend	29 (1.4%)	13 (1.4%)	16 (1.4%)
	ledig	712 (33.7%)	384 (41.3%)	328 (27.8%)
	geschieden	194 (9.2%)	67 (7.2%)	127 (10.7%)
	verwitwet	37 (1.8%)	7 (0.8%)	30 (2.5%)
Kinder	ja	1275 (60.4%)	472 (50.8%)	803 (68.0%)
	nein	835 (39.6%)	457 (49.2%)	378 (32.0%)
Höchster Abschluss	Ohne Abschluss	19 (0.9%)	5 (0.5%)	14 (1.2%)
	Haupt-/Volksschulabschluss	625 (29.6%)	293 (31.5%)	332 (28.1%)
	Mittlere Reife/ Realschulabschluss	974 (46.2%)	385 (41.5%)	589 (49.9%)
	FS-Abschluss (o. Anerkennung als FH-Abschluss)	90 (4.3%)	34 (3.7%)	56 (4.7%)
	Hochschulreife (Abitur o. abge- schlossenes Studium)	231 (11.0%)	101 (10.9%)	130 (11.0%)
	Uni-/Hoch-/ Fachhoch- schulabschluss	151 (7.2%)	97 (10.4%)	54 (4.6%)
	Schüler/Student	20 (1.0%)	14 (1.5%)	6 (0.5%)

Vielfach gehen Paare davon aus, dass ihnen mit den Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin eine zuverlässige und zeitlich fast unbegrenzte Hilfe bei der Einlösung ihres unerfüllten Kinderwunsches zur Verfügung steht (Onnen-Isemann, 2000; Brähler & Stöbel-Richter, 2002). Diese Annahme basiert allerdings häufig auf mangelhaftem Wissen über die Zusammenhänge zwischen Alter und Fruchtbarkeit. In der o.g. Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2003 wurde gefragt, ab welchem Alter die Fruchtbarkeit der Frau langsam abnimmt. Dass dies bereits mit 25 Jahren der Fall ist, wussten die wenigsten der Befragten. Knapp ein Drittel der Frauen und Männer gaben ab 40 Jahre an, etwas weniger als ein Drittel sogar noch später (vgl. Abbildung 2).

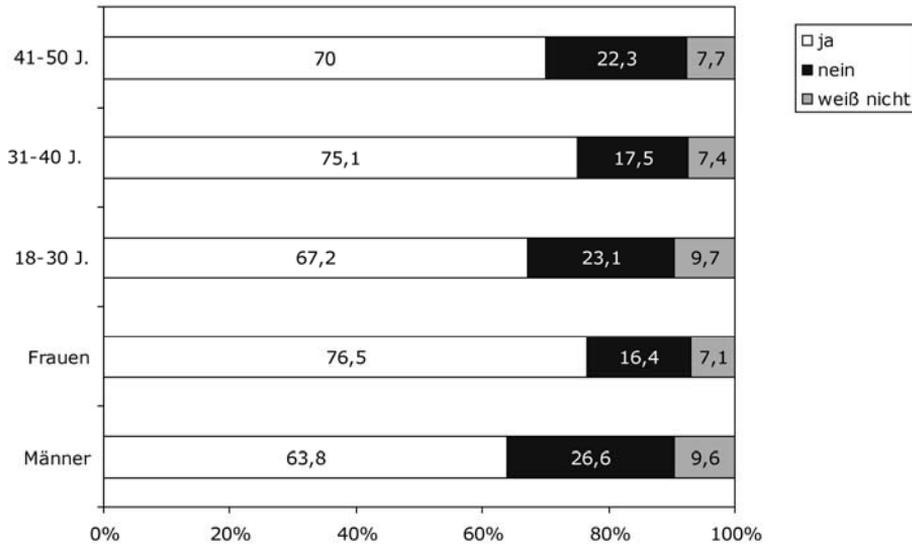
Grundsätzlich haben die meisten der Befragten zum Befragungszeitpunkt schon einmal etwas über Reproduktionsmedizin gehört, gesehen oder gelesen. Erwartungsgemäß ist dies bei Frauen und wahrscheinlich bei den Probanden, bei welchen die Realisierung des Kinderwunsches besonders präsent ist, noch häufiger der Fall (vgl. Abbildung 3).

Abb. 2: Wissen zur Fruchtbarkeit: Ab welchem Alter nimmt die Fruchtbarkeit der Frau langsam ab?



Quelle: Stöbel-Richter & Brähler, 2005

Abb. 3: Kenntnis der Fortpflanzungsmedizin in der Allgemeinbevölkerung

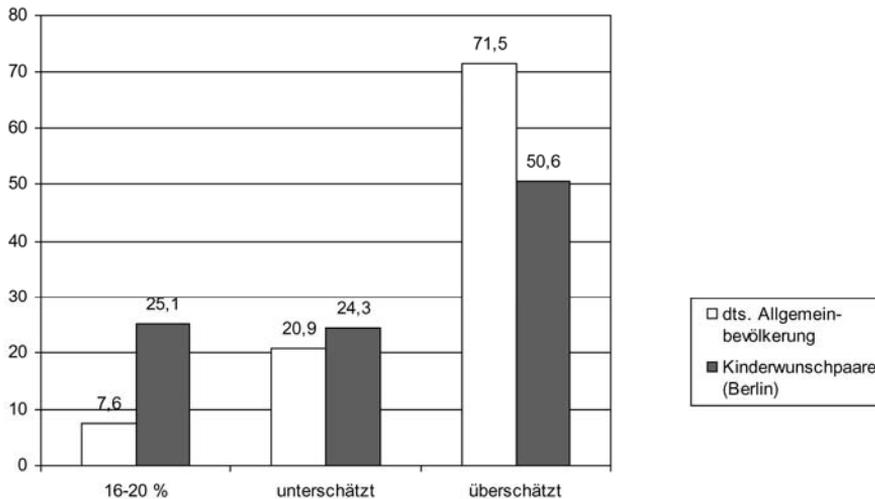


Quelle: Stöbel-Richter & Brähler, 2005

Die Befragten sollten einschätzen, wie hoch die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare in Deutschland ist. Grundsätzlich wird diese als zu hoch eingeschätzt, ebenso wie die eingeschätzten Erfolgsraten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (vgl. Abbildung 4). Die meisten Befragten aus der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe gehen von einer deutlich überschätzten Erfolgsrate aus. Aber auch von den Paaren, die sich mit unerfülltem Kinderwunsch in eine Behandlung begeben, geben vor Behandlungsbeginn 50% eine völlig überschätzte Erfolgsrate an (Daten aus dem Berliner Vergleichsprojekt, N = 530 Paare; Borkenhagen & Kentenich, 2006).

*Abb. 4: Erfolgsquote bei künstlicher Befruchtung*

(„Wie hoch schätzen Sie die Erfolgsquote, also die Wahrscheinlichkeit ein, dass eine Frau bei einem Behandlungszyklus, bei dem sie künstlich befruchtet wurde, ein Kind zur Welt bringt?“)



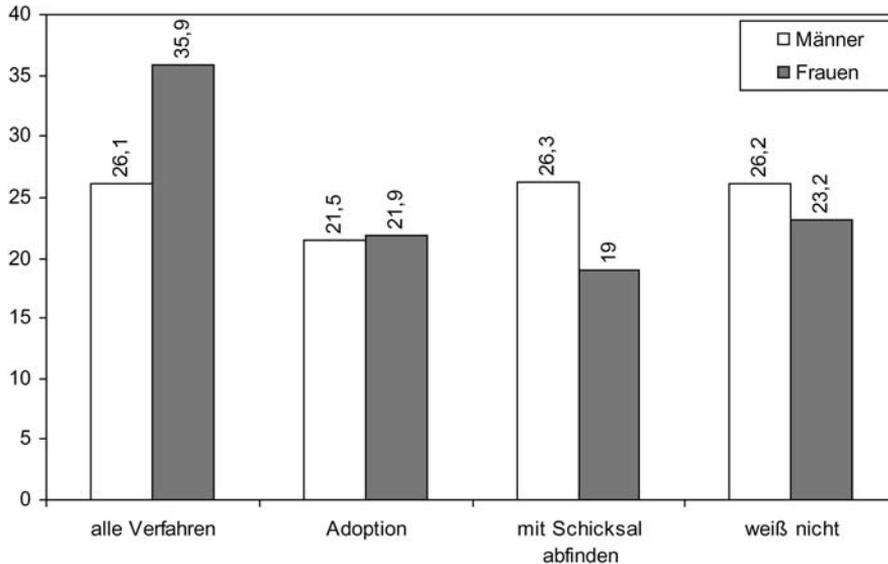
Quelle: zusammengefasste Darstellung. Brähler et al., 2005

Die reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten werden deutlich überschätzt. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass 35,9% der Frauen und 26,1% der Männer angeben, dass sie im Falle einer ungewollten Kinderlosigkeit alle medizinisch möglichen Verfahren nutzen würden (vgl. Abbildung 5).

1,3% der Befragten haben bereits reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen (Stöbel-Richter & Brähler, 2005). Gegenwärtig werden in Deutschland ca. 3% aller Kinder mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen gezeugt (Strauß, Brähler & Kentenich, 2004). Diese Zahlen können allerdings aufgrund geänderter Regelungen zur Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkassen demnächst rückläufig sein. Ohne das hinter einem unerfüllten Kinderwunsch stehende Leid herunterspielen zu wollen, sollten doch aber in der Praxis die mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen anfallenden Kosten kritisch diskutiert werden und eine Behandlung „um jeden Preis“ hinterfragt werden.

### Abb. 5: Reaktion auf eigene Kinderlosigkeit

(„Einmal angenommen, Sie selbst oder Ihr(e) Partner(in) könnten auf ‚natürlichem‘ Wege keine Kinder bekommen, haben aber einen Kinderwunsch. Was würden Sie tun?“, Angaben in Prozent.)



Quelle: Stöbel-Richter & Brähler, 2005

## Individuelle Konsequenzen der Diagnose „Fertilitätsstörung“

Wie wirkt sich die ungewollte Kinderlosigkeit im konkreten Einzelfall aus?

Viele Paare bringt die Diagnose einer Fertilitätsstörung an die Grenzen ihrer seelischen Belastbarkeit (Freeman, Boxer & Rickels, 1985; Burns & Covington, 1999; Carl, 2002). Gerade von Frauen kann die Tatsache, dass das „Natürlichste von der Welt nicht funktioniert“ (Spiewak, 2002, 26) als besonders kränkend empfunden werden. Studien aus den USA haben ergeben, dass Infertilität zu den stressvollsten Lebenssituationen gehören kann – vergleichbar mit dem Verlust eines Partners oder dem Tod eines Kindes. Die emotionalen Reaktionen auf die Diagnose „Fertilitätsstörung“ reichen von Schock und Erstaunen bis hin zu Depression und Trauer (Spiewak, 2002). „Der unerfüllte Kinderwunsch als nicht-normatives Lebensereignis vermittelt Betroffenen den Eindruck, sozial in eine Außenseiterposition geraten zu sein“ (Beyer, 2004).

In der sehr umfangreichen Arbeit von Beyer (2004) zur ungewollten Kinderlosigkeit, sowie deren Bewältigung werden sowohl kurz- als auch langfristige Folgen des unerfüllten Kinderwunsches unterschieden. Dabei zählen zu den kurzfristigen Folgen: eine starke emotionale Belastung, erhöhte Depressionswerte, Beeinträchti-

gungen im Selbstwertgefühl, eine erhöhte Somatisierungsneigung und *state*-Ängstlichkeit sowie sozialer Rückzug und Stigmatisierungserfahrungen. Bei der Auswertung von längerfristigen Folgen konnten zum Teil keine Unterschiede zu Personen mit Kindern und keine Beeinträchtigungen durch Einsamkeit trotz weniger umfassender sozialer Netzwerke festgestellt werden. Dennoch sind ungewollt kinderlose Frauen im Alter belasteter als ungewollt kinderlose Männer und es kommt bei beiden Partnern zu einer schlechteren Versorgung im Alter und bei Krankheit.

Grundsätzlich stellt der unerfüllte Kinderwunsch vor allem für Frauen eine starke emotionale Belastung dar. Oft konnten bei kinderlosen Frauen höhere Depressivitätswerte nachgewiesen werden, die mit zunehmender Behandlungsdauer weiter ansteigen (Beyer, 2004).

Aber ungewollte Kinderlosigkeit ist in den meisten Fällen kein punktuell, an einen bestimmten Lebensabschnitt gebundenes Phänomen, sondern Ergebnis einer allmählichen Entwicklung. Der hierbei entstehende subjektive Leidensdruck und die damit verbundene Notwendigkeit, ein leibliches Kind zu bekommen, sind nicht zu unterschätzen und können schließlich auch die Fortpflanzungsmediziner unter starken Handlungsdruck setzen. So entsteht eine wechselseitige Beeinflussung, in welcher aber die individuell Betroffenen die weit reichenden Konsequenzen nicht abzuschätzen vermögen. Von vielen Paaren wird der Reproduktionsmediziner – bewusst oder unbewusst – in die Rolle des verbündeten, überkompetenten und potenten Dritten gedrängt, dem auch die Entscheidung über einen weiteren Behandlungszyklus angetragen wird.

Vielfach werden nicht nur die Erfolgsraten, sondern auch die physischen und psychischen Belastungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung deutlich unterschätzt (van Balen, Naaktgeboren & Trimbos-Kemper, 1996; Onnen-Isemann, 2000; Waldschmidt, 2002). Wie bereits oben gezeigt wurde, beendet die Mehrzahl aller Paare die reproduktionsmedizinische Behandlung erfolglos, vor allem dann, wenn die Frauen bereits älter als 40 Jahre sind (Brähler & Stöbel-Richter, 2002). Liegen die klinischen Schwangerschaftsraten bzw. Raten des Embryotransfers bei mit IVF oder ICSI behandelten Frauen zwischen 31-35 Jahren noch bei 35%, so sinken sie bei Frauen über 40 Jahre auf 10% (DIR 2005). Dabei meinen diese Raten lediglich die klinischen Schwangerschaften, nicht jedoch die tatsächlichen Geburten, hierfür dürften die Zahlen noch niedriger sein, da mit höherem Alter auch die Abort- und Missbildungswahrscheinlichkeit erhöht ist. Auf die Themen Interruptio nach Pränataldiagnostik (nach fortpflanzungsmedizinischer Behandlung) oder Fruchtsackreduktion bei Mehrlingsschwangerschaften soll, trotz deren ethischer Brisanz, an dieser Stelle nicht eingegangen werden (vgl. hierzu Borkenhagen, Stöbel-Richter, Brähler & Kentenich, 2004).

Sterilitätsaspekte spielen im Lebensentwurf nur äußerst selten eine Rolle, wie z.B. bei onkologischen Erkrankungen. „Normalerweise dreht sich die Kinderfrage um das Ob und Warum oder das Wann und mit Wem. Darüber was wäre, wenn es nicht klappt, denkt niemand nach.... Die trügerische Gewissheit, jederzeit schwanger werden zu können, lässt die Familiengründung planbar erscheinen. ... Je schöner der Plan, je enger das Zeitfenster zum Kinderkriegen, desto größer der Druck, wenn es nicht klappt“ (Spiewak, 2002, 29). Plötzlich sehen sich die Betroffenen gezwungen, zweigleisig zu leben – mit einem Plan für den Fall, dass alles wie bisher bleibt und ein Kind weiterhin auf sich warten lässt und mit einem zweiten Plan für das Eintre-

ten der erhofften Schwangerschaft. Dennoch wird die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem weiteren Leben, wenn der Kinderwunsch dauerhaft unerfüllt bleibt, erst einmal aufgeschoben. Gerade für beruflich erfolgreiche Paare, Mitte 30, die plötzlich die Erfahrung machen müssen, dass etwas in ihrem Leben nicht planbar ist und nicht auf Anhieb klappt, ist die Kränkung enorm. Der plötzliche Kontrollverlust über den eigenen Körper und somit über die vorgesehene Familienplanung stellt oftmals die erste schwere Lebenskrise dar.

Nichts desto trotz stellen sich „Kinderwunschaare“ zu Behandlungsbeginn zufriedener und glücklicher dar, als Vergleichs- bzw. Kontrollgruppen (Felder et al., 2000; Goldschmidt, 1999; Beyer, 2004). Dies kann einerseits mit einem tatsächlichen stärkeren Zusammenhalt ob des gemeinsamen Leidensweges zusammenhängen. Andererseits muss aber auch, nicht zuletzt aufgrund zahlreicher eigener Interviewerfahrungen, geschlussfolgert werden, dass sich die Paare sehr sozial erwünscht darstellen und bei vielen die Angst vor einer weiteren Stigmatisierung eine kritische Reflektion der Paarbeziehung ausschließt. Hierzu schreiben Wischmann et al. (2002, 128): „Although they are often very distressed, at first many couples understandably shy away from speaking about their problems and conflicts. Many also fear that psychotherapists will find that there is an unconscious block, which could put the ‘Blame’ for the infertility on one or both partners.“

## Individuelle Aspekte der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Gegenwärtig trägt die Reproduktionsmedizin mit ca. 3% zu den Geburtenzahlen bei (Wischmann et al., 2004; Brähler et al., 2001a). Allerdings ist hier zu bemerken, dass es keine gesicherten Erkenntnisse darüber gibt, inwiefern es bei Nichtbehandlung oder durch andere Behandlungsmaßnahmen, z.B. eine Paartherapie, nicht auch zu ähnlichen Erfolgen gekommen wäre (Verres, Wischmann & Gerhard, 2001).

Dennoch weckt jede neue Technik neue Hoffnungen und stellt damit die Betroffenen vor neue Entscheidungssituationen. Unter dem Motto „nichts unversucht gelassen zu haben“ werden alle nur möglichen Techniken in Anspruch genommen. Auch wenn durch neue gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Kostenübernahme die finanzielle Belastung hoch ist, können sich viele Paare nur schwer von ihren Hoffnungen und damit letztlich von ihrem Kinderwunsch verabschieden und eine erfolglose Behandlung akzeptieren und beenden.

Viele Frauen durchlaufen über Jahre hinweg reproduktionsmedizinische Behandlungen, die sie als körperlich und psychisch belastend empfinden. In körperlicher Hinsicht müssen sie sich mit Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Gewichtszunahme oder dem Risiko der Überstimulation auseinandersetzen. Bezogen auf die psychischen Belastungen ist vor allem der sich mit jeder Behandlung erneut wiederholende Kreislauf von Behandlung, Hoffen, Warten und Enttäuschung, wenn die Menstruation wieder einsetzt, zu verarbeiten. Die Frauen befinden sich oft in einem Spannungsfeld von Hoffen und ihrem Erleben, dass ihr Kinderwunsch unerfüllt bleibt (Sorg & Fränznick, 2002; de Jong, 2002).

Grundsätzlich ist die gesamte Behandlung eine Zeit der Geduld und des Wartens: warten, dass die Follikel reifen, warten, dass Ei- und Samenzellen sich vereinigen, warten auf das Ergebnis des Schwangerschaftstests und schließlich, wenn es nicht geklappt hat, warten auf den nächsten Versuch. Die Gefühle fahren während eines Behandlungszyklus Achterbahn: zum Beginn überwiegen Hoffnung und Optimismus, dann schleichen sich langsam Angst vor Misserfolg und wenn dieser bestätigt wird, Trauer und Verzweiflung ein. Als am schlimmsten wird von den meisten Frauen das Warten auf die Nachricht, ob die Behandlung erfolgreich war, beschrieben (vgl. Stammer, Verres & Wischmann, 2004; Meyer & Felder, 1998).

Obwohl bereits seit Jahren die psychologische Beratung und Aufklärungspflicht vor Behandlungsbeginn verbindlich per Gesetz geregelt wurden (5. Sozialgesetzbuch, §27a, sowie Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK), vgl. hierzu auch Kentenich, 2001), zeigen sich in der Praxis erhebliche Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Zentren. Inzwischen finden sich immer mehr Zentren, in denen ein Psychologe/ eine Psychologin zum Behandlungsteam gehören und in welchen auch eine psychosomatische Behandlungsweise favorisiert wird, dennoch gibt es auch nach wie vor Zentren, in denen die psychologische Beratung eher eine „Feuerlöschfunktion“ in Notfällen hat und in denen eine strikt somatische, auf die punktuelle Diagnostik ausgerichtete Behandlung im Vordergrund steht (Kentenich et al., 2004). In letzteren werden dann auch Frauen unabhängig von ihrer psychischen und körperlichen Verfassung behandelt. „Fertilitätseinschränkungen werden in erster Linie als technische Probleme eingestuft, und die medizinischen Verfahren beziehen sich auf deren Lösung mithilfe bestimmter Techniken... Psychologische, soziale oder ökonomische Aspekte in der Verursachung oder als Folge der Kinderlosigkeit oder der Behandlung werden meist nicht oder nur am Rand berücksichtigt“ (Könnecke, 2000, 166).

Auch wenn jene Frauen, welche die Behandlung erfolglos abschließen oder diejenigen, die einen Abort erleiden, den größten Unterstützungsbedarf haben, ist eine psychologische Beratung während und nach der Behandlung für alle Patientinnen/ Paare nach wie vor einzufordern. Für diese so wichtige und doch auch sehr schmerzliche Zeit der Trauer fühlen sich die in den Zentren arbeitenden Reproduktionsmediziner nicht mehr zuständig. Somit steht ein enorm hoher medikamentöser, ärztlicher und finanzieller Aufwand, der betrieben wird, um eine Frau schwanger werden zu lassen, im krassen Missverhältnis zum Fehlen jeglicher Hilfe, wenn es nicht klappt.

Sowohl die Zeit der Behandlung, als auch die Zeit danach, stellen eine harte Belastungsprobe für das Paar dar. Phasen, in denen Schuldgefühle und entsprechende Vorwürfe verbalisiert werden, können ebenso auftreten, wie die gegenläufige Tendenz, dass das Paar durch die Behandlung noch enger zusammengeschweißt wird.

Die Ergebnisse der Studien des BMBF-Verbundes „Fertilitätsstörungen“ haben gezeigt, dass unmittelbar nach einer erfolglosen Behandlung 30-40% der Frauen phasenweise in eine Depression fallen bzw. unter Ängstlichkeit und psychosomatischen Beschwerden leiden. Dabei kann aber davon ausgegangen werden, dass diese Symptome infolge des unerfüllten Kinderwunsches, die Diagnose der Unfruchtbarkeit und die Behandlung auftreten und nicht als psychische Auffälligkeiten a priori vorhanden sind (vgl. hierzu die Veröffentlichungen von Brähler & Goldschmidt; 1998; Strauß, 2002 und Strauß, Brähler & Kentenich, 2004).

In verschiedenen Studien konnte aber auch gezeigt werden, dass vor allem Frauen, die über vielfältige personale bzw. soziale Ressourcen verfügen, die Behandlungsbelastungen positiver bewältigen, so z.B. Frauen mit einer optimistischen Grundhaltung, mit einem positiven Sinnerleben im unerfüllten Kinderwunsch, Frauen in der Auseinandersetzung mit der ungewollten Kinderlosigkeit eine Chance für die Partnerschaft sehen, sowie generell die realistische Einschätzung der Behandlungschancen. Frauen mit eher vermeidendem *coping* bzw. Frauen, die sich für den Ausgang der Behandlung verantwortlich fühlen und bei Misserfolg mit Schuld- und Schamgefühlen reagieren, sind eher gefährdet, in eine depressive Grundstimmung zu verfallen (vgl. Beyer, 2004).

So wie die Entscheidung für ein Kind ein Prozess ist, so ist auch die Verarbeitung einer ungewollten Kinderlosigkeit ein Prozess, der sich über lange Jahre hinziehen kann und dessen positiver Verlauf nicht zuletzt auch davon abhängt, die Trauer wirklich gespürt und zugelassen und Abschied von diesem Lebensentwurf genommen zu haben. Dabei spielen die Ursachenzuschreibungen eine wesentliche Rolle. „Kinderlose Frauen, die ihre Kinderlosigkeit im späten Erwachsenenalter durch äußere Umstände, wie beispielsweise das Schicksal oder die mangelnden medizinischen Möglichkeiten erklärten, waren mit ihrem Leben zufriedener als Frauen, die sich selbst die Schuld gaben“ (Beyer, 2004, 30).

Auch im Bereich der Forschungen zu ungewollter Kinderlosigkeit sind zahlreiche Forschungsdefizite vorhanden; vor allem über die Gruppe derjenigen, die sich trotz ungewollter Kinderlosigkeit nicht für eine Behandlung entschließen, ist bis heute nichts bekannt. Vielmehr konzentrieren sich die meisten Erhebungen auf Betroffene, bei denen es in Folge der Behandlung zur Elternschaft gekommen ist. Somit sind also auch die Erkenntnisse über die langfristige Verarbeitung der ungewollten Kinderlosigkeit lückenhaft (Beyer, 2004). Schließlich beruhen viele Studien auf relativ kleinen Fallzahlen, so dass eine Verallgemeinerung nur sehr schwer möglich ist.

## Ethisch-moralische und gesellschaftliche Aspekte

Nicht nur das Bild der Elternschaft und die Rolle der Frau in der Gesellschaft werden durch die Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung tangiert, sondern auch die Sexualität, die Partnerschaft, die Schwangerschaft, die Rolle des Kindes und die Rolle des Mannes (Ulrich et al., 2000; Laster, Siedentopf & Kentenich, 2000). Die Entwicklung der medizinischen Technik kann zur programmierten Zeugung im Labor unter Einbeziehung von individuellen und sozial akzeptierten Wunschkriterien führen, was z.B. bereits jetzt in einigen Ländern am Einsatz der PID zur Geschlechtswahl sichtbar wird. Durch die Trennung von Zeugung und Sexualität, wie ja bei reproduktionsmedizinischen Verfahren praktiziert, entzieht sich die Zeugung dem genetischen Zufallsprinzip. Die durch die Einführung der Pille mögliche Sexualität ohne Zeugung wurde von vielen als Befreiung empfunden, ob dies bei der fortschreitenden Trennung der Zeugung von der Sexualität auch der Fall ist, darf bezweifelt werden.

Durch das Hinausschieben der Erstelternschaft, vor allem in Akademikerkreisen, werden Argumentationen möglich, die eine Planbarkeit der Elternschaft mit Hilfe

der Reproduktionsmedizin propagieren. Der Erfinder der „Pille“, Carl Djerassi, sprach sich in einem Interview dafür aus, dass Frauen und Männer im Alter von 20 Jahren ihre Ei- bzw. Spermazellen einfrieren lassen sollten, um diese dann zu gegebener Zeit – nach beruflicher und finanzieller Etablierung – wieder auftauen und mittels reproduktionsmedizinischer Verfahren befruchten und in die Frau einspülen zu lassen (Schindele, 2000). Dabei wird allerdings impliziert, dass dann auch eine Schwangerschaft zustande kommt. Schaut man sich aber die Bilanzen des deutschen IVF-Registers an, so wird schnell klar, dass für eine Frau ab 40 Jahren die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung mit erfolgreicher Schwangerschaft minimal sind.

Die im deutschen IVF-Register angegebenen Zahlen für eine erfolgreiche Behandlung betragen nach IVF 20,5%, nach ICSI 24,7%, meinen aber den Embryotransfer. Die dokumentierte (unvollständige) Lebendgeburtenrate lag 2002 für IVF bei 14,5%, für ICSI bei 16,5% (DIR, 2003). Für das Jahr 2004 gingen die Zahlen, aufgrund der neuen Zuzahlungsregelungen der Krankenkassen noch weiter zurück: nur noch 11.364 IVF-Zyklen und 23.942 ICSI-Behandlungen wurden durchgeführt. Davon bekamen nach einer IVF-Behandlung 11%, nach einer ICSI-Behandlung 12% der Frauen ein Kind (DIR, 2005, vgl. Tabelle 3). Wenn man nicht die klinischen Schwangerschaften 100% setzt, so wie das im Deutschen IVF-Register (DIR) üblich ist, sondern die durchgeführten Behandlungszyklen, so wird das ganze Ausmaß und die ganze Widersprüchlichkeit der Verfahren deutlich: lediglich 25% können überhaupt eine erfolgreiche Behandlung im Sinne eines Embryotransfers verzeichnen und lediglich 11% bekommen schließlich auch ein Kind, d.h. von zehn Frauen verläuft für *eine* Frau die Behandlung wirklich erfolgreich!

*Tabelle 3: IVF und ICSI – Durchgeführte Behandlungszyklen und Erfolgsraten (DIR 2004)*

2004	IVF		ICSI	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Behandlungen	11.848	100	25.339	100
Klinische Schwangerschaften (Implantation)	2.971	25,07	6.658	26,27
Keine Angaben	974	8,22	2.083	8,22
Geburten	1.314	11,09	3.131	12,35
Aborte	626	5,28	1.334	5,26
Extrauterin gravidität	57	0,48	110	0,43
Einlinge	1.008	76,71*	2.473	78,98*
Zwillinge	288	21,91*	621	19,83*
Drillinge	18	1,36*	37	1,18*

\* diese Prozentangaben sind auf die Geburten bezogen errechnet

Der HFEA-Report 2002 (Human Fertilisation and Embryology Authority) weist für den Zeitraum 2000/2001 für ICSI und IVF eine Erfolgsrate von 24,9% aus. Die geringeren Raten in Deutschland sind auch durch die – im Anbetracht der methodischen Fortschritte – restriktiven Vorgaben des „Embryonenschutzgesetzes“ von 1990 bedingt. In den durch das Bundesministerium für Bildung, Forschung und Technik (BMBF) geförderten Forschungsverbänden des Förderschwerpunktes „Fertilitätsstörungen“ waren es lediglich 30% aller mit reproduktionsmedizinisch assistierten Maßnahmen behandelten Frauen, die ihre Behandlung erfolgreich abschlossen.

Neben diesem enormen finanziellen, materiellen, personellen und seelisch-körperlichen Aufwand, welcher für den erfolgreichen Abschluss einer Behandlung betrieben wird, muss auch mehr und mehr die soziokulturelle und gesellschaftliche Problematik der Reproduktionsmedizin gesehen werden; der oben beschriebene Aufschub der Erstelternschaft bringt verschiedene Konsequenzen mit sich: einen stärkeren Druck für die Frauen/ Paare, wenn es nicht gleich klappt, somit eine frühere Inanspruchnahme von und eine stärkere Nachfrage nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und die Weitergabe des Drucks auf die Reproduktionsmediziner, welche einerseits häufig die realen Chancen einer erfolgreichen Behandlung nicht klar darlegen und die andererseits immer stärker nach Möglichkeiten suchen, die Erfolgsraten der Verfahren zu verbessern (z.B. durch Micro-Sort – s. Glossar – oder PID). So ist es denn auch nicht verwunderlich, dass eine durch IVF oder ICSI schwanger gewordene Frau grundsätzlich als Risikoschwangere eingestuft wird, was eine vermehrte pränatale Diagnostik (auch invasiv) und häufigere Geburten per Kaiserschnitt nach sich zieht.

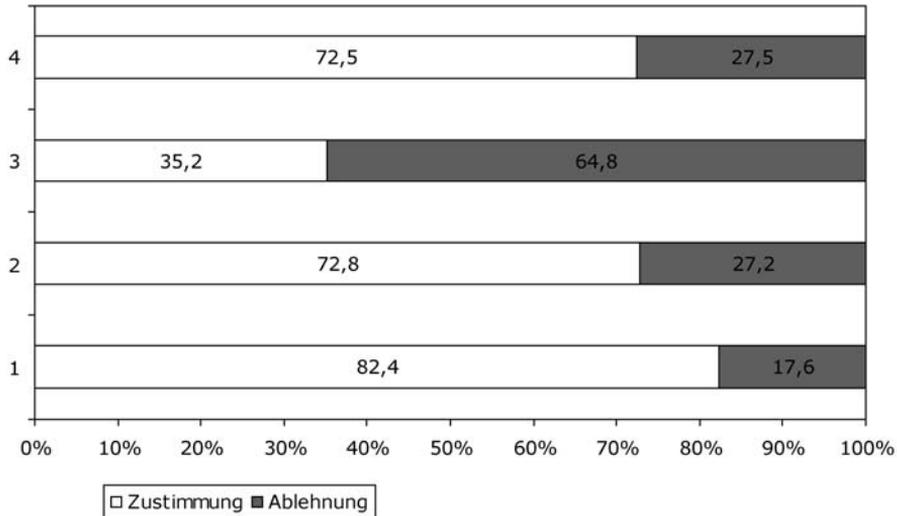
## Allgemeine Bewertung der Reproduktionsmedizin in der Bevölkerung

Wie werden verschiedene, auch im Text angesprochene Aspekte der Reproduktionsmedizin in der Allgemeinbevölkerung bewertet? Den im Jahr 2003 in der o.g. repräsentativen Bevölkerungsbefragung befragten Personen wurden mehrere Aussagen zu verschiedenen Aspekten der Reproduktionsmedizin vorgegeben:

- 1 Ungewollt kinderlose Paare sollten alle Techniken der Fortpflanzungsmedizin nutzen, um leibliche Kinder zu bekommen.
- 2 Unfruchtbare Paare nehmen Techniken der Fortpflanzungsmedizin in Anspruch, ohne die Risiken wirklich abschätzen zu können.
- 3 Auch ältere Frauen sollten unabhängig von der biologischen Altersgrenze ihren Kinderwunsch mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin verwirklichen können.
- 4 Die Anwendung neuer Techniken in der Fortpflanzungsmedizin verursacht schwerwiegende moralische Konflikte.

Die Antworten erfolgten auf einer fünfstufigen Skala von 1 = stimme nicht zu bis 5 = stimme voll zu. In Abbildung 6 sind die Antworten „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ sowie „stimme teilweise zu“, „stimme eher zu“ und „stimme voll zu“ zusammengefasst. Es zeigte sich, dass trotz moralischer Konflikte (4) und schwer abzuschätzender Risiken (2) ungewollt kinderlose Paare alle verfügbaren Techniken nutzen sollten (1), ältere Frauen nach dem Klimakterium diese Chancen jedoch nicht wahrnehmen sollten (3) (s. Abbildung 6).

Abb. 6: Meinungen zu verschiedenen Aspekten der Reproduktionsmedizin



- 1 Ungewollt kinderlose Paare sollten alle Techniken der Fortpflanzungsmedizin nutzen, um leibliche Kinder zu bekommen.
- 2 Unfruchtbare Paare nehmen Techniken der Fortpflanzungsmedizin in Anspruch, ohne die Risiken wirklich abschätzen zu können.
- 3 Auch ältere Frauen sollten, unabhängig von ihrer biologischen Altersgrenze, ihren Kinderwunsch mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin verwirklichen können.
- 4 Die Anwendungen neuer Techniken in der Fortpflanzungsmedizin verursacht schwerwiegende moralische Konflikte.

Quelle: Stöbel-Richter & Brähler, 2005

## Zusammenfassung

Die Zahl ungewollt kinderloser Paare in Deutschland ist in der Vergangenheit mit 15-20% deutlich überschätzt worden. Der Prozentsatz dieser Paare liegt in Deutschland aktuell unter 3%. Im Gegensatz dazu steigt die Zahl der gewollt kinderlosen Paare. Dabei korrespondiert der höhere Bildungsgrad der Frauen zum Teil mit einem höheren Ausmaß an Kinderlosigkeit. Diese Kinderlosigkeit ist maßgeblich durch den Aufschub der Realisierung des Kinderwunsches bedingt, das durchschnittliche Gebäralter von Frauen zwischen 15 und 49 Jahren lag in Deutschland im Jahr 2001 bei 28,8 Jahren, die Tendenz steigt weiterhin (Eurostat, 2005).

In Deutschland wünschen sich die meisten Menschen nach wie vor zwei Kinder. Dass dies nicht verwirklicht wird, kann auch auf eine zunehmende Elternfeindlichkeit unserer Gesellschaft zurückgeführt werden. So ergab eine neue Repräsentativbefragung der 16- bis 49-jährigen Bevölkerung in Frankreich und Deutschland des Instituts für Demoskopie Allensbach vom April 2007 mit dem Titel „Land ohne Kinder? Geburtenrate – ein deutsch-französischer Vergleich“ dass 80% der franzö-

sischen Bevölkerung zutiefst überzeugt sind, in einem kinderfreundlichen Land zu leben. Im Gegensatz dazu sind dies in Deutschland laut der Umfrage nur 25%. Eine Mehrheit der deutschen Bevölkerung hält Deutschland sogar für wenig kinderfreundlich. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass auch die persönlichen Kinderwünsche in Frankreich signifikant höher liegen als in Deutschland – sowohl bei den Kinderlosen als auch bei den Eltern. Die Ergebnisse unterstreichen die Ergebnisse der *Population Policy Acceptance Study* (PPAS) 2003 und des *Generations and Gender Survey* (GGS) 2005 (Dorbritz, Lengerer & Ruckdeschel, 2005; Höhn, Ette & Ruckdeschel, 2006; Ruckdeschel, 2007; Gückel, 2007).

Hier muss in Deutschland also kein Wertewandel bei den jungen Menschen stattfinden, sondern ein Wandel bei der Setzung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Ob das in diesem Jahr eingeführte neue Elterngeld hierbei ein erster Schritt sein kann, wird sich noch zeigen müssen. Dass derartige Maßnahmen die Geburtenraten steigern können, ebenso wie die Bereitstellung von Betreuungsplätzen und damit die Erleichterung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder auch die steuerlichen Begünstigungen für unverheiratete Paare mit Kindern, zeigen die Geburtenziffern in Ländern wie Frankreich, Norwegen und Schweden (Hoem, Neyer & Andersson, 2006).

Es wird jungen Leuten fälschlich suggeriert, dass sie ihren Lebensplan beliebig gestalten und später noch ein Kind bekommen können. Die Polemik der Medien, dass mit Hilfe der assistierten Reproduktionsmedizin problemlos der hinausgeschobene Kinderwunsch nahezu unabhängig vom Alter der Frau realisiert werden kann, erweist sich in den meisten Fällen als trügerisch.

Reproduktionsmedizinische Verfahren sind in der Bevölkerung relativ bekannt, allerdings sehr ungenau. Die unterstreicht nur den Beratungsbedarf bei Paaren, die eine Behandlung wünschen. Auch wenn ungewollte Kinderlosigkeit als belastendes Lebensereignis unbedingt akzeptiert werden muss, so sollte das erste Ziel einer jeglichen Sterilitätstherapie immer sein, die spontanen Konzeptionsraten zu erhöhen (Kentenich et al., 2004).

Besonders schwerwiegend sind Aborte nach einer Kinderwunschbehandlung, hier besteht weiterhin Unterstützungsbedarf, welchem in der Praxis oft nicht gerecht wird. Die Inanspruchnahme einer psychologischen Beratung steigt mit der Kinderwunschdauer und der hohen Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch (Wischmann, 2003). Da Infertilität auch stets mit psychischen Belastungen verbunden ist, sollten die Bestrebungen in der Praxis vor allem dahin gehen, dass die psychosoziale Beratung ein integraler Bestandteil des Behandlungsangebotes ist. Dazu ist es wichtig, dass neben der Beratung entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung durch den Arzt ein behandlungsunabhängiges Angebot getrennt von der ärztlichen Betreuung stattfindet. Dieses Angebot muss durch geschultes, d. h. über die körperlichen und psychischen Aspekte der Infertilität gut informiertes Personal, erfolgen. Neben der fachkundigen psychosomatischen Begleitung eines Paares kann diese Beratung auch dazu dienen, stark belastete Paare, die einer weiteren psychotherapeutischen Betreuung bedürfen, rechtzeitig zu identifizieren (Strauss, Brähler & Kentenich, 2004).

Der Entscheidungsprozess für oder gegen ein Kind unterliegt nicht nur individuellen Werten und Rahmenbedingungen, sondern wird auch durch gesellschaftlich-

strukturelle Aspekte determiniert. Auf der individuellen Ebene gilt es, sich mit vielfältigen Ambivalenzen auseinanderzusetzen, ein Prozess, welcher mit dem Eintritt einer Schwangerschaft durchaus nicht beendet sein muss. Unsere Daten zeigen, dass nicht jede Schwangerschaftsplanung erfolgreich realisiert wird bzw. werden kann, denn der Kinderwunsch allein macht noch nicht schwanger.

## Literatur

- Arbeitskreis Deutscher Marktforschungsinstitute (ADM) (1979). *Musterstichprobenpläne*. München: Moderne Industrie.
- Bavister, B. D. (2002). Early history of in vitro fertilization. *Reproduction*, 124, pp. 181-196.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1990). *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, E. (2006). *Die Kinderfrage heute. Über Frauenleben, Kinderwunsch und Geburtenrückgang*. München: C. H. Beck.
- Beutel, M. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Fehlbildung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beyer, K. (2004). *Ungewollte Kinderlosigkeit. Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter*. Dissertation an der FSU Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005). Deutschland: Kinderlos trotz Kinderwunsch? *Monitor Familiendemographie 1*.
- Borkenhagen, A., Stöbel-Richter, Y., Brähler, E. & Kentenich, H. (2004). Mehrlingsproblem bei Kinderwunschpaaren. *Gynäkologische Endokrinologie*, (2), pp. 163-168.
- Borkenhagen, A. & Kentenich, H. (2006). *Einfluss der Möglichkeiten und der rechtlichen Situation auf die Einstellung und das Wissen zu kontroversen medizinischen und ethischen Fragen in der Reproduktionsmedizin – Wie entscheiden sich Personen in der konkreten Situation? Eine Studie an betroffenen Kinderwunschpaaren*. Unveröffentlichter Abschlußbericht
- Brähler, C. (1990). Familie, Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brähler, E. & Goldschmidt, S. (1998). (Hrsg.). *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen*. Göttingen: Huber (Beiträge zur psychologischen Forschung).
- Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Huinink, J. & Glander, H.-J. (2001a). Zur Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Ost- und Westdeutschland. *Reproduktionsmedizin*, 17, S.157-162
- Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. & Schumacher, J. (2001b). Für und Wider eines eigenen Kindes: Der Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschmotiven (LKM). *Diagnostica*, 47, S. 96-106.
- Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y. (2002). Familienfeindlicher Zeitgeist? - Zum Wandel im Reproduktionsverhalten in Deutschland und im europäischen Vergleich. *Reproduktionsmedizin*, 18, S. 276-282.
- Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y. (2003). Vermehren sich die Unfruchtbaren? - Eine Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Deutschland. In: M. Neises, S. Bartsch, H. Dohnke, H.-R. Falck, W. Kauffels, G. Schmidt-Ott, J. Schwerdtfeger & H. Walter (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2002 der DGPF*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 482-489.
- Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Borkenhagen, A., Kentenich, H., Wisch, S. & Strauß, B. (2005). *Einstellungen und Wissen zu kontroversen medizinischen und ethischen Fragen in*

- der Reproduktionsmedizin und der Präimplantationsdiagnostik*. Vortrag auf dem Statuskolloquium des BMBF 2005 in Berlin.
- Burkart, G. (1994). *Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien*. Stuttgart: Enke.
- Burns, L.H., Covington, S.H. (1999) (Eds). *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. New York (Parthenon Publishing).
- Carl, C. (2002). *Leben ohne Kinder. Wenn Frauen keine Mütter sein wollen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Cornelißen, W. (2004). Lebensentwürfe junger Frauen. *Gynäkologe*, 37, S. 585-590.
- Crosignani, P. G. & Rubin, B. (1996). Infertility revisited: The state of the art today and tomorrow. In: *Guidelines. Prevalence, Diagnosis, Treatment and Management of Infertility – The ESHRE Capri Workshop. Experts on Human Reproduction*, 4, pp. 5-7.
- De Jong, T. M. (2002). *Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch?* Weinheim (Beltz).
- Dickmann, N. (2003). Demographischer Wandel – Geburtenraten im internationalen Vergleich. *IW-Trends*, 1, S. 1-25.
- DIR (2003). *Deutsches IVF-Register für das Jahr 2003*. Bad Segeberg: Bundesgeschäftsstelle, Ärztekammer Schleswig Holstein.
- DIW (2004). *Kinderlose Männer in Deutschland – eine sozialstrukturelle Bestimmung auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)*. Pressemitteilung des DIW Berlin vom 27.01.2004.
- Dorbritz, J. (2005). Kinderlosigkeit in Deutschland und Europa – Daten, Trends und Einstellungen. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften*, 30, S. 359-408.
- Dorbritz, J., Lengerer, A., Ruckdeschel, K. (2005). *Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaften.
- Edwards, R. G., Bavister, B. D., Steptoe, P. C. (1969). Early stages of fertilisation in vitro of preovulatory human oocytes. *Nature*, 227, pp. 1307-1309.
- ESHRE Capri Workshop Group (2001). Social determinants of human reproduction. *Human Reproduction*, 16, pp. 1518-1526.
- Eurostat (2003). *Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten in Europa 2002*.
- Eurostat (2005). *Europa in Zahlen. Eurostat Jahrbuch 2005*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Felder, H., Pantke-Ehlers, E. & Meyer, F. (2000). Subjektive Körperbeschwerden von Frauen und Männern während der In-vitro-Fertilisation. In: E. Brähler, H. Felder & B. Strauss, (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit*. Göttingen: Hogrefe (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Band 17), S. 102-123.
- Felder, H., Goldschmidt, S. & Brähler, E. (2002). Prognostische Kriterien für das Eintreten von Schwangerschaften bei ungewollt kinderlosen Paaren. *Reproduktionsmedizin* 18(1), S. 15-24.
- Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 43, pp. 48-53.
- Frick-Bruder, V. & Schütt, E. (1992). Zur Psychologie des männlichen und weiblichen Kinderwunsches. Entwicklungsbedingungen narzißtischer, depressiver und kreativer Anteile. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42, S. 221-227.
- Gloger-Tippelt, G. (1994). Psychologische Veränderungen beim Übergang zur Elternschaft. In: Frick-Bruder, V., Kentenich, H. & Scheele, M. (Hrsg.). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge zur Jahrestagung 1994*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 55-68.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B. & Grimmig, R. (1993). Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske + Budrich.

- Goldschmidt, S. (1999). *Persönlichkeit, Paarbeziehung und Lebenszufriedenheit ungewollt kinderloser Paare bei In-vitro-Fertilisation*. Dissertation an der Universität Leipzig.
- Grünheid, E. (2004). Junge Frauen in Deutschland: Bei hoher Ausbildung kinderlos? In: Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (Hrsg.). *Demographischer Wandel. Psychosozial 1/2004*, S. 35-46.
- Gückel, B. (2007). Keine Kinder erwünscht? – Die Ergebnisse einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach weisen Deutschland im Vergleich zu Frankreich als kinderfeindliches Land aus. *BiB-Mitteilungen 2/ 2007, 19-21*.
- Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). <http://www.hfea.gov.uk> <21.01.2008>
- Henning, G. & Henning, M. (1992). Soziale Faktoren und Motivationen zum Kinderwunsch und zum Schwangerschaftsabbruch. Sozialmedizinische Studie 1976-1990. In: U. Körner (Hrsg.), *Ethik der menschlichen Fortpflanzung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 77-100.
- Hill & Kopp (2000). Fertilitätsentwicklung: Trends, Erklärungen und empirische Ergebnisse. In: U. Müller, B. Nauck & A. Diekmann, (Hrsg.). *Handbuch der Demographie*. Berlin: Springer, S. 729-750.
- Hoem, J. M., Neyer, G., Andersson, G. (2006). Education and childlessness – The relationship between educational field, educational level, and childlessness among Swedish born in 1955-59. *Demographic Research 14(15)*, S. 331-338.
- Höhn, C., Ette, A. & Ruckdeschel, K. (2006). Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung/Robert Bosch Stiftung.
- Huinink, J. (2002). Familienentwicklung in europäischen Ländern: Zur Erklärung von Polarisierungspänomenen. In: J. Dorbritz, & J. Otto (Hrsg.), *Familienpolitik und Familienstrukturen*. BiB: Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Bd. 108), S. 47-60.
- Ittner, E., Himmel, W. & Kochen, M. M. (2000). Ungewollte Kinderlosigkeit in der Hausarztpraxis: Beratungs- und Betreuungsbedarf. In: E. Brähler, H. Felder & B. Strauß (Hrsg.), *Fruchtbarkeitsstörungen*. Göttingen:Hogrefe (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 17), S. 229-244.
- Kemkes-Grottenthaler, A. (2003). Postponing or rejecting parenthood? Results of a survey among female academic professionals. *Journal of Biosocial Science*, 35, pp. 213-226.
- Kentenich, H. (2001). Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Reproduktionsmedizin*, 17, S. 277-283.
- Kentenich, H., Siedentopf, F., Borkenhagen, A., Heeger-Schmidmaier, J. & Wessel, J. (2004). Bedürfnisse von Frauen mit Kinderwunsch. *Gynäkologe*, 37, S. 600-606.
- Könnecke, R. (2000). *Bewältigungsmuster ungewollt kinderloser Männer*. Frankfurt (VAS).
- Kühler, T. (1989). *Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturüberblick*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Küppers-Chinnow, M. & Karmaus, W. (1997). Prävalenz von verminderter Fruchtbarkeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57, 89-95.
- Lanzieri, G. & Corsini, V. (2006). *Bevölkerung und soziale Bedingungen. Statistik kurz gefasst, 1*. Luxemburg: Eurostat/Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Laster, F., Siedentopf, F. & Kentenich, H. (2000). Gibt es einen Einfluß der subjektiven Befindlichkeit von Patientinnen auf die Schwangerschaftsrate bei IVF/ ICSI? In: K. Weidner, V. Hellmann, D. Schuster, C. Dietrich & M. Neises (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2000 der DGPPG und der OGGP*. Gießen: Psychosozial. S. 213-216.

- Malin, M., Hemminki, E., Rääkkönen, O., Sihvo, S. & Perälä, M.-L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science and Medicine* 53, pp. 123-133.
- Meyer, F. & Felder, H. (1998): Das Erleben einer In-Vitro-Fertilisationsbehandlung unter Berücksichtigung der Paarbeziehung. In: E. Brähler & S. Goldschmidt (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen*. Göttingen: Huber, S. 50-62.
- Mittag, O. & Jagenow, A. (1985). Motive zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an verhütungswilligen Frauen. In: Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 34, S. 20-24.
- Neyer, G. (2005). Die Ausbildungsrichtung ist entscheidend. *Demografische Forschung – Aus erster Hand*, 2/3, 3.
- Onnen-Isemann, C. (2000). *Ungewollte Kinderlosigkeit und die Auswirkungen der Reproduktionsmedizin: Der Fall Deutschland*. Forum Qualitative Sozialforschung, Online Journal 1, 1. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00onnen-ise mann-d.htm>, <22,01.2008>
- Ruckdeschel, K. (2005). Determinanten des Kinderwunsches in Deutschland. *Mitteilungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung* 3, S. 4.
- Ruckdeschel, K. (2007). Nachdenken über den Kinderwunsch. *BiB-Mitteilungen* 1/2007, S. 13-16
- Salakos, N., Roupa, Z., Sotiropoulou, P. & Grigoriou, O. (2004). Family planning and psychosocial support for infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 9, pp. 47-51.
- Saleth, S. (2005). Späte Mutterschaft – ein neuer Lebensentwurf? *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 11, S. 14-15.
- Scharein, M. & Unger, R. (2005). Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen? Die Aussagekraft empirischer Daten zur Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen. *BiB-Mitteilungen*, 2, S. 6-13.
- Schneewind, K. & Vaskovics, L. A. (1992). *Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. & Vaskovics, L. A. (1997). *Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Verbundstudie – Endbericht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schindele, E. (2000). *Weibliche Lebensentwürfe und moderne Reproduktionstechnologien*. Vortragsmanuskript.
- Siedentopf, F., Laster, F. & Kentenich, H. (2001). Gibt es einen Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Schwangerschaftsrate während Sterilitätstherapie? *Zentralblatt für Gynäkologie* 123, S.73-75.
- Sobotka, T. (2005). Kinder nur aufgeschoben oder ganz aufgehoben? *Demografische Forschung – Aus erster Hand*, 2/1, S. 3.
- Sorg, B. & Fränznick, M. (2002). Frauen in der Reproduktionsmedizin: Hoffnungen – Entscheidungszwänge – Behandlungsspiralen. In: E. Brähler, Y. Stöbel-Richter & U. Hauffe (Hrsg.), *Vom Stammbaum zur Stammzelle*. Gießen: Psychosozial. S. 75-96.
- Spiewak, M. (2002). *Wie weit gehen wir für ein Kind?* Frankfurt (Eichborn).
- Stammer, H., Verres, R. & Wischmann, T. (2004). *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Göttingen: Hogrefe.
- Stöbel-Richter, Y. (2000) *Kinderwunsch als Intention. Zur Relevanz persönlicher und gesellschaftlicher Kinderwunschemotive als Prädiktoren des aktuellen Kinderwunsches*. Berlin: Verlag Colloquium Psychoanalyse.
- Stöbel-Richter, Y. (2007). Verhütung und Planbarkeit von Schwangerschaft bei Paaren. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Stöbel-Richter, Y. (2007). *Fertilität und Partnerschaft – Familienbildungsprozesse im Lebensverlauf. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie (SLS) zu Partnerschaft, Familiengründung, Elternschaft sowie zur Bewertung familienpolitischer Aspekte*. Habilitationsschrift eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

- Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2005). *Chancen und Verzicht – Grenzen der Fortpflanzungsmedizin bei ungewollter Kinderlosigkeit*, Dortmund: Humanitas Verlag (Berliner Medizinethische Schriften Heft 54).
- Stöbel-Richter, Y., Berth, H. & Hinz, A. (2006). Kinderwunsch in der Paarinteraktion: Determinanten, Kommunikation und Zusammenhang mit Rollenerwartungen In: A. Hinz, & O. Decker (Hrsg.), *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen*. Gießen: Psychosozial, S. 47-60.
- Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2006). Ausgewählte Fakten zum politischen Lamento über sinkende Kinderzahlen. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 3, 307-314.
- Stöbel-Richter, Y., Förster, P., Brähler, E. und Berth, H. (2007). Vom Single zur Familie. In: H. Berth, P. Förster E. Brähler & Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Einheitslust und Einheitsfrust*. Gießen: Psychosozial, S. 143-176
- Strauß, B. (2002) (Ed.). *Involuntary childlessness*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Brähler, E. & Kentenich, H. (2004) (Hrsg.). *Fertilitätsstörungen - Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Turchi, B. A. (1991). How economics, psychology, and sociology might produce a unified theory of fertility and labour force participation. In: J. Siegers, J. de Jong-Gierveld & E. van Imhoff, (Eds), *Female labour market behaviour and fertility. A rational choice approach*. Berlin: Springer, pp. 237-245.
- Ulrich, D., Gagel, D. E., Pastor, V.-S., & Kentenich, H. (2000). Partnerschaft und Schwangerschaft nach durch IVF-erfülltem Kinderwunsch: eine ganz normale Sache? In: E. Brähler, H. Felder & B. Strauß (Hrsg.), *Fruchtbarkeitsstörungen*, Göttingen: Hogrefe, S. 146-164.
- Van Balen, F., Naaktgeboren, N. & Trimbos-Kemper, T.C.M. (1996). In-vitro-fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 11, pp. 95-98.
- Verres, R., Wischmann, T. & Gerhard, I. (2001). „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ – *Psychosomatische Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Teilprojekte „Fortbildung“ und „Beratung“*. Unveröffentlichter Abschlußbericht.
- Waldschmidt, A. (2002). Agonie oder Autonomie – die Verheißungen der Reproduktionsmedizin. In: *ReproKult Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin in Kooperation mit der Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.*, S. 1-66.
- Wirth, H. & Dümmler, K. (2005). The influence of qualification on women's childlessness between 1970 and 2001 in Western Germany. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 30, S. 313-336.
- Wischmann, T. (2003). Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. *Der Gynäkologe*, 36, S. 125-136.
- Wischmann, T., Stöbel-Richter, Y., Goldschmidt, S., Henning, K., Beyer, K., Stammer, H., Verres, R., Kentenich, H., Brähler, E. & Strauß, B. (2004). Quellentext zur Leitlinie Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie – Diagnostik. In: B. Strauß, E. Brähler & H. Kentenich (Hrsg). *Fertilitätsstörungen - Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer, S. 23-43
- Wischmann, T., Stammer, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2002). Couple counseling and therapy for the unfulfilled desire for a child – The two-step approach of the “Heidelberg Infertility Consultation Service”. In: Strauß, B. (Hrsg.), *Involuntary Childlessness*. Göttingen: Hogrefe, pp.127-149.

Eingereicht am/Submitted on: 16.05.2007

Angenommen am/Accepted on: 08.08.2007

Anschriften der Autorinnen/Adresses of the authors:

Dr. phil. Yve Stöbel-Richter (Korrespondenzautorin/Corresponding author)

Dr. phil. Susanne Goldschmidt

Dr. phil. Ada Borkenhagen

Dipl.-Psych. Ute Kraus

Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

UKL Leipzig

Frauenklinik

Philipp-Rosenthal-Straße 55

D-04103 Leipzig

E-mail: [yve.stoebel-richter@medizin.uni-leipzig.de](mailto:yve.stoebel-richter@medizin.uni-leipzig.de)

[dr.borkenhagen@web.de](mailto:dr.borkenhagen@web.de)

[ute.kraus@medizin.uni-leipzig.de](mailto:ute.kraus@medizin.uni-leipzig.de)

Dr. med. habil. Kerstin Weidner

Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Universitätsklinikum C. G. Carus an der Technischen Universität Dresden

Augsburgerstraße 9, Haus 110

D-01307 Dresden

E-mail: [kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de](mailto:kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de)

## Glossar

**Embryonenschutzgesetz:** Seit 1.1.1991 in Kraft, regelt die Herstellung und Verwendung von menschlichen Embryonen bei o.g. Fertilisationsverfahren. Danach ist ihre Erzeugung zu anderen Zwecken als dem einer Schwangerschaft verboten. Pro behandeltem weiblichen Zyklus dürfen nicht mehr als 3 Embryonen hergestellt und übertragen werden, ihre „Produktion auf Vorrat“ ist untersagt. Weiterhin verboten sind Gentransfers, Klonen, Chimären und Hybridbildung.

**Embryotransfer (ET):** Übertragung des (extrakorporal/ in-vitro gezeugten) Frühembryonen in die Gebärmutter der Frau.

**extrakorporal:** außerhalb des Körpers.

**Fertilität:** Fruchtbarkeit.

**Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):** Injektion einer einzelnen Samenzelle direkt in die Eizelle mit Hilfe von so genannten Mikromanipulatoren bei Fällen von extrem eingeschränkter männlicher Zeugungsfähigkeit.

**In-vitro-Fertilisation (IVF):** sog. Reagenzglasbefruchtung. Befruchtung erfolgt nicht in der weiblichen Tube, sondern → extrakorporal. Durch hormonelle Stimulationsbehandlungen werden mehrere Eizellen zur Ausreifung gebracht, die → laparoskopisch gezielt ausgewählt und mit einer hohen Anzahl vitaler Spermien zur Befruchtung gebracht werden. Die Embryonen werden später in Uterus oder Tube übertragen (→ Embryotransfer). Klassische Indikation: Fehlen oder Funktionsstörungen beider Tuben (tubare Sterilität).

**Laparoskopie:** Bauchspiegelung, operativer Eingriff zur Beurteilung der Eileiterdurchgängigkeit und zu Sterilisationsoperationen am inneren Genitale.

**Micro-Sort:** Trennung von X- und Y-Spermatozoen für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl

**Präimplantationsdiagnostik (PID)** (auch PGD = engl. *Preimplantation Genetic Diagnosis*): Verfahren der genetischen Untersuchung des Embryos nach künstlicher Befruchtung und vor dem Einsetzen in die Gebärmutter der Frau (Implantation). Einzelne Zellen des Embryos im Sechs- und Achtzellstadium werden hierzu im Rahmen einer → IVF-Behandlung zur Diagnose schwerer Erbkrankheiten entnommen. In Deutschland, Österreich und der Schweiz nicht erlaubt.

**Pränataldiagnostik:** Gesamtheit aller Untersuchungen zur Erfassung vorwiegend genetisch bedingter Fehlbildungen und Stoffwechselerkrankungen vor der Geburt. Direkte Methoden beinhalten die Untersuchung des Feten bzw. der Fruchthöhle. Mütterliche Blutuntersuchungen geben indirekte Hinweise auf fetale Störungen.

**Sterilität:** Nichteintreten einer Schwangerschaft bei einem Paar, das über zwei Jahre (lt. WHO) ungeschützten Verkehr ausübt. Der Gynäkologe unterscheidet die primäre Sterilität, bei der noch keine Schwangerschaft eingetreten ist, von der sekundären, bei der nach einer vorangegangenen Schwangerschaft keine weiteren Konzeptionen eintreten.

Anke Rohde, Christiane Woopen & Ulrich Gembruch

# Entwicklungen in der Pränataldiagnostik

## Verändertes Erleben der Schwangerschaft und Auswirkungen bei pathologischem fetalen Befund

Development in prenatal diagnosis – Changes in experiencing pregnancy  
and effects of pathological prenatal diagnosis

### Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pränataldiagnostik hat die Betreuung schwangerer Frauen stetig verändert, und auch von den Frauen wird eine Schwangerschaft heute völlig anders erlebt als noch vor wenigen Jahrzehnten. Trotz erheblicher Fortschritte in der medizinischen Versorgung sind aber noch längst nicht alle Erkrankungen des Kindes therapeutisch zu beeinflussen; insbesondere nach Feststellung einer genetisch bedingten Erkrankung oder schweren Behinderung des Kindes stellt sich für die Frauen und ihre Partner oft die Frage danach, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen können. Betroffene Frauen bzw. Paare reagieren auf solche Situationen nicht selten mit einer Schock-Reaktion, und auch langfristig können sich psychische Probleme einstellen, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder wegen einer medizinischen Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB abgebrochen wurde. Um die Betroffenen in einer solchen Krisensituation zu unterstützen und sie auch im Entscheidungsprozess zu begleiten, wurde an drei Modellstandorten (Bonn, Düsseldorf und Essen) eine psychosoziale Beratung etabliert, wobei diese psychosoziale Beratung zusätzlich zur ärztlichen Beratung unabhängig von konfessioneller oder nicht-konfessioneller Ausrichtung ergebnisoffen erfolgt. Die wissenschaftliche Evaluation von insgesamt 512 Erstberatungen und die Verlaufsuntersuchung über zwei Jahre zeigte eine

### Abstract

The further development of prenatal diagnosis has led to changes in the care for pregnant women. Also, pregnant women nowadays experience pregnancy in a way very different from that a few decades ago. Despite of impressive medical progress, it is still not possible to have a therapeutic impact on all diseases of the foetus and the child. In particular, when a genetic disorder or severe malformation are diagnosed, the question arises whether or not the pregnancy should be continued. More often than not, women or couples, respectively, display a shock reaction following this disclosure. In the long run, psychological problems may evolve, regardless of the continuation of the pregnancy or its termination (abortion) on grounds of article 218a, 2 StGB (German Criminal Code) for medical reasons. For providing support to these women in crisis and for accompanying the decision-making process, psychosocial counselling has been established in three demonstration sites (Bonn, Düsseldorf and Essen). This counselling had been offered in addition to the medical counselling and has been performed in an unbiased manner, regardless of the denominational orientation of the responsible body. The assessment of 512 first-time counselling sessions as well as the accompanying two-year evaluation study show that this kind of counselling has been widely ac-

hohe Akzeptanz der Beratung von Seiten der Betroffenen. Viele Argumente sprechen dafür, eine solche Beratung als Regelangebot im Kontext von Pränatalmedizin zu etablieren.

*Schlagworte:* Pränataldiagnostik, kindliche Fehlbildung, Chromosomenstörung, psychosoziale Beratung.

cepted by the affected women. There are striking arguments for establishing psychosocial counselling as a scheduled part of counselling in prenatal diagnosis.

*Key words:* prenatal diagnosis, developmental disorder, chromosomal disorder, psychosocial counselling

## 1. Die aktuelle Situation in der Pränatalmedizin und Pränataldiagnostik

Die pränatale Medizin – pränatale Diagnostik und Therapie – gehört zu den medizinischen Gebieten, in denen in den letzten Jahrzehnten ein enormer technischer Fortschritt zu weitreichenden Auswirkungen geführt hat. Auf Seiten der Pränatalmedizin stehen heute Untersuchungsmethoden zur Verfügung, die bereits in der frühen Schwangerschaft genauen Aufschluss über das Befinden und die Entwicklung des ungeborenen Kindes (= *Fet*) geben und frühzeitig Erkrankungen, Fehlbildungen und Entwicklungsverzögerungen erkennbar machen; vielfach können diese Feten bereits vor der Geburt behandelt werden. Dies spiegelt den technischen Fortschritt in der Medizin insgesamt wieder. Die Besonderheit hierbei ist, dass in der Pränatalmedizin zwei Patienten zu betrachten sind – die Mutter und das ungeborene Kind; bei auftretenden Störungen und Problemen gibt es teilweise auch ganz direkte Wechselwirkungen. Für die Frauen allerdings, die heutzutage schwanger werden und sich pränataldiagnostischen und vielleicht auch pränatalen therapeutischen Maßnahmen unterziehen, ergeben sich relevante Veränderungen im Erleben der Schwangerschaft und auch im Beziehungsaufbau dem Kind gegenüber.

Die technischen Fortschritte in der Pränataldiagnostik berichten, dass die *Bindung* der Mutter an ihr Kind im Gegensatz zu früher vorverlegt wird. Dazu trägt z.B. die Möglichkeit bei, schon sehr früh eine optische Vorstellung vom Kind zu haben (Ultraschallbild, „Babyfernsehen“). Bereits mit dem ersten Ultraschall in der etwa 8.-10. Schwangerschaftswoche wird das Kind „visualisiert“: Die Größe wird gemessen, der Herzschlag auf dem Ultraschall realisiert. Die Frau hat schon eine Vorstellung vom Kind, wie das folgende Zitat zeigt: „*Ich war heute bei meinem Gynäkologen. Er hat mir bestätigt, dass alles in Ordnung ist. Ich bin jetzt Mitte der siebten Woche, das Kind ist 8,1 mm groß und Herzfrequenz beträgt 125 Schläge/Minute*“ (Zitat einer Patientin, (Rohde 2002). Andererseits führen die zunehmend besseren diagnostischen Möglichkeiten in der Pränatalmedizin dazu, dass Fehlbildungen des Kindes und chromosomale Abweichungen mit daraus resultierenden Behinderungen teilweise schon sehr früh in der Schwangerschaft diagnostiziert werden.

Schwere Erkrankungen oder Behinderungen werden oft erkannt, wenn die nach den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen drei Ultraschalluntersuchungen um die 10.,

20. und 30. Schwangerschaftswoche herum durchgeführt werden, die der Überwachung der normalen Entwicklung der Schwangerschaft dienen. Auch Frauen, die für sich entscheiden, dass sie keine Pränataldiagnostik wollen, weil es für sie keine Konsequenzen hätte („*ein Abbruch käme für mich nicht in Frage*“), sind gut beraten, zumindest diese Routineuntersuchungen wahrzunehmen. Nur so können beispielsweise fetale Wassereinlagerungen, Wachstumsverzögerungen und Mangelversorgung des Kindes bei Plazentainsuffizienz etc. erkannt, adäquat überwacht und behandelt werden können. Nicht zuletzt hat dies zu einer deutlichen Verringerung der perinatalen Morbidität und Mortalität geführt. Sozusagen ein „Nebenprodukt“ dieser fetalen Entwicklungs- und Zustandsdiagnostik kann aber auch die Feststellung einer Erkrankung oder Behinderung sein. „Große Fehlbildungen“ (*major congenital anomalies*) (z.B. von Organen oder Extremitäten) finden sich in etwa 2% bis 3% aller Schwangerschaften, kleinere Anomalien (*minor congenital anomalies*) bei weiteren 3% (Grandjean et al, 1999; Garne et al, 2005). Häufiger werden allerdings Auffälligkeiten in der *weiterführenden Pränataldiagnostik* festgestellt, die Frauen durchführen lassen, um sich bestätigen zu lassen, dass „mit dem Kind alles in Ordnung“ ist. Hier sind beispielsweise spezielle Ultraschalluntersuchungen zur Organdiagnostik zu nennen oder auch die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese). Wird dann – anders als erhofft und erwartet – eine Erkrankung oder Behinderung festgestellt oder auch nur der Verdacht darauf geäußert wird, bedeutet das für die Betroffenen in der Regel zunächst eine *völlig unerwartete Krisensituation*. Die erhobenen Diagnosen und daraus resultierende Aussagen zur weiteren Prognose (resultierende Einschränkungen, z.B. geistige Behinderung, aber auch Therapieoptionen) stellen die Frauen bzw. Eltern nicht selten vor weitreichende Entscheidungen. Dies ist eine Situation, die teils mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden ist. Besonders ausgeprägt ist dies, wenn Behinderungen oder Erkrankungen festgestellt werden, die mit erheblichen körperlichen oder auch geistigen Einschränkungen beim Kind einhergehen. Nicht selten wird in solchen Fällen sehr schnell die Frage des *Schwangerschaftsabbruchs* aufgeworfen. Nach §218a Abs. 2 StGB darf ein Schwangerschaftsabbruch auch nach der 12. Woche nach Empfängnis bzw. nach der 14. Woche nach dem ersten Tag der letzten Menstruation durchgeführt werden, wenn mit dem Austragen der Schwangerschaft für die Mutter erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder seelischen Gesundheit zu erwarten sind, die eine Fortführung der Schwangerschaft für sie nicht zumutbar machen und die nicht auf andere Weise abwendbar sind. Eine solche „*medizinische Indikation*“ zum Schwangerschaftsabbruch wird in der Regel von Pränatalmedizинern gestellt – in der Regel nach ärztlichen, zumeist interdisziplinär erfolgenden Beratungen (in Abhängigkeit von der fetalen Erkrankung neben Pränatalmedizинern z.B. mit Neonatologen, Kinderkardiologen oder Humangenetikern) und – im besten Falle – auch psychosozialen Beratungsgesprächen mit dem Ehepaar. Selten werden auch Psychiater oder sogenannte Ethik-Konsile hinzugezogen.

Unabhängig davon, ob die „Gesundheit“ des Kindes bestätigt oder eine Erkrankung diagnostiziert wird und ob die Schwangerschaft fortgesetzt oder abgebrochen wird, haben sich mit den beschriebenen rasanten Entwicklungen für Frauen heute ganz andere *Rahmenbedingungen* für eine Schwangerschaft ergeben als dies noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war. Einerseits besteht sehr viel mehr Sicherheit, Kinder- und Müttersterblichkeit sind deutlich gesunken; andererseits ergeben sich

durch die Möglichkeit des frühzeitigen Wissens um Erkrankungen bzw. Behinderungen neue Konflikte und Herausforderungen für die werdenden Mütter bzw. Eltern, auf die sie kaum vorbereitet sind und bei denen ihnen kaum psychologische Hilfestellung angeboten wird. Dazu gehört auch, dass die Fortschritte in der Versorgung von Frühgeborenen (Intensivneonatologie) zu einer Verschiebung der Überlebensgrenze für Frühgeborene bis hin zur 23. Schwangerschaftswoche geführt hat: Mit entsprechender medizinischer Betreuung haben heutzutage auch sehr kleine Frühgeborene (schon unter 400 Gramm Geburtsgewicht) eine Überlebenschance, allerdings manchmal um den Preis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Folge der Frühgeburt (z.B. Hirnblutung, Zerebralparese, Blindheit etc.). So entsteht in der klinischen Realität die Situation, dass in der einen Abteilung des Hauses Frauen nach der Feststellung einer Erkrankung oder Behinderung ihres ungeborenen Kindes noch weit nach der 23. Woche einen Schwangerschaftsabbruch einfordern und auf der Nachbarstation Intensivmediziner um das Leben eines in der 24. Schwangerschaftswoche geborenen, extrem kleinen Frühgeborenen kämpfen, für das ein hohes Risiko besteht, schwere dauerhafte Folgeschäden zurückzubehalten, sofern es überlebt.

## 2. Das Erleben einer Schwangerschaft hat sich völlig verändert

Für Schwangere bedeutet dies eine ganz andere Ausgangssituation als noch vor wenigen Jahrzehnten, als es weder die Möglichkeit der Ultraschallüberwachung der Schwangerschaft gab, noch andere weitreichende diagnostische Maßnahmen zur Verfügung standen. Frauen hofften bis zur Entbindung, dass alles gut gehen würde und das Kind gesund sein würde. Auch bezüglich des Geschlechtes, das heute in der Regel bereits ab Mitte der Schwangerschaft bekannt ist – nur selten verzichten Eltern auf die Mitteilung, wenn nach Ultraschall klar ist, ob es ein Junge oder ein Mädchen wird –, gab es allenfalls Vermutungen. Auch Mehrlingsschwangerschaften wurden nicht immer erkannt, als noch keine Ultraschalldiagnostik zur Verfügung stand. Erst in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts begann die Entwicklung der entsprechenden Techniken mit einer sich immer schneller entwickelnden Spezialisierung. Das dadurch auch eine „Technisierung“ von Schwangerschaften entsteht, wodurch das „natürliche“ Erleben von Schwangerschaft und Geburt verloren gehen kann, ist einer der Nachteile dieser Entwicklung. Zudem berichten einige Frauen von einer gewissen Ängstlichkeit, sich vor dem Ergebnis einer pränataldiagnostischen Untersuchung auf das Kind in ihnen einzulassen. Die Mitteilung an Familie und Freunde, schwanger zu sein, und der Kauf von Schwangerschaftskleidung wird zuweilen so lange hinausgezögert, bis die Pränataldiagnostik ein unauffälliges Ergebnis erbracht hat.

Auf der anderen Seite stehen der Rückgang von Kinder- und Müttersterblichkeit durch bessere Vorsorgemaßnahmen und auch eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten bis hin zu chirurgischen Eingriffen bereits im Mutterleib (= Fetalchirurgie). Wegen der veränderten Schwangerschaftsüberwachung, der Verfügbarkeit von

Verhütungsmitteln, der nicht zuletzt daraus resultierenden abnehmenden Kinderzahlen und der immer späteren und gezielteren Familienplanung hat eine Schwangerschaft heute für Frauen eine ganz andere Bedeutung, als dies früher der Fall gewesen ist. Frauen bzw. Paare entscheiden sich häufig sehr bewusst für ein Kind, und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem andere Dinge in ihrem Leben geordnet sind, die Ausbildung abgeschlossen, die berufliche Etablierung weit vorangeschritten und auch die finanzielle Situation einigermaßen gesichert ist. Besonders Frauen haben nicht selten den Anspruch, dass die Schwangerschaft und die Geburt eine besondere und intensive Erfahrung sein sollen – durchaus auch geschürt durch Medienberichte, in denen Schwangerschaft und Mutterglück verklärt dargestellt werden, so dass die Geburt eines Kindes heutzutage als eines der wichtigsten psychosozialen Erlebnisse im Zusammenleben eines Paares anzusehen ist.

### 3. Methoden der Pränataldiagnostik

Pränatale Diagnostik und antenatale Überwachung mit ihren diversen Methoden sind heutzutage ein wesentlicher und teilweise routinemäßig angewandter Teil der modernen Geburtshilfe, deren vornehmliches Ziel es ist, Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen, um dann durch spezielle Maßnahmen einen ungünstigen Schwangerschaftsausgang zu vermeiden. Die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) hat ein Mehrstufenkonzept zur sonographischen Qualifikation etabliert, das eine flächendeckende und abgestufte qualifizierte Diagnostik sicherstellen soll. DEGUM III bedeutet dabei die höchste Qualifikationsstufe, auch in Forschung und Lehre, die üblicherweise in spezialisierten Zentren angeboten wird.

Die wichtigste Methode der pränatalen Diagnostik ist der Ultraschall (zweidimensionaler Ultraschall, dreidimensionaler Ultraschall, Doppler-Sonographie, wie Spektral- und Farbdoppler). Die erste *Ultraschalluntersuchung* wird in der Regel bereits durchgeführt, wenn der Verdacht auf das Vorliegen einer Schwangerschaft besteht, um deren Vitalität und intrauterine Lokalisation zu sichern bzw. Fehlanlagen und Extrauterin gravidität (Bauchhöhlenschwangerschaft) auszuschließen. Nach den Mutterschaftsrichtlinien erfolgen Ultraschalluntersuchungen etwa um die 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche herum. Da Ultraschalluntersuchungen keine Nebenwirkungen haben, können sie bei Bedarf in der Schwangerschaft auch wiederholt werden, z. B. um Wachstum und Zustand des Kindes zu überwachen.

Etwa um die 10. Woche kann erkannt werden, ob die Anlage des Embryos sich zeitgerecht entwickelt hat und der Embryo in seiner Größe den schwangerschaftsaltersabhängigen Normkurven entspricht. Auch Mehrlingsschwangerschaften sowie deren Plazenta- und Eihautverhältnisse gilt es zu erkennen und zu beschreiben und so zwischen dichorialen (zwei getrennte Plazenten) und monochorialen (eine gemeinsame Plazenta mit Gefäßkommunikationen zwischen den Blutkreisläufen beider Feten) Mehrlingen zu differenzieren, wobei letztere ein vierfach höheres Risiko bezüglich perinataler Mortalität und Morbidität aufweisen und von einer frühzeitigen einsetzenden speziellen Überwachung profitieren. Auch erste Hinweise auf eine möglicherweise bestehende Entwicklungsstörung können sich ergeben. Ein wichti-

ger Bestandteil der Früherkennung, obwohl noch nicht in den Mutterschaftsrichtlinien verankert, ist heutzutage die *Messung der Nackentransparenz* im Ultraschall, deren Dicke einen Hinweis auf das Vorliegen einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) geben kann. Diese Untersuchung ist Teil einer gezielten Ersttrimester-Untersuchung, mit der unter Einbeziehung des mütterlichen Alters und den Ergebnissen einer ergänzenden *Blutuntersuchung bei der Mutter* ( $\beta$ -HCG und PAPP-A) das individuelle Risiko des Vorliegens eines Down-Syndroms berechnet werden kann – wesentlich besser als dies bei alleiniger Berücksichtigung des mütterlichen Alters möglich ist. Weitere sonographische „Marker“, die mittlerweile in diese Risikokalkulation einbezogen werden, sind die sonographische Darstellbarkeit des fetalen Nasenbeins, die doppler-sonographische Messung des Blutflusses im Ductus venosus des Feten sowie die Darstellbarkeit einer Trikuspidalklappenregurgitation (Nicolaidis, 2005). Da diese Untersuchung bzw. Risikokalkulation in der Zwischenzeit eine hohe Sicherheit bieten kann, ist auch bei älteren Schwangeren ( $\geq 35$  Jahre) nur noch selten eine mit dem Risiko einer Fehlgeburt (1 : 200 Eingriffe) behaftete Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) zur Gewinnung von fetalen Zellen indiziert, das zur weiteren Analyse verwendet wird und Gewissheit über das Vorliegen eines Down-Syndrom oder einer anderen genetischen Anomalie gibt. Dies hat mittlerweile in dieser Altersgruppe zu einer deutlichen Senkung invasiver diagnostischer Eingriffe geführt, was aufgrund des mittlerweile hohen Anteils älterer Schwangerer (derzeit sind bereits 23% aller Schwangeren 35 Jahre und älter) besonders bedeutsam ist. Auch von Frauen, die im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung schwanger geworden sind, werden diese Möglichkeiten der nicht-invasiven sonographischen Diagnostik und der nachfolgenden Risikokalkulation gerne wahrgenommen.

Bei der *Fruchtwasseruntersuchung* (Amniozentese, die etwa in der 14. bis 16. Woche durchgeführt wird) und ebenso bei der *Chorionzottenbiopsie* (etwa 10. bis 11. Woche) werden fetale Zellen für zytogenetische (Chromosomenanalyse) und in Einzelfällen (spezielle familiäre Belastung) genetische Untersuchungen gewonnen, zum Beispiel um Chromosomenstörungen und einzelne Erbkrankheiten festzustellen. Besonders bei Paaren mit familiärer Vorbelastung oder sonstigen besonderen Risikofaktoren bieten sich solche Untersuchungen an. Die bekannteste chromosomale Anomalie ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom), wobei das Chromosom 21 dreifach statt zweifach vorhanden ist. Es gibt eine Reihe anderer Trisomien und weiterer Chromosomenaberrationen, bei denen die Kinder meist noch vor oder direkt nach der Geburt versterben.

In der *späteren Schwangerschaft* dienen die Ultraschallkontrollen insbesondere der Überwachung von Entwicklung und Wachstum des Kindes. Hierbei können Störungen des Wachstums, aber auch Funktionseinschränkungen einzelner Organe und Fehlbildungen festgestellt werden, wie etwa Einschränkungen der fetalen Nierenfunktion, Herzfehler oder auch fetale Wassereinlagerungen (Hydrops fetalis). Gerade die Ultraschalluntersuchung um die 20. Schwangerschaftswoche herum hat heutzutage als wesentliches Ziel die Kontrolle der „Gesundheit des Kindes“, wobei aufgrund der nun gegebenen Größe des Feten und seiner Organe einerseits und der abgeschlossenen Organentwicklung andererseits häufig gezielt nach Fehlbildungen gesucht wird („weiterführende Organdiagnostik“ gemäß den Mutterschaftsrichtlinien).

en). An spezialisierten Zentren werden hierbei 70% bis 80% der relevanten Fehlbildungen diagnostiziert, bei nicht gezielter Untersuchung hingegen werden nur 20% bis 30% der Fehlbildungen zu diesem Zeitpunkt erkannt (Grandjean et al, 1999; Garne et al, 2005). Ergänzend wird gegebenenfalls die Durchblutung der Plazenta mittels *Doppler-Sonographie* gemessen und damit die Versorgung des Kindes evaluiert. Gerade diese Entwicklungen haben zur Verbesserung der Prognose der Kinder geführt, da die Mangelversorgung durch eine Plazentainsuffizienz heute frühzeitig entdeckt werden kann, noch bevor sie zu einem relevanten Sauerstoffmangel und zum Tod des Ungeborenen führt. Früher verstarb in einem solchen Fall ein Kind vielleicht unerwartet im Mutterleib, heute wird dies oft durch eine verbesserte antenatale Überwachung rechtzeitig erkannt, so dass durch eine medikamentöse Geburtseinleitung oder durch einen Kaiserschnitt die Geburt vorzeitig herbeigeführt und das Kind so gerettet werden kann.

#### 4. Nach Diagnose einer kindlichen Erkrankung oder Behinderung

Durch die Verfeinerung der pränatalen Diagnostik bis hin zum Erkennen auch von komplexen Störungsbildern ist es mittlerweile meist möglich, Erkrankungen des ungeborenen Kindes sehr genau zu erkennen und die Behandlung nach der Geburt zu planen oder sogar bereits im Mutterleib zu beginnen (z.B. durch die Gabe von Medikamenten an die Mutter oder direkt in die Nabelschnur, intrauterine Bluttransfusionen bis hin zu operativen Eingriffen am Feten). Allerdings gibt es nicht bei allen vorgeburtlich erkannten Erkrankungen bzw. Behinderungen Behandlungsmöglichkeiten, oder die Wahrscheinlichkeit bleibender Schäden ist sehr hoch. Gerade in solchen Fällen wird nicht selten von betroffenen Eltern die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gestellt, da in der Regel die werdenden Eltern über diese Möglichkeiten informiert sind. Mit der pränatalen Diagnose beginnt dann oftmals ein intensives Ringen aller Beteiligten um eine Entscheidung: Der Pränatalmediziner muss die Entscheidung treffen, ob er eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch sieht, weil er die Belastung, die auf die Mutter zukommt, als schwerwiegend beurteilt. Die betroffene Frau bzw. das Paar müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch wollen oder ob es nicht doch Alternativen dazu gibt. Alle Beteiligten müssen dabei nicht nur das Ausmaß einer zukünftig zu erwartenden gesundheitlichen Belastung der Frau beurteilen, sondern sich auch mit ethischen und moralischen Grenzen auseinandersetzen. Da das Gesetz mit dem Paragraphen 218a StGB zwar die Rahmenbedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation festlegt, darüber hinaus aber keine Ausführungsrichtlinien oder Leitlinien bestehen (bis zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft und bei welcher Erkrankung bzw. Behinderung kann überhaupt noch ein Abbruch durchgeführt werden; wie hoch muss die zu erwartende Gesundheitsgefahr für die werdende Mutter sein, die man ihr nicht nur zumuten kann?), unterliegen die mit der Frage der Indikationsstellung konfrontierten Ärzte auch subjektiven Einflüssen bei ihrer Entscheidung (eigene moralische

und ethische Wertvorstellungen, Wahrnehmungen des Leidensdrucks bei den betroffenen Frauen etc.).

## 5. Beratung der Betroffenen vor Pränataldiagnostik

Typischerweise nehmen Frauen ohne besondere Risikofaktoren in der Vorgeschichte pränataldiagnostische Maßnahmen deshalb in Anspruch, weil sie die Bestätigung möchten, „dass alles in Ordnung ist“. Nach einer repräsentativen Befragung Schwangerer der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Renner 2007) hatten ein Viertel der Befragten die PND in Anspruch genommen, weil ihre Ärztin/ihr Arzt „es so wollte“. Zwar erfolgt auch bei einer teilweise „routinemäßigen Anwendung“ z.B. von Ultraschalluntersuchung und bestimmten Blutuntersuchungen eine ärztliche Beratung. Eventuelle Konsequenzen sind aber eher selten Thema – nicht zuletzt deshalb, weil auch die Schwangeren sich kaum mit der Frage beschäftigen möchten, was denn wäre, wenn ein normabweichender Befund festgestellt wird. Erst wenn Maßnahmen wie etwa eine Fruchtwasseruntersuchung erwogen werden, die auch ein Fehlgeburtsrisiko (0,5%) in sich bergen, werden mögliche Auswirkungen besprochen: Will ich das Risiko der Fehlgeburt eingehen? Welche Folgen könnte es haben, wenn in der Amniozentese eine Chromosomenstörung festgestellt wird? Wäre ein Schwangerschaftsabbruch zu erwägen oder hat die Patientin auf ihrem persönlichen Hintergrund für sich schon entschieden, dass sie auch ein krankes Kind auf jeden Fall austragen wird? Nach den Ergebnissen unserer eigenen Untersuchung (s. unten und Rohde et al. 2007; Rohde und Wopen 2007a,b) hatten sich 39,3% der Frauen, die psychosozial beraten wurden (in der Mehrzahl wegen eines pathologischen fetalen Befundes) vor Durchführung der pränataldiagnostischen Untersuchungen keine oder kaum Gedanken über eine mögliche Behinderung oder Erkrankung des Kindes gemacht.

In den letzten Jahren machen insbesondere die Schwangerenberatungsstellen, die auch in der Konfliktberatung tätig sind, solche Beratungsangebote im Vorfeld pränataldiagnostischer Maßnahmen. Die praktische Erfahrung zeigt, dass sie kaum in Anspruch genommen wird. Auch im Rahmen unseres Projektes nahmen nur 23 Frauen Beratung vor Pränataldiagnostik in Anspruch, obwohl sie generell allen Frauen vor der Diagnostik offenstehen würde. Nicht zuletzt deshalb trifft dann die Feststellung eines pathologischen Befundes Frauen manchmal wie eine „Keule“. Ein Zitat einer Studienteilnehmerin: „*Man denkt, dass die Untersuchung Routine ist, aber auf einmal bleibt die Welt stehen*“.

Andererseits müssen auch Frauen, die eigentlich jede Art von Pränataldiagnostik ablehnen, weil für sie ein Schwangerschaftsabbruch nie in Frage kämen dahin gehend beraten werden, dass einige der Untersuchungen nur dazu dienen, die Entwicklung des Kindes zu überwachen (z.B. hinsichtlich des Wachstums) und eventuell die Versorgung vor und nach der Geburt zu optimieren, was für einige Kinder lebensrettend sein kann. Auch eine Mutter, die bereits ganz klar weiß, dass sie ein Kind mit Down-Syndrom behalten würde, muss wissen, dass ein dabei vielleicht auftretender Herzfehler besser zu versorgen ist, wenn das Problem vor der Geburt

bekannt ist. Hinweise auf die Optimierung des „perinatalen Managements“ nach pränataler Diagnostik und entsprechenden Maßnahmen (fetale Überwachung, Entbindungsplanung etc.) bei vielen kindlichen Erkrankungen sind besonders im Gespräch mit Menschen von Bedeutung, die jegliche Art von Pränataldiagnostik als Mittel der Selektion werten.

Nicht selten geraten Frauen in eine Art „Sog“ von Pränataldiagnostik, wenn nämlich Einzelbefunde auftreten, die zwar im Gesamtkontext der Risikoberechnung nicht aussagekräftig sind, aber eine Abweichung von der Norm darstellen – und damit beunruhigen. Folge sind nicht selten weitere Untersuchungen, die zum Teil von den Frauen selbst bezahlt werden müssen und Folge der mütterlichen Angst und/oder eines ärztlichen Sicherheitsbedürfnisses sind. Auch wenn diese streng genommen medizinisch nicht indiziert sind, kann so der Drang, chromosomale Anomalien des Feten sicher auszuschließen, dann doch zur Entscheidung führen, eine invasive Diagnostik in Form einer Amniozentese durchführen zu lassen. Da solche Untersuchungen mit Risiken für das Kind verbunden sind (z.B. 0,5% Fehlgeburten), ohne dass im Einzelfall daraus ein erheblicher Erkenntnisgewinn erwächst, ist im Vorfeld die qualifizierte Beratung durch kompetente Pränatalmediziner besonders wichtig, die beispielsweise in den Schwerpunktpraxen oder entsprechenden Abteilungen von Kliniken tätig sind.

## 6. Beratung in der psychische Ausnahmesituation nach Feststellung einer fetalen Erkrankung

Die Beratung bei der Feststellung einer Erkrankung oder Behinderung eines ungeborenen Kindes ist sicher in vielerlei Hinsicht die schwierigste Aufgabe für alle Beteiligten. Selbst in einer Schwerpunktpraxis oder in einer spezialisierten Abteilung wird ja nur beim kleineren Teil aller Schwangerschaften ein normabweichender Befund festgestellt. In der Regel kommen die Frauen wegen bestimmter Risikofaktoren zur Untersuchung, um sich bestätigen zu lassen, dass mit ihrem Kind „alles in Ordnung“ ist. Gerade auf diesem Hintergrund stellt die Diagnose einer fetalen Erkrankung oder Behinderung für die betroffenen Frauen meist ein unerwartetes Ereignis dar und führt nicht selten zu einer akuten Belastungsreaktion, die man landläufig auch als „Schockreaktion“ bezeichnen kann. Wenn die Feststellung zudem in einer späteren Schwangerschaftswoche erfolgt, ist zwar in der Regel bereits eine Bindung an das ungeborene Kind entstanden – gerade auf dem Hintergrund, dass Frauen ja heute ihre Schwangerschaften sehr bewusst und intensiv erleben. Die Konfrontation mit der Tatsache, dass das ungeborene Kind nicht gesund sein oder nicht den erwarteten Vorstellungen entsprechen wird, führt aber nicht selten zu einer direkten gefühlsmäßigen Distanzierung vom Ungeborenen. „Monster-Phantasien“ können auftreten, da die werdende Mutter zunächst nur auf Beschreibungen des Arztes und damit in Verbindung auf ihre eigene Phantasie angewiesen ist, um sich vorzustellen, was mit ihrem Kind nicht in Ordnung sei. Eine menschliche Eigenschaft ist, sich in einer solchen Situation immer das Schlimmste auszumalen, was dann die Schocksituation noch verstärken kann. Beratung bedeutet in solchen Situationen oft zunächst *Krisenintervention* und emotionale Entlastung. Natürlich bein-

hält die medizinische Beratung die Hinzuziehung aller eventuell beteiligten Fachdisziplinen, wie etwa eines Kinderkardiologen, eines Neurochirurgen, eines Orthopäden. Allerdings gehört die psychosoziale bzw. psychologische Beratung vor und bei Pränataldiagnostik bisher nicht zu den Regelangeboten, wahrscheinlich auch deswegen, weil das Gesetz anders als bei den rechtswidrigen, aber unter bestimmten Voraussetzungen straffreien Schwangerschaftsabbrüchen in den ersten drei Monaten (Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung, häufig auch als „psychosoziale Indikation“ bezeichnet) keine Pflichtberatung vorsieht. Eigentlich ist es kaum vorstellbar, dass Frauen bzw. Paare in einer solchen Krisensituation keine psychologische Unterstützung bekommen oder allenfalls in speziellen Einrichtungen. Dieses Manko wurde in den letzten Jahren zunehmend deutlicher und führte zu verschiedenen Modellprojekten, in denen psychosoziale Beratung vor, während und nach PND angeboten wird. Ein solches Modellprojekt wurde unter anderem an den Universitätsfrauenkliniken Bonn und Essen und in einer Schwerpunktpraxis in Düsseldorf durchgeführt und hat sich sehr bewährt (siehe unten), so dass von Seiten der beteiligten Schwangerschaftsberatungsstelle der Diakonie sowie „Frauen beraten/donum vitae“ diese psychosoziale Beratung in der Zwischenzeit in das Regelangebot und die Finanzierung durch das Land NRW aufgenommen wurde.

## Das Dilemma der Betroffenen

Für die wenigsten Frauen bzw. Eltern steht schon vor Beginn der Pränataldiagnostik fest, dass sie unabhängig vom Befund die Schwangerschaft fortführen und das Kind bekommen wollen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich viel zu wenige Frauen bzw. Paare vorher tatsächlich Gedanken darüber gemacht haben, wie sie im Falle einer Erkrankung oder Behinderung des Kindes reagieren würden und ob ein Schwangerschaftsabbruch für sie prinzipiell eine Option wäre, die sie anstreben wollen. In der akuten psychischen Belastungsreaktion ist es naturgemäß schwierig, eine solche Betrachtung dann in differenzierter Weise durchzuführen. Oft wird impulsiv reagiert und auch eine entsprechende Handlung vom Pränatalmediziner gewünscht, manchmal sogar verlangt: In der Regel ist es das Drängen zu einem Schwangerschaftsabbruch. Allerdings gibt es auch Frauen, die intuitiv zunächst einmal ihrem Impuls folgen, ihr ungeborenes Kind zu schützen, und sich dann vielleicht sogar durch die Fortführung der ärztlichen Beratung und weitere diagnostische Maßnahmen unter Druck gesetzt oder sogar in Richtung Schwangerschaftsabbruch gedrängt fühlen.

Wird eine Behinderung oder Erkrankung des Kindes festgestellt, sind „Monsterphantasien“ und eine sofortige innere Distanzierung vom Kind nachvollziehbare und übliche Reaktionen, ebenso wie die starken Impulse, das Kind, also das vermeintliche „Monster“, durch einen Abbruch der Schwangerschaft los zu werden. Gerade in einer solchen akuten Krisensituation streben Ärzte an, die Situation für die Patientin bzw. Eltern erträglicher zu machen, und vermeintlich ist das dann nicht selten die sofortige Beendigung der Schwangerschaft

Insbesondere für die betroffene Frau ist es unter dem Aspekt der Bewältigung und Verarbeitung des Erlebten aber von großer Wichtigkeit, dass sie die anstehende

Entscheidung – sofern sie im Rahmen einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch eine Entscheidungsfreiheit hat – nach Abwägung aller Aspekte trifft. Nicht nur ein „Zeitfenster“ zwischen Diagnosemitteilung und Stellung einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch mit nachfolgender Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs ist wichtig, sondern auch möglichst eine Ergänzung der ärztlichen durch die psychosoziale bzw. psychologische Beratung. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Modellprojekte (s. unten) haben gezeigt, welche wichtige Unterstützung für betroffene Frauen die psychosoziale Beratung außerhalb der ärztlichen Beratung bietet (s. auch Tabelle 1).

*Tabelle 1: Von den Studienteilnehmern als hilfreich angesehene Beratungsaspekte (Auszug; n = 303)*

Hilfreiche Aspekte in der Beratung	%
„Neutraler“ Ort für die Reflexion	54,8
Persönliches Verständnis der Beraterin	54,1
„Raum für Gefühle“	42,6
Besprechung der Zukunftsperspektive	42,6

Quelle: Rohde and Woopen 2007a

Der „neutrale“ Platz einer psychosozialen Beratung bietet die Möglichkeit, Gefühle und Gedanken zu sortieren, sich mit dem Partner auszutauschen und sich die Zukunft mit und ohne Kind vorzustellen. Selbst bei einer extrem schwerwiegenden Diagnose (wie etwa Anenzephalus = Das Kind hat kein Großhirn und deshalb keine Überlebenschance) ist die psychosoziale Beratung vor Einleitung der Geburt unbedingt anzustreben. Auch wenn das Ergebnis das Gleiche ist (z.B. Entscheidung zur Beendigung der Schwangerschaft), so ist doch die Durchführung der Beratung für die betroffenen Frauen und Paare auch mit Blick auf die langfristige Verarbeitung in der Regel enorm hilfreich, zumal sie mit dem Beginn eines Trauer- und Abschiedsprozess vom Kind verbunden werden kann. Zitat einer Studienteilnehmerin: *„Auch bei bereits feststehendem Entschluss hinsichtlich Schwangerschaftsabbruch ist die psychosoziale Beratung sehr sinnvoll und hilfreich“*.

In diesem Zusammenhang muss übrigens darauf hingewiesen werden, dass eine qualifizierte psychosoziale Beratung im Bereich Pränataldiagnostik ergebnisoffen und neutral – d.h. auch nicht zielorientiert durch die jeweilige religiöse bzw. weltanschauliche Ausrichtung des Trägers der Beratungsstelle oder der Beraterin – erfolgt.

In den letzten Jahren haben sich an einigen Standorten Modellprojekte etabliert, bei denen es Kooperationen zwischen Kliniken bzw. Praxen einerseits und Beratungsstellen (wie etwa Diakonie, Frauen beraten/donum vitae, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Pro Familia etc.) gibt. Nach wie vor ist es wohl aber der kleinere Teil betroffener Patientinnen mit pathologischem fetalen Befund, denen – unabhängig von der Frage der Fortführung oder Beendigung der Schwangerschaft – eine Beratung zu den psychischen Aspekten und möglicherweise Hilfen für die Zeit nach der Geburt des Kindes angeboten werden. Auch die aktuellen politischen Diskussionen zum Thema werden da wohl kaum Abhilfe schaffen, da bezüglich einer eventuellen Veränderung des §218a StGB allgemein deutliche Zurückhaltung besteht. Ohne ge-

setzliche Regelung wird aus Kostengründen die Sicherung solcher Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls schwierig.

## Der Druck auf die Pränatalmediziner

Patientinnen in der akuten Schocksituation nach Diagnosemitteilung geben dem Arzt nicht selten das Gefühl, eine sofortige Fortführung der Beratung und Handeln seien das einzig Richtige. Sehr rasch wird allerdings unter diesen Umständen auch die Grenze der Belastbarkeit der Patientin überschritten, Entscheidungen werden nur noch „aus dem Bauch heraus“ gefällt. Besonders offen emotional reagierende Patientinnen üben teilweise einen enormen Druck auf die pränatalmedizinisch Tätigen aus, sie geben ihren eigenen Leidensdruck weiter und vermitteln dem Arzt den Eindruck, mit sofortigem Handeln (z.B. der sofortigen Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch) wäre die Not zu lindern. Kurzfristig mag dies manchmal zutreffen, mittel- und langfristig kann es aber für betroffene Patientinnen zum „Bumerang“ werden: Immer wieder haben die Autoren in der Praxis Patientinnen kennen gelernt, deren sofortigem Drängen nach Schwangerschaftsabbruch nachgegeben wurde und die dann einige Zeit später mit einer schweren Depression behandelt werden musste, weil sie mit der getroffenen Entscheidung oder auch der Art der Entscheidungsfindung sowie dem Umgang mit Trauer und Abschied im Zusammenhang mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nicht zurecht kamen und ernsthafte psychische Probleme entwickelten (Rohde & Dorn 2007). Der einbezogene Pränatalmediziner steht nicht selten vor der schwierigen Aufgabe, einerseits der Patientin Entlastung in dieser schwierigen Situation zu verschaffen, andererseits aber nicht in einen Aktionismus und vorschnelles Handeln zu verfallen. Aushalten der Emotionen der Patientin, eventuell eine Vertagung der weiteren Beratung und vor allem Zeit vor den weiteren Schritten sind hier im Hinblick auf die weitere Verarbeitung am ehesten hilfreich.

## Das besondere Problem des Fetozids

Ein besonderes Problem ergibt sich, wenn eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erst nach Erreichen der Überlebensfähigkeit des Kindes gestellt wird, also etwa ab der 23. Schwangerschaftswoche. Da bei Einleitung der Geburt das „Risiko“ besteht, dass das Kind überlebt und dann unter Umständen intensivmedizinische Maßnahmen zur Versorgung des Kindes ergriffen werden müssten, wird in solchen Fällen vorher ein Fetozid durchgeführt, also das Kind im Mutterleib abgetötet. Dies erfolgt in der Regel durch Einspritzen einer Substanz in die Nabelschnur oder das Herz des ungeborenen Kindes unter Ultraschallkontrolle. Es ist leicht vorstellbar, dass dieses Vorgehen für alle Beteiligten (Pränatalmediziner und Eltern) noch eine zusätzliche besondere Belastung darstellt. Den Eltern wird dann offenkundig – weit mehr als bei einem Schwangerschaftsabbruch mit alleiniger Auslösung von Wehen oder durch eine instrumentelle Ausschabung der Gebärmutter –, dass sie ihr Kind aktiv haben töten lassen, was die ohnehin meist vorhan-

denen Schuldgefühle weiter verstärkt. Gerade im Vorfeld solche Entscheidungen ist die zusätzlich zur ärztlichen Beratung durchgeführte psychosoziale Beratung von enormer Bedeutung für die weitere Bewältigung und Verarbeitung des Erlebten.

## Die besondere Situation der infausten Prognose

In der akuten Situation der Diagnosemitteilung spielt es eine wichtige Rolle, ob es sich um eine intrauterin oder nach der Geburt behandlungsfähige Erkrankung handelt oder eine mit dauerhaften und nicht wesentlich beeinflussbaren Behinderungen einhergehende Störung. Im Extrem kann die Erkrankung des Kindes sicher bzw. fast sicher zum Tod des Kindes kurz nach der Geburt führen (= infauste Prognose), wie dies beispielsweise bei bestimmten Chromosomenstörungen (Trisomie 13, Trisomie 18) oder schweren Hirnfehlbildungen (Anenzephalie) der Fall ist. Gerade in solchen Situationen wird manchmal „routinemäßig“ die Beendigung der Schwangerschaft angestrebt, obwohl die Fortführung der Schwangerschaft bis zum einem späteren Stadium der Schwangerschaft oder sogar bis zur Spontanentbindung möglich ist, von manchen Frauen besser verarbeitet werden kann und deswegen in Erwägung gezogen werden sollte. Es gibt es in solchen Fällen keinen Zeitdruck und der Mutter wird durch eine verbleibende Zeit mit dem Kind im Mutterleib ermöglicht, bereits während der Schwangerschaft langsam und ihren eigenen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechend Abschied vom Kind zu nehmen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Mutter bzw. die Eltern nach der Geburt ihr Kind beim Sterben begleiten können und sie nicht durch das Gefühl belastet werden, das Kind alleine gelassen oder sich gar gegen das Kind gewendet zu haben.

## 7. Psychosoziale Beratung bei pathologischem Befund – Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen

### Entstehung der Modellprojekte

Bereits mit der ersten Ultraschallschalluntersuchung (i.d.R. zwischen der 8. und 12. SSW) wird das Kind „personifiziert“ und im Bild festgehalten. Daraus resultiert, dass der Verlust eines Kindes (z.B. durch Fehlgeburt) auch in frühen Stadien der Schwangerschaft beide Eltern, insbesondere die Mutter, teilweise sehr stark betrifft und zu ausgeprägten Trauerreaktionen führen kann. In ähnlicher Weise kommt es zu erheblichen psychischen Reaktionen bei der Diagnose von Fehlbildungen des Kindes im Rahmen der Pränataldiagnostik (Buchegger 1997; Hunfeld et al. 1997; Salvessen et al. 1997; Schütt et al. 2001) und bei späterem Schwangerschaftsabbruch (Lloyd & Laurence 1985; Zeanah et al. 1993; Lorenzen & Holzgreve 1995; Hunfeld et al. 1997; Bradshaw & Slade 2003; Korenromp et al. 2005; Korenromp et al. 2007). Die weitere Verarbeitung hängt mit davon ab, wie in der akuten Situation der

Diagnosemitteilung die Betreuung und Beratung war und wie auch in der Folgezeit auf die psychischen Bedürfnisse der Frau und auch ihres Partners eingegangen wurde. Aus dieser Erkenntnis heraus und mit dem Ziel, bei der Feststellung kindlicher Erkrankungen bzw. Behinderungen im Rahmen von Pränataldiagnostik eine psychosoziale Beratung anbieten zu können, wurden in Bonn, Düsseldorf und Essen zunächst unabhängig voneinander Modellprojekte initiiert, in deren Rahmen Schwangerschaftsberatungsstellen (Diakonie in Bonn, Frauen beraten/donum vitae in Düsseldorf, Arbeiterwohlfahrt in Essen) Beratung für betroffene Paare direkt in der Klinik bzw. der Praxis durchgeführt wird.

## Wissenschaftliche Evaluation

Wegen der Ähnlichkeit der Zielsetzung und der Methodik erfolgte schon früh eine Kooperation der drei Modellprojekte, die dann intensiviert wurde, als eine wissenschaftliche Evaluation begonnen wurde. Die wissenschaftliche Evaluation wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zwischen dem 01.01.2003 und dem 31.12.2005 finanziell gefördert. Ziel der Untersuchung war es, Informationen über Akzeptanz und Auswirkung der psychosozialen Beratung zu erhalten und im Rahmen einer prospektiven Verlaufsuntersuchung die psychische Situation, Trauer, aber auch Bewältigung und weiteren Verlauf bei den Betroffenen zu erfassen. Auch strukturelle Erfordernisse für die Implementierung solcher Beratungsangebote standen im Fokus der wissenschaftlichen Studie.

## Studienpopulation

Im Untersuchungszeitraum fanden insgesamt 726 Beratungen statt, davon waren 512 Paare (70,5%) bereit, an der wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. Ihr Einverständnis auch zur Teilnahme an der sich anschließenden prospektiven Verlaufsuntersuchung über insgesamt 2 Jahre gaben 352 Frauen. Die Datenerhebung mittels Dokumentations- und Fragebögen erfolgte zum Zeitpunkt des Beratungsgesprächs (t1), 6-8 Wochen nach der psychosozialen Beratung (t2), 6 Monate (t3), 1 Jahr (t4) und 2 Jahre (t5) nach dem Erstgespräch.

Die eingeschlossenen Frauen waren im Durchschnitt 32,5 Jahre alt (16-48 Jahre) und lebten in der Mehrzahl (90,6%) in einer festen Beziehung. Etwa die Hälfte (n = 253) der Frauen hatte bereits Kinder. Die psychosoziale Beratung fand im Durchschnitt in der 21. Schwangerschaftswoche statt (min 7. Schwangerschaftswoche, max. 39. Schwangerschaftswoche). In 71% der Fälle erfolgte ein Schwangerschaftsabbruch, bei 10,2% erfolgte eine Mehrlingsreduktion bei höhergradigen Mehrlingen, 90 Frauen (18,8%) trugen ihr Kind aus.

Einen Überblick über die pränataldiagnostischen Befunde und Beratungsanlässe gibt Tabelle 2.

*Tabelle 2: Pränataldiagnostische Befunde und Beratungsanlässe (n=512)*

Pränataldiagnostische Befunde	N	%
Chromosomale Fehlbildungen (z.B. Trisomie 13, 18, 21)	168	32,8
Körperliche Fehlbildungen	78	15,2
Anomalien des Zentralen Nervensystem (z.B. Spina bifida, Hydrocephalus, komplexes Fehlbildungssyndrom)	138	27,0
Systemische Erkrankungen der Mutter/Dysfunktionen	28	5,5
Höhergradige Mehrlinge	72	14,0
Intrauteriner Fruchttod	5	1,0
Kein path. Befund (Beratung vor PND)	23	4,5
Gesamt	512	100

Die bis zum 30.12.2005 vorliegenden Befunde sind im Abschlussbericht zur Förderperiode des Projektes dargestellt (Rohde und Woopen 2007a).

Zusammenfassend lässt sich dazu feststellen, dass die Akzeptanz der Beratung durch die betroffenen Paare sehr hoch war. In der Beratungsrückmeldung, die in der Regel 2-3 Tage nach der Beratung abgegeben wurde, äußerten sich 91,1% der Frauen sehr zufrieden mit der Beratung; 82,7% schätzten die Beratung als hilfreich ein, und 92,7% der Frauen gaben an, alle wichtigen Themen seien angesprochen worden. Die zusätzlich zu ärztlichen Beratung angebotene Möglichkeit, sich mit den psychischen Aspekten auseinander zusetzen, wurde dabei besonders geschätzt. Auch ein „neutraler Raum“ für die Äußerung von Gefühlen, Ambivalenzen und das Ansprechen von Themen wie Schuld war von besonderer Bedeutung (s. auch Tabelle 1). Fast alle der befragten Frauen (97,6%) würden anderen Frauen in einer ähnlichen Situation die Inanspruchnahme einer solchen Beratung empfehlen. Interessanterweise würden mehr als zwei Drittel (67,1%) anderen Frauen diese Beratung auch bereits vor Pränataldiagnostik empfehlen, obwohl sie selbst so etwas nicht in Anspruch genommen hatten. Dies spiegelt wahrscheinlich die Erfahrung wider, dass man sich plötzlich in einer akuten Krisensituation befindet, auf die man nicht vorbereitet war und mit der man nicht umzugehen weiß. Die Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass das Erlebte – unabhängig davon, ob die Schwangerschaft vorzeitig beendet oder ausgetragen wurde – auch zwei Jahre danach noch eine hohe Relevanz besitzt – jede zweite befragte Frau gab an, dass die gemachten Erfahrungen gefühlsmäßig noch sehr präsent waren. Frauen, die im Anschluss an einen Abbruch wieder schwanger wurden, hatten darüber hinaus zunächst große Schwierigkeiten, sich gefühlsmäßig auf das werdende Leben einzulassen (Wollenschein et al. 2007). Dies zeigt, dass die Erfahrung mit der Diagnose einer Erkrankung oder Behinderung eines ungeborenen Kindes und ein möglicherweise durchgeführter Schwangerschaftsabbruch eine wichtige Bedeutung für die weitere psychische Situation der betroffenen Frau und wohl auch ihres Partners und der ganzen Familie haben können.

## 8. Schlussfolgerungen

Die modernen Entwicklungen in der Pränatalmedizin und insbesondere in der Pränataldiagnostik haben zu einer erheblichen Veränderung für werdende Mütter geführt.

Ihre gesundheitliche Situation hat sich dadurch verbessert, Erkrankungen und Sterblichkeit im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt haben sich sowohl bei Müttern als auch Kindern drastisch vermindert. Auch führt die Möglichkeit, das Kind früh in der Schwangerschaft – etliche Wochen vor der Wahrnehmung fetaler Bewegungen – als „Person“ im Ultraschall zu sehen, zu einer ganz anderen Wahrnehmung des Kindes und zu einer früheren Bindung als das noch vor Jahrzehnten der Fall gewesen ist. Während früher Totgeburten als etwas Schicksalhafteres hingenommen werden mussten, ebenso wie Erkrankungen und Behinderungen, die man erst nach der Geburt feststellen konnte, gibt es heute Möglichkeiten der Vorbeugung und oft auch der Behandlung bereits im Mutterleib. Trotzdem sehen sich immer wieder zukünftige Eltern damit konfrontiert, dass ihr Kind dauerhaft nicht gesund bzw. ein Leben lang behindert sein wird. Nach entsprechenden Ultraschalluntersuchungen und vielleicht auch weiterführenden diagnostischen Maßnahmen wird oftmals sogar eine exakte Diagnose möglich, ohne dass dies allerdings immer konkrete Aussagemöglichkeiten bezüglich der weiteren Prognose mit sich bringt (z.B. welches Ausmaß eine Behinderung haben wird). Besonders wenn Auffälligkeiten festgestellt werden, die zu einer geistigen Behinderung führen können, wird sehr oft die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gestellt. Nach geltendem Gesetz (§ 218a, Abs. 2 StGB) bietet die medizinische Indikation die Möglichkeit, auch in fortgeschrittener Schwangerschaft einen Abbruch durchzuführen, wenn eine schwerwiegende Schädigung der seelischen oder körperlichen Gesundheit der Mutter zu erwarten ist und diese nicht auf andere zumutbare Weise als durch einen Schwangerschaftsabbruch abgewendet werden kann. Für betroffene Eltern bedeutet eine solche Situation in der Regel eine Lebenskrise, in der sie nicht immer hinreichend psychisch unterstützt werden können, weil die entsprechenden Strukturen im medizinischen System nicht etabliert sind. Auch der Gesetzgeber hat keinerlei Beratungsverpflichtung vorgesehen, anders als bei der sogenannten psychosozialen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (also nach Beratungsregelung) vor dem Ende des dritten Monats. Dabei zeigen die wenigen zu diesem Thema existierenden Studien sehr deutlich, dass die Erfahrung der pränatalen Feststellung einer Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes und ein eventuell daraus resultierender Schwangerschaftsabbruch nicht nur ein akutes Lebensereignis ist, sondern auch langfristige Auswirkungen hat – möglicherweise sogar auf die gesamte Familie und auf vorher oder später geborene Geschwister. Erst in den letzten Jahren setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass zu diesem Themenbereich nicht nur weitere wissenschaftliche Forschung erforderlich ist, sondern dass auch Anstrengungen unternommen werden müssen, um die psychosoziale Beratung als Regelangebot für solche Situationen zu implementieren. Dass entsprechende Beratungsangebote wahrgenommen und von den Betroffenen als sehr hilfreich erlebt werden, zeigt die Studie der Autoren (Rohde et al. 2007; Rohde & Woopen 2007a), aber auch das Zitat einer Studienteilnehmerin: *„Ich bin sehr froh, dass Sie mir durch die Gespräche in der Beratungsstelle ... so geholfen haben. Der Schmerz ist dadurch nicht kleiner geworden, aber ich habe gelernt, besser damit umzugehen. ... Ich danke Ihnen.“* Die daraus entstehenden Möglichkeiten der Prävention im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Frauen und möglicherweise auch ganzer Familien sollten durch regelhafte Etablierung entsprechender Beratungs- und Betreuungsangebote genutzt werden.

## Literatur

- Bradshaw Z. & Slade P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 929-958.
- Buchegger P. (1997). Behandlung von Paaren nach Abortio bei Pränataldiagnostik. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 127, S. 69-72.
- Garne, E., Loane, M., Dolk, H., De Vigan, C., Scarano, G., Tucker, D., Stoll, C., Gener, B., Pierini, A., Nelen, V., Rösch, C., Gillerot, Y., Feijoo, M., Tincheva, R. Queisser-Luft, A., Addor, M. C., Mosquera, C., Gatt, M. & Barisci, I. (2005). Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25, pp. 3-5.
- Grandjean, H., Larroque, D., Levi, S. and the Eurofetus Study Group (1999). The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181, pp. 446-454.
- Hunfeld J. Wladimiroff J. & Passchier J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31, pp. 57-64.
- Korenromp M. J et al. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25, 253-260.
- Korenromp M. J. et al. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, pp. 709-716.
- Lloyd J. & Laurence K. (1985). Sequelae and support after termination of pregnancy for fetal malformation. *British Medical Journal*, 290, pp. 907-909.
- Lorenzen J. & Holzgreve W. (1995). Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 10, pp. 147-156.
- Nicolaides, K. H., Spencer, K., Avgidou, K., et al. (2005). Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75821 pregnancies: results and estimation of the potential impact of individual risk-orientated two-stage first-trimester screening. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 25, pp. 221-226.
- Renner I. (2007) Pränataldiagnostik: eine repräsentative Befragung Schwangerer. In: C. Braun, W. Dmoch & M. Rauchfuss (Hrsg.), *Psychosomatik – ein Mythos? Beiträge der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Beratung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 117-132.
- Rohde A. (2002). Fehl- und Totgeburten: Wer ist zuständig für die psychische Betreuung der Frauen? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 62, S. 88-89.
- Rohde A. & Dorn A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Rohde A., Gembruch U. & Woopen C. (2007). Pränataldiagnostik: Wissenschaftliche Evaluation belegt Wirksamkeit der psychosozialen Beratung. *Frauenarzt*. S. 832-839.
- Rohde A. & Woopen C (2007a) *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Rohde A. & Woopen C. (2007b). Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Muss bei pathologischem fetalen Befund. *BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung* 1, S. 14-17.
- Salvesen K.A., Oyen L., Schmidt N., Malt U. F. & Eik-Nes S.H. (1997). Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 9, pp. 80-85.
- Schütt K., Kersting A., Ohrmann P., Reutemann M., Wesselmann U. & Arolt V. (2001). Schwangerschaftsabbruch aus fetaler Indikation – Ein traumatisches Erlebnis. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 123, pp. 37-41.

- Wollenschein M, Gustke M, Woopen C, Rohde A (2007). Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem Befund – Alles vergessen und ein neuer Anfang? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 9: S. 741-757.
- Zeanah C. H., Dailey J. V. , Rosenblatt M. J., Saller D. N. Jr. (1993). Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 82, pp. 270-275.

Eingereicht am/Submitted on:16.05.2007

Angenommen am/Accepted on: 08.10.2007

Anschrift der Autor(inn)en/Addresses of the authors:

Prof. Dr. med. Anke Rohde (Korrespondenzautorin/Corresponding author)

Gynäkologische Psychosomatik  
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25  
D-53105 Bonn

E-mail: [Anke.Rohde@ukb.uni-bonn.de](mailto:Anke.Rohde@ukb.uni-bonn.de)

Prof. Dr. med. Ulrich Gembruch

Geburtshilfe und Pränatale Medizin  
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25  
D-53105 Bonn

E-mail: [Ulrich.gembruch@ukb.uni-bonn.de](mailto:Ulrich.gembruch@ukb.uni-bonn.de)

PD Dr. med. Christiane Woopen

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Universität zu Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Haus 42  
D-50931 Köln

E-mail: [woopen@netcologne.de](mailto:woopen@netcologne.de)

Barbara Gabriel, Nadine Zeender & Guy Bodenmann

# Stress und Coping bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom

Die Überprüfung eines theoretischen Modells

Stress and coping in parents of a child with Down syndrome:  
An examination of a theoretical model

## Zusammenfassung

*Theoretischer Hintergrund:* Bestehende Befunde verweisen auf ein erhöhtes Belastungsniveau bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom. In der vorliegenden Untersuchung sollte nun erstmals eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge zwischen elterlichen Belastungen aufgrund des Kindes mit einem Down-Syndrom, individuellen, dyadischen sowie sozialen Ressourcen und Befindlichkeitsvariablen durch die empirische Überprüfung eines theoretischen Stressmodells erfolgen. *Methode:* Das Stressmodell wurde sowohl für das elterliche Geschlecht als auch die Copingfunktion getrennt mittels Pfadanalysen an den Angaben von 75 Elternpaaren berechnet. *Ergebnisse:* Das pfadanalytische Modell konnte mit den emotionalen mütterlichen und instrumentellen Ressourcen beider Elternteile belegt werden. *Schlussfolgerung:* Obwohl die Wichtigkeit der partnerschaftlichen Unterstützung bei der Bewältigung von kindbezogenen Belastungen bestätigt wurde, waren individuelle und soziale Ressourcen von Bedeutung.

*Schlüsselwörter:* Down-Syndrom, Stress, individuelles Coping, dyadisches Coping, soziale Unterstützung

## Abstract

*Background:* Several studies suggest high distress in parents of a child with Down syndrome. This study focused on the relationship between stress, individual, dyadic and social resources and different measures of well-being based on a theoretical stress model. *Method:* Path analyses separated for parental sex and functionality of coping were used to test the theoretical model using data collected from 75 couples. *Results:* Data supported the model with maternal emotional and paternal as well as maternal instrumental resources in the context of specific child related stress. *Conclusion:* The results underline the importance of the marital system for dealing with daily stress, but they also reveal that individual and social resources are needed.

*Key words:* Down syndrome, stress, individual coping, dyadic coping, social support.

Es darf heute als empirisch erwiesen gelten, dass Stress mit der Gesundheit, dem Wohlbefinden und dem sozialen Umfeld negativ assoziiert ist (z.B. Partnerschaft)

(z.B. Bodenmann, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Perrez, Laireiter & Baumann, 2005). Seit der transaktionalen Definition von Stressprozessen (Lazarus & Folkman, 1984) werden neben der Art, Dauer und Intensität der Belastungen (Stress) Anpassungs- und Bewältigungsprozesse (Coping) als wichtiger Prozessbestandteil verstanden, doch ist eine getrennte Erfassung derselben im transaktionalen Rahmen schwer realisierbar (Hobfoll & Buchwald, 2004). Eine Möglichkeit dieser methodischen Problematik aus dem Weg zu gehen, besteht in der Betrachtung von benötigten Copingkapazitäten bei Individuen oder Gruppen mit spezifischen Belastungen (z.B. Stresspopulationen) (Leppin, 1997). Dieses Vorgehen ermöglicht sowohl eine Verbesserung der Unterstützung einer bestimmten Stresspopulation wie auch des Verständnisses und Wissens bezüglich der Zusammenhänge zwischen Stress und Copingverhalten (Cutrona & Russel, 1990). So ließ sich in den vergangenen Jahren ein starker Anstieg an empirischen Untersuchungen zu Stress und Coping in Familien mit zusätzlichen Belastungen (kindliche Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten etc.) verzeichnen (z.B. Crnic & Low, 2002; Perrez, 2000; Scorgie, Wilgosh & McDonald, 1998). Trotz einer Vielzahl von Definitionen verschiedener familiärer Stressprozessmodelle (vgl. Bodenmann, 2000; Perrez, 2000) und der Forderung nach der empirischen Überprüfung derselben anhand von Strukturgleichungsanalysen (z.B. Newcomb, 1990), beschränkten sich bestehende Befunde größtenteils auf Vergleichsuntersuchungen mit Normalpopulationen. Empirische Überprüfungen der Zusammenhänge zwischen elterlichen Belastungen, Ressourcen und Befindlichkeitsvariablen mittels Strukturgleichungs- oder Pfadmodellen erfolgten nur vereinzelt (z.B. Quittner, Glueckauf & Jackson, 1990; Vitanza & Guarnaccia, 1999). Die vorliegende Studie ist eine der ersten, welche eine differenzierte Betrachtung von Stress- und Copingprozessen bei Eltern mit einem Kind mit Down-Syndrom durch die empirische Überprüfung eines Stressmodells in Anlehnung an Lazarus (1991) (vgl. auch Schröder & Schwarzer, 1997) anstrebte. Der Fokus der Untersuchung richtete sich dabei nicht auf elterliche Anpassungsleistungen infolge der Geburt des Kindes mit einem Down-Syndrom, wie es in vereinzelt anderen Untersuchungen basierend auf dem Krisenmodell von McCubbin und Patterson (1983) erfolgte (vgl. Dittmann & Klatt-Leiber, 1993), sondern auf Folgeprozesse 2 bis 11 Jahre später. Stress entsteht entsprechend Hobfoll (1998), wenn die Ressourcen eines Individuums oder der Familie bedroht werden, verloren gehen oder aber auch, wenn die Investition von Ressourcen zu keinem Gewinn führt. Zusammenfassend bedeutet dies, dass Individuen oder Gemeinschaften durch anfängliche Verluste vulnerabler für negative Auswirkungen von andauernden Ressourcenbeanspruchungen werden. So zeigten sich Belastungen im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung eines Familienmitglieds in verschiedenen dauerhaften Stressoren (z.B. tägliche Beanspruchungen, strukturelle Einschränkungen, Unsicherheit; vgl. Wheaton, 1997). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom ein nicht-normatives kritisches Lebensereignis darstellt, welches zusätzliche chronische Belastungen sowie Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen der Eltern zur Folge haben könnte. Die elterliche Betreuung eines Kindes mit Down-Syndrom geht häufig neben zusätzlichen Belastungen im Zusammenhang mit der Erziehung und Pflege des behinderten Kindes mit persönlichen Einschränkungen in Beruf, Freizeit sowie bei den Sozialkontakten

und mit ungünstigeren Kognitionen (Akzeptanz des Kindes, Zukunftsängste etc.) einher (z.B. Gabriel, Zeender & Bodenmann, 2005; Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Roach, Orsmond & Barratt, 1999).

Befunde aus der Stress- und Copingforschung verweisen darauf, dass eine angemessene individuelle, dyadische und soziale Stressbewältigung die negativen Auswirkungen von Belastungen lindern und folglich einen gesundheitsförderlichen Charakter haben kann (Bodenmann, 2000; Uchino, 2004). Entsprechend systemischen Ansätzen erlangte neben der sozialen Unterstützung durch Freunde und Bekannte die Stressbewältigung in der Familie und Partnerschaft als intimste Beziehung im Erwachsenenalter eine besondere Bedeutung (vgl. Bodenmann, 2000, 2004), weshalb Bodenmann (2000) mit dem dyadischen Coping eine zusätzliche Bewältigungsform einführte. Unter dyadischem Coping werden dabei die Bemühungen eines oder beider Partner verstanden, bei der Bewältigung von individueller Belastung des einen Partners bzw. bei dyadischem Stress mitzuwirken und durch gezielte Bewältigungshandlungen sowie –versuche eine erneute Homöostase des vom Stress primär Betroffenen, des Gesamtsystems bzw. der Beziehung zwischen dem Paar und seiner Außenwelt herbeizuführen. So konnte Bodenmann (2000, 2004) in mehreren Untersuchungen aufzeigen, dass das dyadische Coping einen vermittelnden Einfluss zwischen Alltagsbelastungen und der Partnerschaftszufriedenheit sowie der psychischen Befindlichkeit besitzt. Weitere Befunde sprechen für einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen der Partnerschaftszufriedenheit und dem Befinden, welche wiederum wichtige Indikatoren für die allgemeine Lebenszufriedenheit darstellen (z.B. Bodenmann, 2000, 2004). Untersuchungen zur Stressbewältigung bei Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom waren bislang eher selten (z.B. Scorgie et al., 1998; Sullivan, 2002). In Anbetracht der mehrmals bestätigten Einschränkungen von Sozialkontakten wie auch der gemeinsamen Betroffenheit der Eltern im Zusammenhang mit dem kindlichen Down-Syndrom (vgl. genuin dyadischer Stress; Bodenmann, 2000) scheint die partnerschaftliche Unterstützung eine wichtige Ressource darzustellen (vgl. Hawley & DeHaan, 1996; Lee et al., 2004). Bestehende Untersuchungen, welche die Zusammenhänge zwischen individuellen und sozialen Ressourcen und chronischen Erkrankungen simultan prüften, fanden bei Krebs- oder Herzpatienten meistens einen stärkeren Zusammenhang von mentaler Gesundheit mit individuellen als mit sozialen Ressourcen (z.B. Schröder & Schwarzer, 1997). Doch muss von einer Interkorrelation beider Ressourcenmodalitäten sowie Kumulierungseffekten ausgegangen werden, da die individuelle Gestaltung der Belastungsbewältigung eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt von unterstützenden Handlungen durch die Umwelt darstellt (vgl. Bodenmann, 2000). Das individuelle Coping trägt zu einer Förderung und dem Erhalt von sozialen Ressourcen bei, während soziale Ressourcen wiederum vor einem Abbau von individuellen Ressourcen schützen und deren Entwicklung fördern (siehe z.B. Filipp & Aymanns, 1987).

In Anbetracht der Komplexität täglicher Stressprozesse bedarf es bei der Betrachtung der elterlichen „Krankheitsbewältigung“ im Zusammenhang mit dem kindlichen Down-Syndrom simultaner Effekt-Analysen der sozialen und individuellen Ressourcen (Filipp & Aymanns, 1987). Folglich wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand eines Pfadmodells eine gleichzeitige Überprüfung der Zu-

sammenhänge des individuellen Stresscopings als auch der sozialen Unterstützung (wahrgenommene partnerschaftliche und soziale Unterstützung) mit dem Befinden und der Partnerschaftszufriedenheit vorgenommen. Um eine differenziertere Betrachtung von individuellen als auch dyadischen Stressprozessen zu gewährleisten, erfolgte die Überprüfung des Modells sowohl für die Mütter als auch die Väter. Untersuchungen zu Geschlechtsunterschieden legen nahe, dass Frauen sich eher mit emotionalen Aspekten eines Problems befassen und soziale Strategien anwenden, während Männer Anforderungen vermehrt individuell mit problemorientierten Strategien bewältigen (z.B. Endler & Parker, 1990; Thoits, 1991). Dieses geschlechtstypische Copingverhalten konnte durch eine Untersuchung an mehr als 100 Elternpaaren mit einem Kind mit Down-Syndrom bestätigt werden (Sullivan, 2002). Aufgrund dieser Befundlage wurde die spezifische Funktion der Bewältigungsressourcen (Problembewältigung versus Emotionsregulation) mitberücksichtigt und in verschiedenen Modellen getrennt betrachtet (vgl. Kohlmann, 1997). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Stress und Befinden bestand einerseits die Hypothese einer direkten (Stress-Reaktions-Modell) als auch indirekten Verbindung, vermittelt durch eine stressbedingte Abnahme der Bewältigungsmodalitäten (Mediationsmodell) (vgl. Lazarus, 1991; Schröder & Schwarzer, 1997).

## Methode

### Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über schweizerische Vereinigungen für Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom. An der Befragung nahmen 75 Elternpaare mit einem Kind mit einem Down-Syndrom (34 Mädchen, 41 Knaben) teil. Die Kinder waren zwischen zwei und elf Jahren alt ( $\underline{M} = 6.00$ ;  $\underline{SD} = 2.83$ ) (siehe Tabelle 1). Die Diagnose Down-Syndrom wurde bei sämtlichen Kindern bis spätestens dem sechsten Lebensmonat durch Chromosomenanalysen sichergestellt und mitgeteilt. Die betroffenen Kinder lebten zuhause bei ihren Eltern, dabei lag die kindliche Betreuung hauptsächlich bei den Müttern. Lediglich fünf der befragten Väter gaben an 60-100% der Verantwortung für die Pflege, Erziehung und Förderung des Kindes mit Down-Syndrom zu tragen. Die Paare sind im Durchschnitt 12.73 Jahre ( $SD = 4.86$ ) zusammen, wobei 98% der Paare verheiratet waren, und insgesamt eins bis vier Kinder ( $M = 2.45$   $SD = 0.78$ ) hatten. Bei der globalen psychischen Symptombelastung (Symptomcheckliste SCL-90-R; *global severity index* GSI) anhand deutscher Norm-Mittelwerte (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001; Frauen:  $\underline{M} = 0.44$ ,  $\underline{SD} = 0.42$ ; Männer:  $\underline{M} = 0.30$ ,  $\underline{SD} = 0.33$ ) zeigten 8 % der Frauen ( $\underline{M} = 49.21$ ,  $\underline{SD} = 7.34$ ) und 18.7% der Männer ( $\underline{M} = 50.55$ ,  $\underline{SD} = 11.63$ ) eine Symptombelastung, welche oberhalb des Normgrenzwertes ( $T > 60$ ) lag, was in etwa den Häufigkeiten der Normpopulation entspricht. Bei den erhobenen demographischen Variablen zeigten die Väter gegenüber den Müttern signifikant höhere Werte bezüglich des Alters ( $t(75) = 4.94$ ;  $p \leq .01$ ), der Ausbildung ( $\chi^2(4,71) = 17.29$ ;  $p \leq .01$ ), des Berufs ( $\chi^2(3,72) = 37.43$ ;  $p \leq .01$ ) wie auch des Einkommens ( $\chi^2(4,71) = 106.61$ ;

$p \leq .01$ ) (siehe Tabelle 1). Das Alter des behinderten Kindes korrelierte lediglich mit der Einschätzung der emotionalen sozialen Unterstützung bei den Müttern signifikant ( $r = -.25, p \leq .05$ ).

*Tabelle 1:* Demographische Angaben sowie Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien ( $N = 75$  Paare)

	<u>Mütter</u>		<u>Väter</u>		<u>Geschlechts- unterschiede</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Alter	38.48	5.19	40.93	6.73	$t(75) = 4.94^{**}$
Partnerschaftszufriedenheit PZ	4.20	.53	4.22	.59	$F(1,74) = .11$
Probleme und Beschwerden SCL-90-R	.41	.31	.32	.38	$F(1,74) = 3.91+$
<u>Problemlöseverhalten</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Alleine	4.00	0.81	3.84	0.82	$F(1,72) = 1.24$
Partner	3.95	0.73	3.78	0.72	$F(1,72) = 2.01$
Soziales Umfeld	2.06	0.51	1.57	0.42	$F(1,72) = 59.87^{**}$
<u>Copingstrategien</u>					
1. INSTIND	3.34	0.73	3.27	0.64	$F(1,74) = 0.56$
2. EMOTIND	3.15	0.55	3.49	0.50	$F(1,74) = 19.07^{**}$
3. INSTPART	3.82	0.85	3.51	0.70	$F(1,74) = 8.18^{**}$
4. EMOTPART	4.26	0.72	4.25	0.65	$F(1,74) = 0.00$
5. INSTRSOZU	4.28	0.70	3.99	0.83	$F(1,74) = 8.74^{**}$
6. EMOTSOZU	4.05	0.77	3.73	0.77	$F(1,74) = 10.90^{**}$
<u>Einkommen</u>					
kein	74.0%		-		
21-40'000	11.0%		2.7%		$\chi^2(4,71) = 106.61^{**}$
41-80'000	12.3%		50.0%		
über 81'000	2.7%		47.3%		
<u>Ausbildung</u>					
Primarschule	5.3%		4.0%		
Sekundarschule	9.3%		1.3%		
Berufsschule	44.0%		40.0%		$\chi^2(4,71) = 17.29^{**}$
Mittelschule	22.7%		9.3%		
Hochschule	18.7%		45.3%		
<u>Beruf</u>					
Arbeiter/in	5.5%		44.0%		
Angestellte/r	6.8%		9.3%		$\chi^2(3,72) = 37.43^{**}$
Leitende Funktion	21.6%		22.7%		
Andere	66.3%		24.0%		

*Anmerkungen:* \*\*  $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$ ;

1. INSTIND: instrumentelle individuelle Stressbewältigung
2. EMOTIND: emotionale individuelle Stressbewältigung
3. INSTPART: instrumentelle Unterstützung durch den Partner
4. EMOTPART: emotionale Unterstützung durch den Partner
5. INSTRSOZU: instrumentelle soziale Unterstützung
6. EMOTSOZU: emotionale soziale Unterstützung

## Fragebogen

### Demographische Angaben

Die Eltern wurden nach Alter, Zivilstand, Ausbildung, Beruf, Einkommen, Anzahl sowie Betreuung der Kinder befragt.

### Problemlöseverhalten bezüglich des Kindes mit Down-Syndrom

Zur Erfassung des Problemlöseverhaltens bei Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von individuellen (Anzahl Items: 2;  $\alpha = .81$ ), partnerschaftlichen (Anzahl Items: 2;  $\alpha = .74$ ) und sozialen (Verwandte, Bekannte, Freunde) (Anzahl Items: 8;  $\alpha = .76$ ) Ressourcen auf einer fünfstufigen Skala (nie bis sehr oft) mittels 12 Items ( $\alpha = .68$ ) erhoben (Beispielitems: „Ich bewältige die Belastung selber“, „Ich wende mich an den Partner“, „Ich wende mich an Freunde“).

### Fragebogen zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom (ABDS)

Der ABDS (Bodenmann, 1999) beinhaltet 17 fünfstufige Items ( $\alpha = .87$ ) zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom in den Bereichen: kindbezogener Stress, Stress aufgrund von Einschränkungen und Kognitionen (Beispielitems: „Erziehung“, „mangelnde Zeit für die anderen Kinder“, „soziale Isolation“, „Zukunftsängste“ etc.).

### Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (ALZ)

Der ALZ (Bodenmann-Kehl, 1994) erfasst die allgemeine Lebenszufriedenheit mittels fünf Items ( $\alpha = .89$ ) (Beispielitems: „Haben Sie viele Probleme?“, „Sind Sie zufrieden mit sich selbst?“) auf einer fünfstufigen Likert-Skala („gar nicht bis sehr“).

### Fragebogen zur Partnerschaftszufriedenheit (PZ)

Bei diesem Fragebogen (Sander & Böcker, 1993) handelt es sich um die deutsche Übersetzung der „Relationship Assessment Scale“ (RAS) (Hendrick, 1988), welche mit sieben Items auf einer fünfstufigen Likertskala die allgemeine Partnerschaftszufriedenheit erfasst ( $\alpha = .90$ ) (Beispielitems: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?“, „Wie sehr lieben Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin?“). Die ein-faktorielle Skala zeigte eine zufriedenstellende Validität und Reliabilität (Sander & Böcker, 1993).

### Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Der Gesamtwert ( $\alpha = .97$ ) der SCL-90-R (Derogatis, 1992; deutsche Übersetzung: Franke, 2002) ermöglicht die Erfassung des allgemeinen psychopathologischen Stressbelastungszustandes auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht bis sehr stark“) anhand subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche (Somatisierung) und psychische Symptome (z.B. Depressivität, Aggressivität etc.) in den letzten sieben Tagen (Anzahl Items: 90; Beispielitems: „Kopfschmerzen“, „Neigung zum Weinen“, „Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen“ etc.). Die Skala hat sich in der Forschung als änderungssensitiv erwiesen.

### Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (Incope-Kurzversion)

Die Kurzform des Incope (Bodenmann, 2000) erfasst mittels 14 fünfstufiger Items ( $\alpha = .73$ ) instrumentelle ( $\alpha = .71$ ) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Ich bitte andere um Unterstützung“, „Ich überlege mit sehr genau, was los ist und was zu tun ist“) und emotionale individuelle Copingstrategien ( $\alpha = .73$ ) (Anzahl Items: 10; Beispielitems: „Ich schalte ab und vergesse, was gewesen ist“, „Ich beruhige mich, indem ich mir gut zurede“). Der Fragebogen hat sich seit Jahren in der Forschung bewährt.

### Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings (FDCT)

Der Gesamtwert ( $\alpha = .91$ ) des FDCT (Bodenmann, 2000) erfasst mit 41 Items das dyadische Coping (Einschätzung der eigenen Stresskommunikation und Unterstützung sowie der Stresskommunikation und Unterstützung des Partners) auf einer fünfstufigen Skala („nie bis sehr oft“). 13 Items, welche die Einschätzung der Unterstützungshandlungen des Partners ( $\alpha = .91$ ) erheben, lassen sich in instrumentelle ( $\alpha = .73$ ) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Er/Sie übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten, wenn ich gestresst bin“, „Er/Sie unterstützt mich mit Rat und Tat, wenn ich Probleme habe“) und emotionale ( $\alpha = .85$ ) (Anzahl Items: 9; Beispielitems: „Er/Sie gibt mir das Gefühl, dass er/sie mich versteht“, „Er/Sie zeigt mir, dass er/sie zu mir hält“) dyadische Unterstützung durch den Partner unterteilen. Die Kriteriums- und Konstruktvalidität sowie die prognostische Validität wurden nachgewiesen (Bodenmann, 2000).

### Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU-Kurzform)

Die Kurzform des SOZU (Sommer & Fydrich, 1991) mit 22 Items ( $\alpha = .93$ ) auf einer fünfstufigen Skala beinhaltet neben den Hauptskalen soziale Integration und Belastung auch instrumentelle ( $\alpha = .88$ ) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin“, „Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen“) und emotionale Unterstützung ( $\alpha = .74$ ) (Anzahl Items: 8; Beispielitems: „Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann“, „Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte“). Sowohl die interne Konsistenz als auch die Retest-Reliabilität konnten nachgewiesen werden (Sommer & Fydrich, 1991).

## Ergebnisse

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen elterlichen Angaben wurden aufgrund der gerichteten Hypothesen Korrelationen (Pearson) mit einseitiger Signifikanztestung für die Mütter und Väter getrennt durchgeführt (siehe Tabelle 2). Aufgrund der Annahme von Mediationseffekten erfolgte die Überprüfung des Modells mittels Pfadanalysen (gerichtete Hypothesen) für das elterliche Geschlecht wie auch die Copingfunktionen (instrumentell, emotional) getrennt. Es wurden jeweils für beide Elternteile zwei Modelle (d.h. insgesamt vier Modelle) mit dem EQS-Programm von Bentler (2004) gerechnet, von denen dann nur diejenigen mit nicht-signifikantem Chi-Quadrat-Wert dargestellt wurden (siehe Abbildung 1 und 2).

### Problemlöseverhalten im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom

Beide Elternteile wendeten sich an das soziale Umfeld und lösten die Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms häufig individuell (Frauen:  $t(73) = 15.67$ ,  $p \leq .01$ ; Männer:  $t(73) = 20.09$ ,  $p \leq .01$ ) oder mit dem Partner (Frauen:  $t(73) = 25.45$ ,  $p \leq .01$ ; Männer:  $t(73) = 26.79$ ,  $p \leq .01$ ). Vergleich man das Inanspruchnahmeverhalten beider Elternteile miteinander, dann zeigte sich ein vermehrtes Aufsuchen von sozialer Unterstützung ( $F(1,72) = 59.87$ ,  $p \leq .01$ ) durch die Mütter. Der Vergleich der wahrgenommenen Copingressourcen zwischen den Elternteilen zeigte, dass die Väter höhere Werte beim emotionalen individuellen Coping ( $F(1,74) = 19.07$ ,  $p \leq .01$ ) aufwiesen, während die Mütter ein höheres Ausmaß an instrumenteller Unterstützung durch den Partner ( $F(1,74) = 8.18$ ,  $p \leq .01$ ) sowie an instrumenteller ( $F(1,74) = 8.74$ ,  $p \leq .01$ ) und emotionaler ( $F(1,72) = 10.90$ ,  $p \leq .01$ ) Unterstützung durch das soziale Umfeld berichteten (siehe Tabelle 1).

### Interkorrelationen der elterlichen Angaben

Die Paarinterkorrelationen der Einschätzungen der aktuellen Belastungen im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom wiesen eine Korrelation von  $r = .53$  ( $p \leq .01$ ) auf. Weiter korrelierte die Stresseinschätzung bei beiden Elternteilen in einem ähnlichen Ausmaß ( $-0.42 \leq r \leq 0.69$ ,  $p \leq .01$ ) mit den drei Befindlichkeitsvariablen (Lebenszufriedenheit, Partnerschaft, Befinden) (siehe Tabelle 2). Bei den Müttern zeigte das kindbezogene Stressniveau signifikante Zusammenhänge mit den verschiedenen Copingressourcen ( $-0.23 \leq r \leq -0.46$ ,  $p \leq .01$ ) mit Ausnahme des individuellen instrumentellen Copings. Die väterliche Belastung aufgrund des kindlichen Down-Syndroms ging signifikant mit einem Rückgang der wahrgenommenen instrumentellen und emotionalen sozialen Unterstützung sowie dem individuellen instrumentellen Coping einher ( $-0.21 \leq r \leq -0.28$ ,  $p \leq .05$ ). Die mütterlichen Einschätzungen des Befindens wie auch der Partnerschaftszufriedenheit korrelierten wiederum mit fast sämtlichen Ressourcen signifikant. Das väterliche Befinden hingegen wies hauptsächlich mit den beiden individuellen Ressourcentypen sowie der instrumentellen dyadischen Unterstützung ( $0.25 \leq r \leq 0.57$ ,  $.05 \leq p \leq .01$ ) und die

väterliche Partnerschaftszufriedenheit mit beiden Unterstützungsarten durch den Partner sowie dem individuellen emotionalen Coping signifikante Zusammenhänge auf ( $-0.23 \leq r \leq -0.28$ ,  $p \leq .05$ ) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Interkorrelationen der verwendeten Fragebogen (N = 75 Paare)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ABDS	<b>.53**</b>	-.62**	-.43**	.69**	-.16	-.43**	-.23*	-.24*	-.36**	-.46**
2. ALZ	-.42**	<b>.49**</b>	.71**	-.69**	.31**	.41**	.40**	.34**	.42**	.42**
<b>3. PZ</b>	-.48**	.69**	<b>.55**</b>	-.60**	.19*	.35**	.55**	.60**	.32**	.42**
4. SCL90	.67**	-.62**	-.46**	<b>.39**</b>	-.17	-.45**	-.27**	-.25*	-.29*	-.33**
5. INSTIND	-.21*	.17	.05	-.34**	<b>.23*</b>	.08	.28**	.24*	.24*	.30**
6. EMOTIND	.00	.40**	.25*	-.28*	.30**	<b>.17</b>	.26*	.35**	.05	.12
7. INSTPART	-.18	.22*	.44**	-.23*	.17	.15	<b>.28*</b>	.79**	.11	.21*
8. EMOTPART	-.17	.22*	.57**	-.09	.19*	.20*	.50**	<b>.19</b>	.09	.18
9. INSTRSOZU	-.28*	.25*	.19	-.13	.29**	-.05	.09	.33**	<b>.38**</b>	.79**
10. EMOTSOZU	-.22*	.11	.12	-.04	.34**	.08	.17	.36**	.75**	<b>.38**</b>

Anmerkungen: Korrelation (Pearson, 1-seitig); \*\*  $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$ ; rechts oben Mütter/links unten Väter

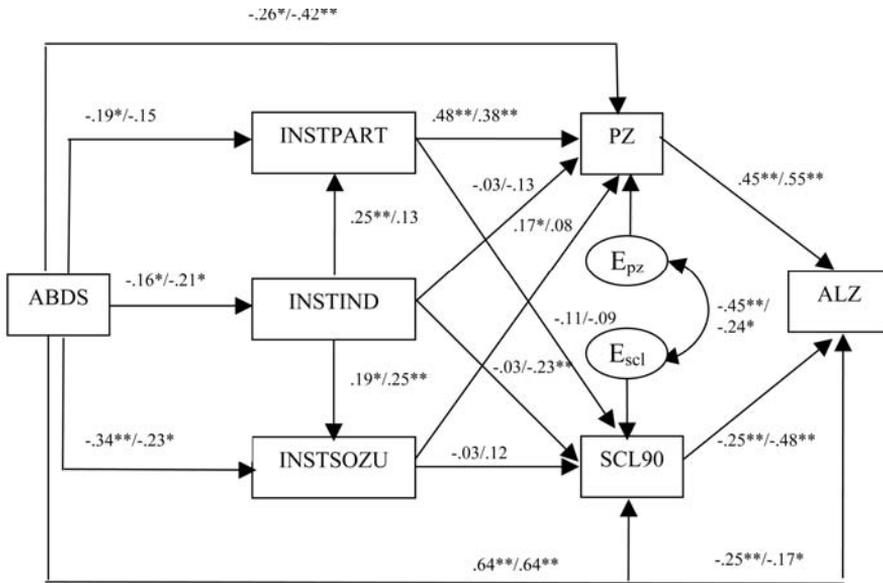
## Überprüfung der pfadanalytischen Modelle

Die signifikanten Pfadkoeffizienten sowie die Testgüte (Goodness of Fit) des Bentler-Bonnet-Norm-Index sprachen für die Gültigkeit der Pfadmodelle bezüglich emotionaler ( $BFI = .99$ ) und instrumenteller Ressourcen ( $BFI = .97$ ) im Zusammenhang mit den mütterlichen Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms (siehe Abbildung 1 und 2).

Bei den Vätern konnte lediglich das Modell mit den instrumentellen Ressourcen ( $BFI = .97$ ) bestätigt werden (siehe Abbildung 1), während sich das Modell bezüglich emotionaler Ressourcen aufgrund des signifikanten Chi-Quadrat-Werts ( $\chi^2(4,71) = 19.83$ ;  $p \leq .01$ ) als ungültig erwies.

Die mütterlichen Modelle verwiesen darauf, dass der wahrgenommene Stress mit der Partnerschaftszufriedenheit sowohl in einer direkten als auch indirekten Verbindung, mediiert über die partnerschaftliche und soziale Unterstützung, stand. Der in den korrelativen Berechnungen signifikante Zusammenhang zwischen dem individuellen Coping und der Partnerschaftszufriedenheit ließ sich nicht auf einen direkten Effekt zurückführen, sondern wurde über die emotionale und instrumentelle partnerschaftliche als auch soziale Unterstützung vermittelt. Weiter zeigte die mütterliche Stresseinschätzung mit der psychischen Befindlichkeit trotz einer starken direkten Verbindung einen indirekten Pfad über das emotionale individuelle Coping. Die väterliche Einschätzung der Belastung stand direkt und mediiert über das individuelle instrumentelle Coping mit dem psychischen Befinden sowie direkt mit der Partnerschaftszufriedenheit, nicht aber mit der instrumentellen Unterstützung durch die Partnerin in einem signifikanten Zusammenhang. Die instrumentelle Unterstützung durch die Partnerin wiederum wies einen signifikanten Pfad zur Partnerschaftszufriedenheit auf. In sämtlichen Modellen wurden die Pfade zwischen der partnerschaftlichen Unterstützung und dem Befinden nicht mehr signifikant.

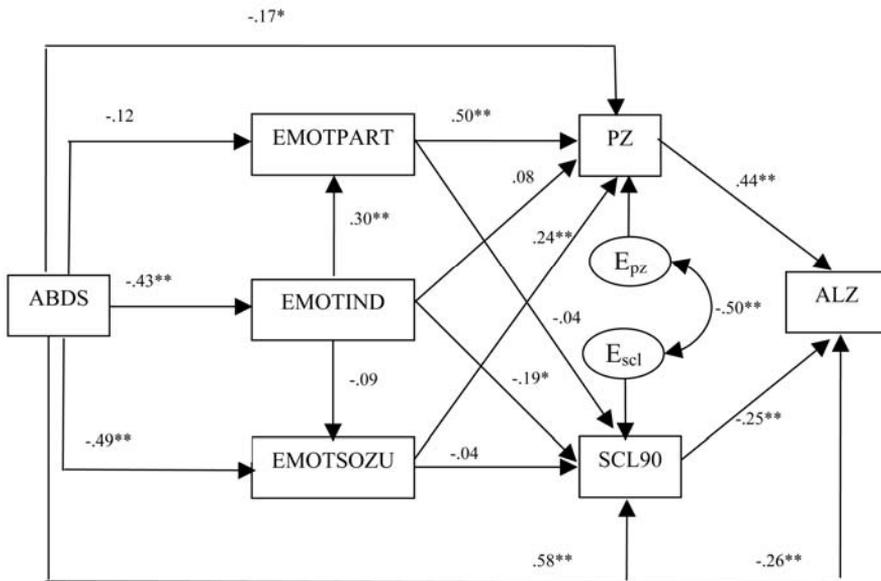
Abbildung 1: Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen instrumentellen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter sowie der Väter (N = 75 Paare).



Anmerkungen: Die ersten Pfadkoeffizienten stellen die Werte für das Modell der Mütter ( $\chi^2(4,71) = 6.92$ ; ns) und die zweiten für das Modell der Väter ( $\chi^2(4,71) = 6.92$ ; ns) dar; \*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01

- ABDS: Aktuelle Belastung im Zusammenhang mit einem Kind mit Down-Syndrom
- ALZ: Allgemeine Lebenszufriedenheit
- PZ: Partnerschaftszufriedenheit
- SCL90: Beschwerden und Symptome
- INSTIND: instrumentelle individuelle Stressbewältigung
- INSTPART: instrumentelle Unterstützung durch den Partner
- INSTSOZU: instrumentelle soziale Unterstützung

Abbildung 2: Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen emotionalen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter (N = 75 Paare).



Anmerkungen: Die Pfadkoeffizienten stellen die Werte für das Modell mit den emotionalen Ressourcen der Mütter ( $\chi^2(4,71) = 2.88$ ; ns.) dar; \* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ ;

- ABDS: Aktuelle Belastung im Zusammenhang mit einem Kind mit Down-Syndrom
- ALZ: Allgemeine Lebenszufriedenheit
- PZ: Partnerschaftszufriedenheit
- SCL90: Beschwerden und Symptome
- EMOTIND: emotionale individuelle Stressbewältigung
- EMOTPART: emotionale Unterstützung durch den Partner
- EMOTSOZU: emotionale soziale Unterstützung

Verglich man die Modelle beider Elternteile miteinander, fanden sich bei den Müttern zusätzliche signifikante Pfade zwischen dem individuellen Coping und der Unterstützung des Partners sowie der sozialen Unterstützung und der Partnerschaftszufriedenheit. Die väterliche Unterstützungssuche (instrumentelles individuelles Coping) hingegen korrelierte lediglich mit der sozialen Unterstützung signifikant, zeigte aber eine zusätzliche signifikante Verbindung mit dem Befinden.

## Diskussion

Entsprechend bereits bestehenden Befunden ging ein höheres Stresserleben mit ungünstigeren Werten bezüglich des Befindens, der Partnerschaftszufriedenheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit bei beiden Elternteilen einher. Das pfadanalytische Modell konnte im Zusammenhang mit den emotionalen mütterlichen sowie den instrumentellen Ressourcen beider Elternteile belegt werden. Die beiden Modelle der Mütter unterschieden sich lediglich bezüglich der Signifikanz der Pfadkoeffizienten ausgehend vom individuellen Coping. Dieser Unterschied lässt sich aber in erster Linie auf stark divergierende Inhalte der beiden individuellen Copingmodalitäten (intrapsychische Emotionsregulierung versus Problembetrachtung und Unterstützungssuche) zurückführen. In fast allen Modellen zeigten sich zwischen dem eingeschätzten Stressausmaß und den drei Befindlichkeitsvariablen signifikante direkte wie auch indirekte Verbindungen mediiert über die erhobenen Stressbewältigungsressourcen. Neben den direkten Verbindungen zwischen dem elterlichen Stressniveau und der allgemeinen Lebenszufriedenheit konnten indirekte Pfade über das psychische Befinden und die Partnerschaft zur Lebenszufriedenheit bestätigt werden.

Entsprechend den Erwartungen zeigten beide Elternteile bei den Angaben zur Inanspruchnahme der verschiedenen Ressourcen, dass sie die Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms in erster Linie alleine oder innerhalb der Partnerschaft lösen. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Müttern und den Vätern stimmten mit den in früheren Untersuchungen gefundenen Geschlechtsunterschieden überein (vgl. Sullivan, 2002). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss aber beachtet werden, dass ein behindertes Kind zwar einen Stressor darstellt, welcher beide Elternteile betrifft, doch infolge der bestehenden konservativen Rollenverteilung die Mütter hauptsächlich für das behinderte Kind zuständig waren. Dies könnte eine mögliche Einseitigkeit im Paarsystem begünstigen, da die Väter zusätzliche Aufgaben zur mütterlichen Entlastung übernehmen und auch an der emotionalen Verarbeitung der kindbezogenen Belastungen beteiligt sind, aber ihre eigenen Unterstützungsgesuche zur Bewältigung ihrer zusätzlichen Belastungen aufgrund des Down-Syndroms (auch im Sinne von übernommenen Aufgaben) nicht wieder an die Mütter herantragen (vgl. Geschlechtsunterschiede). Dies wäre auch eine mögliche Erklärung dafür, dass bei den Vätern der kindbezogene Stress lediglich mit individuellen und sozialen Ressourcen signifikant korrelierte. Folglich könnte der signifikante Pfad zwischen der sozialen Unterstützung und der Partnerschaftszufriedenheit bei den Müttern im Sinne einer Abnahme der Entlastung des Paarsystems durch paarexterne Bezugspersonen, einhergehend mit höheren Erwartungen an den Partner gedeutet werden. Für diese Interpretation sprechen auch die Befunde, dass die Mütter zwar signifikant seltener Unterstützung im Zusammenhang mit kindbezogenen Belastungen im sozialen Umfeld aufsuchten, aber gleichzeitig hohe Werte bei der Einschätzung der wahrgenommenen Unterstützung durch das soziale Umfeld angaben. Bereits bestehende Untersuchungen hatten gezeigt, dass sich beim Anstieg der mütterlichen Belastungen aufgrund der kindlichen Behinderung eine Abnahme der wahrgenommenen Unterstützung durch den Partner verbunden mit einer geringeren

Partnerschaftszufriedenheit bemerkbar machte (Roach et al., 1999). Bei den Vätern hingegen wurden die Verbindungen zwischen dem wahrgenommenen Stressausmaß und der instrumentellen Unterstützung durch die Partnerin nicht signifikant. Die Unterstützung durch den Partner bei beiden Elternteilen schien in einem vom Stressausmaß relativ unabhängigen Zusammenhang mit der Partnerschaftszufriedenheit zu stehen. Der Nachweis eines Moderatoreffekts (Puffereffekt) aber bedürfte einer weiteren Überprüfung von Interaktionseffekten mittels varianz- oder regressionsanalytischer Berechnungen (vgl. Ledermann & Bodenmann, 2006).

Zusätzlich muss bei der Interpretation der Modelle beachtet werden, dass aufgrund des Querschnittsdesigns keine Kausalitätsaussagen gemacht werden können, sondern von bidirektionalen Beeinflussungen sämtlicher Variablen ausgegangen wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die untersuchten Bewältigungsressourcen im Hinblick auf die Partnerschaftszufriedenheit eine wichtige Rolle spielten, welche wiederum mit den erhobenen psychischen Symptomen in enger Verbindung stand. Beim psychischen Befinden hingegen wies der direkte Pfad ausgehend von den Stressberichten trotz zusätzlichen signifikanten Verbindungen mediert über das individuelle Coping weiterhin einen hohen Wert auf. Bei der Interpretation dieser Befunde muss jedoch beachtet werden, dass die Erfassung des Befindens durch ein klinisches Messinstrument erfolgte. Trotz vieler Hinweise auf bidirektionale Verbindungen zwischen sozialen Ressourcen und klinischen Symptomen, hat sich im Laufe verschiedener Untersuchungen gezeigt, dass aufgrund vieler Einflussfaktoren bei der Störungsentstehung und –aufrechterhaltung die Varianzaufklärung durch einen einzelnen Faktor doch eher gering ist (vgl. Perez et al., 2005). Hinzu kommt, dass wegen der mangelnden internen Konsistenz der Subskalen der Symptomskala, der Gesamtwert (GSI) in die Analysen einbezogen wurde, welcher eine heterogene Gruppe psychischer Symptome erfasst. Folglich wäre eine erneute Prüfung der Modelle mit der Befindlichkeitserfassung durch ein anderes Instrument interessant.

Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft liegt in der Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe. Die erhobene Elterngruppe stellte aufgrund der Tatsache, dass in den Familien keine Heimeinweisung des behinderten Kindes erfolgte, und die Eltern hohe Werte bei den wahrgenommenen Ressourcen angaben, doch eher eine erfolgreich bewältigende Teilgruppe dar (vgl. Roach et al., 1999), welche bereits die Möglichkeit einer zusätzlichen Unterstützung durch eine Elternvereinigung in Anspruch nahm.

Obwohl die Unterstützung durch den Partner gerade bei der mütterlichen Bewältigung der Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms eine wichtige Ressourcenquelle darstellte, schien aufgrund der konservativen Rollenverteilung die Gefahr eines Ungleichgewichts bei der gemeinsamen Bewältigung mit ungünstigen Auswirkungen auf alle drei Befindlichkeitsvariablen zu bestehen. Dies könnte durch eine egalitärere Rollen- und Aufgabenverteilung wahrscheinlich vermieden werden. Weiter verwiesen die hohen Interkorrelationen zwischen den Fehlertermen der Partnerschaftszufriedenheit und des Befindens auf die Existenz anderer Aspekte der Partnerschaft, welche mit dem Befinden in Verbindung stehen und als Puffer gegen negative Stresseinwirkungen (Bodenmann, 2000) fungieren könnten. Doch schienen die individuellen wie auch partnerschaftlichen Bewältigungsressourcen gerade bei

einem erhöhten kindbezogenen Belastungsniveau die starke Abnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung nicht gänzlich zu kompensieren. Eine Verbesserung von familienexternen Angeboten (z.B. Elternvereinigungen), in dessen Rahmen auch eine gegenseitige Unterstützung der betroffenen Eltern untereinander stattfinden könnte (vgl. Kerr & McIntosh, 1999), wäre eine weitere sinnvolle Unterstützungsmöglichkeit.

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass bei der Betrachtung von Stressprozessen bei Eltern mit zusätzlichen kindbezogenen Belastungen neben einer spezifischen Erfassung des kindbezogenen Stressniveaus sowie dem Einbezug verschiedener Ressourcenquellen der systemische Bezug (hier der Einbezug beider Elternteile) von großer Wichtigkeit ist. Dank diesem Vorgehen konnten neue interessante Erkenntnisse bezüglich elterlicher Stressprozesse im Zusammenhang mit Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms gewonnen werden.

## Literatur

- Bentler, P. M. (2004). *EQS: Structural equations program manual*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.
- Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren: Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (1999). *Fragebogen zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom (ABDS)*. Fribourg: Universität Fribourg.
- Bodenmann-Kehl, C. (1994). *Family competence: Theoretical assumptions*. Fribourg: University of Fribourg, Institute of Psychology (Scientific Report No. 112).
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 5). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 243-267.
- Cutrona, C. E. & Russel, D. W. (1990). Types of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley, pp. 319-366.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical psychometric research.
- Dittmann, W. & Klatte-Reiber, M. (1993). Zur veränderten Lebenssituation von Familien nach der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom. *Frühförderung interdisziplinär*, 12, pp. 165-175.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), pp. 844-854.
- Fillip, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 16(2), 383-396.
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R*. Göttingen: Beltz.
- Gabriel, B., Zeender, N. & Bodenmann, G. (2006). Stress und Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Down-Syndrom und angemessener Entwicklung: Welche Rolle spielt das dyadische Coping? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(4), pp. 315-327.
- Hawley, D. R. & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), pp. 283-298.

- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), pp. 93-98.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Braehler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(1), 27-39.
- Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multi-axiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping*. Göttingen: Hogrefe, S. 11-26.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture and community*. New York: Plenum Press.
- Kerr, S. M. & McIntosh, J. B. (1999). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent-to-parent support. *Child: Care, Health and Development*, 26(4), pp. 309-321.
- Kohlmann, C.-W. (1997). Stressbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 74-92.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), pp. 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ledermann, T. & Bodenmann, G. (2006). Moderator- und Mediatoreffekte bei dyadischen Daten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(1), pp.27-40.
- Lee, I., Lee, E.-O., Kim, H. S., Park, Y. S., Song, M. & Park, Y. H. (2004). Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), pp. 636-645.
- Leppin, A. (1997). Stresseinschätzung, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 74-92.
- Lessenberry, B. M. & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. *Council for Exceptional Children*, 70(2), pp. 231-244.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1), pp. 7-37.
- Newcomb, M. D. (1990). What structural equation modeling can tell us about social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Perrez, M. (2000). Psychologie des Familien- und Paarstress: Forschungsentwicklungen. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe, S. 69-88.
- Perrez, M., Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (2005). Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Quittner, A. L., Glueckauf, R. L. & Jackson, D. N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), pp. 1266-1278.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I. & Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104(5), pp.422-436.
- Sander, J. & Böcker, S. (1993). Die deutsche Form der Relationship Assessment Scale (RAS): Eine kurze Skala zur Messung der Zufriedenheit in einer Partnerschaft. *Diagnostica*, 39(1), pp. 55-62.

- Schröder, E. E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 74-92,
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Metaanalyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Scorgie, K., Wilgosh, L. & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26(1), pp. 22-42.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37(2), pp. 160-178.
- Sullivan, A. (2002). Gender differences in coping strategies of parents of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 8(2), pp. 67-73.
- Thoits, P. A. (1991). Gender differences in coping with emotional distress. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping*. New York: Plenum, pp. 107-131,
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Vitanza, S. A. & Guarnaccia, C. A. (1999). A model of psychological distress for mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 8(1), pp. 27-45.
- Wheaton, B. (1997). *Chronic stress*. New York: Springer.

Eingereicht am/Submitted on: 02.05.2006

Angenommen am/Accepted on: 09.01.2008

#### Autorenadressen/Addresses of the authors:

Dr. Barbara Gabriel (Korrespondenzautorin/Corresponding author)  
Institute for Behavioral Research  
514 Boyd, GSRC  
University of Georgia  
Athens, GA 30602  
USA

E-mail: [barbara.Gabriel@unifr.ch](mailto:barbara.Gabriel@unifr.ch)

Prof. Dr. Guy Bodenmann  
Universität Fribourg  
Institut für Familienforschung und -beratung  
Rue de Faucigny 2  
CH-1700 Fribourg

E-mail: [joseguy.bodenmann@unifr.ch](mailto:joseguy.bodenmann@unifr.ch)



Das Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (*ifb*) berichtet an dieser Stelle in loser Folge über aktuelle Forschungsprojekte, neue Forschungsvorhaben, Tagungen und Veröffentlichungen. Diesmal stellen wir ein sehr umfassendes Projekt vor, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Konzeption des Familienbildung ein Stück voranzutreiben.

## Gesamtkonzept zur Familienbildung

In den letzten Jahren ist das Bewusstsein dafür gestiegen, welche Bedeutung Familienbildung in modernen Gesellschaften hat. Angesichts veränderter demographischer und familialer Strukturen, erhöhter Mobilität und Dynamik sowie tiefgreifender Veränderungen in den Lebensverläufen, können Familien an sehr unterschiedlichen Punkten ihrer Entwicklung Unterstützungsbedarf aufweisen.

Vor diesem Hintergrund sind in den letzten Jahren unzählige Projekte und Modelle zur Familienbildung entwickelt und erprobt worden – mit unterschiedlichem Erfolg und verschieden großer Verbreitung. Dieses Wachstum und die Vielfalt an Angeboten sind zwar einerseits erfreulich, weil sie die zunehmende Bedeutung dieses Bereiches verdeutlichen. Andererseits aber gehen damit u.a. mangelnde Übersichtlichkeit, geringe Effizienz der Gesamt-Ressourcennutzung und Defizite in der Anschlussfähigkeit einher. Kurz gesagt fehlt ein Gesamtkonzept, das die Inhalte strukturiert, Bezüge zwischen den einzelnen Modellen herstellt und integrativ wirkt. Um diese Lücke zu schließen, hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen das *ifb* beauftragt, ein Gesamtkonzept zur Familienbildung in Bayern zu entwickeln. Dabei ist es u.E. wichtig,

- Familie als soziales System zu begreifen, das wichtige gesellschaftliche Funktionen erfüllt (welche näher zu spezifizieren sind);
- Familie als Teil eines notwendigen sozialen Netzes zu sehen, zu dem sowohl private als auch institutionelle Ansprechpartner gehören (sollten);
- Familie als sich wandelnde und gestaltende Einheit zu betrachten, die bestimmte Entwicklungen durchläuft (auf die sie vorbereitet werden soll);
- Familie als bedeutsame Quelle von Ressourcen zu begreifen (die gefördert, ausgebaut und sinnvoll nutzbar gemacht werden können).

Die Basis der konzeptionellen Überlegung bildet eine fundierte, interdisziplinäre Begründung der Familienbildung sowie geeigneten Ansatzpunkten für diese. Hierzu arbeiten Soziologinnen, Pädagoginnen – mit jeweils unterschiedlichen Arbeits-

schwerpunkten –, eine Psychologin und eine Juristin zusammen am Projekt. Obgleich in diesen Disziplinen – und besonders in der Familienforschung – viele Informationen darüber vorhanden sind, wie sich der familiäre Erziehungsalltag verändert hat und/bzw. welche Bewältigungsanforderungen sich den Erziehenden heute stellen, wird dieses Wissen bislang kaum dazu genutzt, die Relevanz der Familienbildung zu verdeutlichen und konkrete Anforderungen an Konzepte der Familienbildung abzuleiten.

In diesem Projekt wird nun aufbauend auf banale Erkenntnisse verschiedener Disziplinen das Aufgabenfeld der Familienbildung strukturiert, wobei verschiedene Dimensionen benannt werden können, entlang derer sich Bedarfe entwickeln können.

Eine davon ist die zeitliche Perspektive, entlang der kindlichen Entwicklungsphasen und den damit einhergehenden veränderlichen Anforderungen an die Erziehungsleistung. Weiterhin sind Familien heute vielgestaltig, so dass nach Familienform, Familiengröße, sozialer Lage und weiteren besonderen Merkmalen spezifische Zielgruppen identifiziert werden können. Diese sind nicht nur hinsichtlich der Inhalte der Angebote, sondern auch in Bezug auf die Darreichungskonzepte zu berücksichtigen, indem z.B. Komm- und Geh-Strukturen, räumliche Aspekte, Medieneinsatz etc. auf ihre Eignung hin geprüft werden.

Parallel dazu wird durch eine Bestandserhebung untersucht, welche Angebote in Bayern bereits im Einsatz sind, inwieweit diese wissenschaftlich evaluiert sind und ob bzw. welche Erfahrungen die Fachkräfte mit diesen gemacht haben. Ziel ist es, einen Überblick über das Spektrum zu geben und zu prüfen, wie gut die einzelnen Gruppen bzw. Bedarfslagen bereits bearbeitet werden und wo „weiße Flecken“ in der Angebotslandschaft sind. Die Erfassung der Angebote erfolgt mittels eines Internet-Fragebogens, der von der homepage des *ifb* aus erreicht werden kann ([www.ifb-bamberg.de](http://www.ifb-bamberg.de)).

Um aus den verschiedenen Informationen Empfehlungen und praktische Umsetzungshinweise zu destillieren, ist die Expertise von Fachkräften aus der Praxis erforderlich. Hierzu werden Workshops durchgeführt, wobei u.a. folgende Fragestellungen diskutiert werden:

- Wie gelingt es, vor Ort einen Überblick über das existierende Angebot zu gewinnen und diesen aktuell zu halten?
- Wie werden möglichst viele Anbieter zur Kooperation gewonnen?
- Wie kann es gelingen, durch bessere Abstimmung oder Vernetzung das Angebot zu optimieren?
- Welche Wege lassen sich gemeinsam beschreiten, um Eltern- und Familienbildung in der Öffentlichkeit bekannter zu machen?

Ein wichtiger und im Hinblick auf die Verbesserung der Familienbildung stets kritisch diskutierter Aspekt ist die Vernetzung. Mangelnder Überblick zum einen und Defizite im Spektrum zum anderen können durch verstärkte Zusammenarbeit der anbietenden Einrichtungen gemindert werden. Allerdings haben Kooperation und Vernetzung der großen Nachteil, dass am Anfang eine hohe Investitionsleistung zu erbringen ist, während die Erfolge erst allmählich sichtbar werden. Erschwert wird dies zudem durch eine unüberschaubar vielschichtige Trägerschaft. Daher soll be-

gleitend zur Projektarbeit die Entwicklung einer Trägerstruktur unterstützt werden. Eine besonders wichtige Rolle spielen hierbei die Jugendämter, schließlich ist Familienbildung ein Teil ihres Arbeitsbereiches. Zudem sind diese selbst Anbieter bzw. agieren als Initiatoren oder Vermittler für familienbildende Angebote. Ihre Einbindung in dieses Projekt wird daher für unverzichtbar gehalten.

## Tagungsankündigung

Vom 12. bis 14. Juni 2008 findet der 3. *Europäische Fachkongress Familienforschung* mit dem Titel „Vielfalt der europäischen Familie“ in Wien statt, den das *ifb* gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) und der Universität Mainz organisiert.

Im Rahmen des Kongresses werden aktuelle familienwissenschaftliche Themen (Familienbilder, Geschlechtsrollen in der Familie, Globalisierung und Herausforderung für die Familie, familiäre Entwicklungsverläufe und Dynamik der Familie in Europa) interdisziplinär referiert und diskutiert.

Weitere Informationen, Programm und Anmeldung unter  
[www.familyscience.eu](http://www.familyscience.eu)

## Aktuelle Veröffentlichungen:

- Rost Harald/Mühling Tanja (Hrsg.): Väter im Blickpunkt. Perspektiven der Familienforschung. Verlag Barbara Budrich 2007.
- Mengel Melanie: Familienbildung mit benachteiligten Adressaten. Eine Betrachtung aus andragogischer Perspektive. VS Verlag 2007.
- Smolka Adelheid/Mühling Tanja: Elternbefragung zur Familienbildung 2006. *ifb*-Materialien Nr. 5-2007.
- Smolka Adelheid/Rüdiger Julia: Primi Passi – Erste Schritte. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Ein Modellprojekt des Vereins Verwaiste Eltern München e.V. *ifb*-Materialien 2-2007.
- Rupp Marina et. al: Anonyme Geburt in Bayern – Das „Moses-Projekt“. Eine Machbarkeitsstudie. *ifb*-Materialien Bamberg 2007.



# Zeitschrift für Familienforschung

## Jahresinhaltsverzeichnis 2007

Autor/Titel.....	Heft Nr.	Seite
<i>Beckmann Sabine</i> Die geteilte Arbeit? Möglichkeiten einer sozialpolitischen..... Steuerung des Careverhaltens von Männern.....	3	371-392
<i>Bernhardt Eva, Goldscheider Frances &amp; Goldscheider Calvin*</i> Integrating the second generation: Gender and family attitudes in early adulthood in Sweden.....	1	55-70
<i>González-Ferrer Amparo*</i> The process of family reunification among original guest-workers in Germany .....	1	10-33
<i>Haberkern Klaus</i> Zeitverwendung und Arbeitsteilung in Paarhaushalten.....	2	159-185
<i>Idema Hanna &amp; Phalat Karen*</i> Transmission of gender-role values in Turkish-German migrant families: The role of gender, intergenerational and intercultural relations.....	1	71-105
<i>Lengerer Andrea, Janßen Andrea &amp; Bohr Jeanette</i> Familiensoziologische Analysepotenziale des Mikrozensus.....	2	186-209
<i>Levy René, Bühlmann Felix &amp; Widmer Eric**</i> Dual and single career couples in Switzerland: Exploring partners' trajectories.....	3	263-289
<i>Lucchini Mario, Saraceno Chiara &amp; Schizzerotto Antonio**</i> Dual-earner and dual-career couples in contemporary Italy.....	3	290-310

\* Beitrag zum Schwerpunktthema „Family change among immigrants. Example from Germany and Sweden“

\*\* Beitrag zum Schwerpunktthema „Dual-career couples“

*Nauck Bernhard\**

Immigrant families in Germany. Family change between situational adaptation, acculturation, segregation and remigration ..... 1 34-54

*Reichart Elisabeth, Chesley Noelle & Moen Phyliss\*\**

The end of the career mystique? Policy and cultural frameworks that structure the work-family interface in the United States and Germany ..... 3 337-370

*Ruckdeschel Kerstin*

Der Kinderwunsch von Kinderlosen ..... 2 210-230

*Rusconi Alessandra & Solga Heike\*\**

Determinants of and obstacles to dual careers in Germany ..... 3 311-336

*Saraceno Chiara\*\**

Introduction to the special issue: Dual career couples ..... 3 255-262

*Seiffge-Krenke Inge, Beher Stefan, Skaletz Christian*

Die Wende in der Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/Familientherapie: Zeitbezogene Trends und Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsmodellen ..... 2 231-246

*Schulz Florian, Grunow Daniela*

Tagebuch versus Zeitschätzung. Ein Vergleich zweier unterschiedlicher Methoden zur Messung der Beteiligung an der Hausarbeit ..... 1 106-128

*Schütz Astrid, Hertel Janine, DePaulo Bella M.,*

*Morris Wendy L. & Stucke Tanja S. †*

She's single, so what? How are singles perceived compared with people who are married? ..... 2 139-158

*Sørensen Annemette\**

Introduction to the special issue: Family change among immigrants. Examples from Germany and Sweden ..... 1 5-9

\* Beitrag zum Schwerpunktthema „Family change among immigrants. Example from Germany and Sweden“

\*\* Beitrag zum Schwerpunktthema „Dual-career couples“