

# frauen leben (2000)

## Die praktische Begleitung eines Wissenschaftsprojekts<sup>1</sup>

Das generelle Ziel der Studie »frauen leben« besteht darin, das Spektrum der Aufgaben, wie sie durch das Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG/SFHÄndG) formuliert werden, wissenschaftlich zu untersetzen. Insbesondere sind das die Bereiche Sexuaufklärung/-pädagogik und Familienplanung (psychosoziale Beratung und Begleitung Schwangerer, Kontrazeptionsberatung, Beratung bei Kinderwunsch u. a.).

Die Studie frauen leben besteht aus drei Teilen. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung (standardisierte Telefoninterviews: »Quant«) sowie von 100 biografischen qualitativen Interviews (»Qual 1«) wurden im Abschlussbericht 1999 vorgelegt. Der dritte Teil der Studie besteht aus einer Expertinnenrunde, einer Gruppe von Schwangerschafts-, Ehe-, Familien-, Partnerschafts-, Sexualberaterinnen und Sexualpädagoginnen (»Qual 2«), deren Aufgabe es war, aus ihrer Praxiserfahrung heraus Fragen an die Studie zu richten und aus den Ergebnisse der Studie Folgerungen für die Praxis und die Qualifizierung der Arbeit unter dem Dach des SFHG abzuleiten. Seit Jahren ist es gang und gäbe, praktische Modellprojekte durch wissenschaftliche Begleitungen zu flankieren. Im vorliegenden Fall wurde der Spieß umgedreht: Ein grundlagenorientiertes Forschungsprojekt wurde von Praxis begleitet mit dem Ziel, die Praxisrelevanz der Ergebnisse noch in der Phase ihrer Gewinnung anzuregen.

Die Berichterstattung aus der Arbeit der Praxisgruppe erfolgte in Zwischenberichten und Protokollen. Im vorliegenden Text werden

---

1 Die Studie frauen leben wurde 2001 als Band 19 der BZgA-Reihe zur Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung publiziert: Helfferich (2001). Der vorliegende Text entspricht dem ursprünglichen Manuskript, das in der Publikationsfassung diverse Änderungen und Kürzungen erfuhr. Alle Seitenverweise im Text ohne Verfasser beziehen sich auf Helfferich (2001).

Abschnitte aus dem Abschlussbericht vom März 2000 referiert mit Hauptergebnissen zu folgenden drei inhaltlichen Schwerpunkten: Kinderwunsch und Familiengründung, Kontrazeption sowie ungewollte Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch. Jedes dieser Themen wird in drei Schritten abgehandelt. In einem ersten Schritt werden zentrale Befunde aus der Hauptstudie vorgestellt. (Frage: Wie ist das Familienplanungsverhalten west- und ostdeutscher Frauen charakterisierbar?) Diese Befunde werden in einem zweiten Schritt mit Konzepten und Praxiserfahrungen der Familienplanung/Sexualpädagogik konfrontiert. (Frage: Wie spiegeln sich die Befunde in der sexualpädagogischen und psychosozialen Beratungspraxis wider? In welchem Verhältnis stehen die Befunde zu Konzepten der Familienplanung? Welche Schwerpunkte wurden in den letzten Jahrzehnten in Ost und West gesetzt?) In einem dritten Schritt werden konzeptionelle Empfehlungen abgeleitet. (Frage: Welche Strategien, Praxisempfehlungen, Neuorientierungen sind ableitbar?)

## 1 Kinderwunsch und Familiengründung

### Befunde

Der Kinderwunsch im Osten ist – wenngleich durch die Wende beeinflusst – nach wie vor charakterisierbar durch *generalisierte Akzeptanz* durch alle sozialen Schichten hindurch und biografische Stabilität (»Ich wollte schon immer Kinder«), während für den Westen eine (bildungs-)schichtabhängige Relativierung (»*situations- und partnerschaftsabhängiger Kinderwunsch*«) zu konstatieren ist, das heißt, der Kinderwunsch wird bei den Frauen höherer Bildungsgänge instabiler (vgl. S. 155ff.).

Ostfrauen bestehen hartnäckig auf einer *reproduktiven* (oder generativen) *Autonomie* (sie betonen die Notwendigkeit der materiellen Unabhängigkeit vom Partner, ohne jedoch der Partnerlosigkeit das Wort zu reden). Das rührt daher, dass sie zu DDR-Zeiten weniger als Frauen aus der früheren Bundesrepublik darauf angewiesen waren, die Realisierung des Kinderwunsches und die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Mutterschaft partnerschaftlich auszuhandeln (ebd., S. 79).

Generative Autonomie heißt nicht Verzicht auf Partnerschaft, sie ist die Infragestellung der traditionellen komplementären familiären

Arbeitsteilung, die für die Westfrau mit niedrigerer Bildung charakteristisch ist. Westfrauen mussten sich mit ihrer Mutterschaft wesentlich stärker auf eine komplementäre Partnerschaft (die Abhängigkeit vom Mann) einlassen und auf eine entsprechende traditionelle Arbeitsteilung im Haushalt und bei der Kindererziehung. Diesen »*Traditionalisierungsschub*« nach der Geburt gab es auch im Osten, aber nicht in dem Maße wie im Westen.

Die Realisierung des Kinderwunsches führte in der DDR wesentlich weniger stark als in der Gegenwart in partnerschaftliche Abhängigkeit (aufgrund staatlicher Flankierung bei der Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung) und bedurfte demzufolge auch nicht notwendig der Absicherung durch eine Ehe. Wurden bereits zu DDR-Zeiten über ein Drittel aller Kinder von ledigen Müttern zur Welt gebracht, so ist diese Tendenz nach der Wende sogar noch angestiegen: Zurzeit werden im Osten 47 Prozent aller Kinder von *ledigen Müttern* geboren, im Westen 16 Prozent (Ahrendt, 1999, S. 214).

Nach der »Wende« ist auch im Osten der *biografische Aufschub* der ersten Geburt zu beobachten (Erstgebäralter 1989: 22,9 Jahre, 1996: 27,3). Im Westen ist das Erstgebäralter schon seit Langem höher und hat sich auch in den 1990er Jahren weiter erhöht (1989: 26,8 Jahre, 1996: 28,4).

Im Westen bleibt ca. ein Drittel (in der höchsten Bildungsschicht an die 50 Prozent), in Ost bleiben unter zehn Prozent der Frauen *kinderlos*. In West wie in Ost bemerken ca. ein Drittel aller Frauen gegen Ende ihrer fertilen Lebensphase, dass sie gern mehr Kinder hätten. (Und nur ganz wenige bekommen mehr, als sie wollten.)

*Summarisch: Der biografische Aufschub des Kinderbekommens (seit drei Jahrzehnten typisch für Frauen höherer Bildungsgänge in der BRD – im Osten zunächst ein in den 1990er Jahren entstandener »Wendeeffekt«) geht einher mit der biografischen Relativierung und Problematisierung des Kinderwunsches und führt zu einem tendenziellen Defiziterleben in der individuellen Familienplanung.*

## Familienplanerische Konzepte und Praxiserfahrungen

Ost: Die retrospektiven Befunde der Studie spiegeln die pronatale Sozialpolitik der DDR seit Anfang der 1970er Jahre wider, die in den Konzepten der Sexualpädagogik und Familienplanung bruchlos vermittelt wurde (vgl.

Stumpe & Weller, 1995). Da sich seit der Wende in den neuen Bundesländern eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit den neuen gesellschaftlichen Bedingungen vollziehen muss und seit Einführung des SFHG 1992 auch gleiche bzw. ähnliche politische Rahmenbedingungen herrschen, sind auch im Osten vor allem die historischen Entwicklungstendenzen aus der alten BRD interessant.

West: Nach 1968 wurde im Zuge der sexuellen Liberalisierung in den modernen Konzepten der Familienplanung und Sexualpädagogik als zentraler Aspekt die sexuelle Selbstbestimmung eingefordert, das bedeutete insbesondere auch die Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung durch moderne Kontrazeptionsmittel und -methoden. Dieses neue Denken führte einerseits zur Emanzipation insbesondere der weiblichen Sexualität, andererseits zur reduzierten Sicht auf Sexualität und geschlechtliche Identität sowie zur konzeptionellen *Relativierung des Kinderwunsches in Sexualpädagogik und Familienplanung* (vgl. z. B. Knieper, 1981).

Die emanzipatorische Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung (bis hin zu der Frage: Was hat Sexualität mit Fortpflanzung zu tun?) führt zur Tolerierung partnerschaftlicher Sexualitäten (gesellschaftlich und familiär – Familiarisierung der Jugendsexualität, vgl. Schmidt, 1993). Der pädagogische Modus des *deferred gratification pattern* (der Prävention »verfrühter« Handlungen durch Hinweise auf die »wichtigeren« Dinge des Lebens im Sinne eines »Leiste erst mal was!«, »Werde erst mal reif, bevor du dich erwachsenen Vergnügungen widmest!«) verschob sich von der Sexualität auf das Kinderkriegen. Aus der »Prophylaxe verfrühter Sexualität« wurde eine »Schwangerschaftsprophylaxe«. Hier wird soziale Verantwortung fokussiert und damit auch der biografische Aufschub des Kinderkriegens programmiert, eventuell sogar der Verzicht (weibliche Selbstverwirklichung bedarf schließlich nicht zwangsläufig der Mutterschaft), ganz im Sinne der individualisierten Destandardisierung des Lebenslaufs in der Moderne.

Mit der Betonung der Verantwortung wird pädagogisch (mehr oder weniger explizit) ein sozial charakterisierter optimaler Zeitpunkt für das Kinderkriegen suggeriert, der in der Regel nicht dem biologischen Optimum entspricht. Es wird eine Bedingtheit konstruiert: Erst reif sein, dann ein Kind kriegen. Diese pädagogischen Botschaften richten sich an und erreichen vor allem Mädchen, die eine höhere Bildung und berufliche Selbstverwirklichung ins Auge fassen.

## Erfahrungen aus der Schwangerschaftsberatung

Unter dem Aspekt der verantwortlichen Elternschaft gibt es in der Schwangerschaftsberatung folgende problematische Tendenz: Der Teil der Frauen bzw. Paare, die ihre Elternschaft ohne Zugriff auf psychosoziale Hilfsangebote realisiert, wird immer kleiner (annähernd die Hälfte aller Frauen, die sich zum Austragen von Kindern entscheiden, nehmen inzwischen Angebote für Schwangere bzw. Familien in Not wahr, vgl. Weller, 1997). Das heißt, trotz massenhaften biografischen Aufschubs der Familiengründung nimmt die Autonomie und Selbstständigkeit von Schwangeren, die sich zum Austragen der Schwangerschaft entschließen, tendenziell ab. (Ich denke, dass diese These gerechtfertigt ist, auch wenn ganz prinzipiell psychosoziale Hilfe immer als Hilfe zur Selbsthilfe begriffen wird und es zum Teil durchaus für die »Fitness« der Schwangeren spricht, wenn sie ihnen zustehende Hilfen auch in Anspruch nehmen und einfordern.)

Die Verkomplizierung der Familienplanung führt aus der Sicht der psychosozialen Beratung zunehmend zu einem *polarisierten* Entscheidungsverhalten: Einerseits gibt es Mädchen und Frauen, die sich für ein (weiteres) Kind entscheiden, obwohl ihre subjektiven wie objektiven Voraussetzungen sehr problematisch sind (z. B. Minderjährige, die durch eigene Mutterschaft die Möglichkeit sehen, aus schwierigen Verhältnissen ihrer Herkunftsfamilie auszubrechen); andererseits entscheiden sich viele Frauen zu einem Abbruch, gerade aus dem Gefühl der hohen Verantwortung gegenüber einem Kind heraus und obwohl ihre Lebenssituation vergleichsweise solide ist.

Das eigentliche Dilemma dieser Sachlage liegt darin, dass nach übereinstimmendem Urteil der Beraterinnen in den letzten Jahren die Zahl der Ambivalenzberatungen, also Beratungen, in denen die Schwangere tatsächlich unter Abwägung aller Bedingungen eine eigenverantwortliche Entscheidung trifft, nicht zugenommen hat. Sozialberatungen finden in aller Regel nach Akzeptanz der Schwangerschaft statt, Pflichtberatungen nach Entscheid für den Abbruch. Hier wie da hat die Beraterin eine bereits getroffene Entscheidung zu respektieren. Das setzt einer differenzierten Beratung Grenzen: Wie viel Problematisierung kann einer zur Mutterschaft entschlossenen Frau, die ohnehin »auf dünnem Eis« steht, zugemutet werden, wie viel Ressourcenorientierung und »Ermutigung zum Kind« einer zum Abbruch entschlossenen? Es liegt auf der Hand, dass eine um-

fassende Thematisierung des Kinder-Bekommens mit all seinen Licht- und Schattenseiten am ehesten im Vorfeld von Schwangerschaften möglich ist.

## Konzeptionelle Empfehlungen

Zwei Fragenkomplexe sollen den Empfehlungen vorangestellt werden:

1. Was ist heute und in Zukunft emanzipatorisch (im Sinne der Förderung von selbstbestimmter Sexualität, Partnerschaft, privater Lebensgestaltung)? Hat sich etwas bzw. was hat sich seit der Begründung der modernen, nichtrepressiven Sexualpädagogik und Familienplanung vor über 30 Jahren verändert? Sind möglicherweise einige – seinerzeit emanzipatorische – Ideen heutzutage tendenziell unkritisch affirmativ, engen eine bedürfnisadäquate Selbstverwirklichung der Individuen ein, fördern lediglich die Anpassung an (z. B. elternunfreundliche) gesellschaftliche Lebensbedingungen?
2. Wie sind sexuelle und reproduktive Rechte heute zu bestimmen? Sollte im Kontext der Durchsetzung sexueller und reproduktiver Rechte künftig das Recht auf Elternschaft stärker akzentuiert werden?

### 1. Emanzipierung des Kinderwunsches

Angesichts der Tatsache, dass heutzutage in Deutschland weniger Kinder geboren werden als individuell erwünscht, scheint es an der Zeit, pädagogisch den *Kinderwunsch* zu *emanzipieren*, ihn biografisch zu stabilisieren, dem biografischen Verlust des Kinderwunsches vorzubeugen, »präventiv« zum Kind zu ermutigen und so der gleichlautenden Textpassage des SFHÄndG (die sich nur leider auf die inadäquate Situation der Beratung bei erwogenem Schwangerschaftsabbruch bezieht) einen Sinn zu geben.

Der Kinderwunsch sollte künftig stärker entwicklungsbegleitend thematisiert werden. In der Gegenwart überwiegt der kurative Diskurs, zum Beispiel in der Diagnostik von Adoptionsantragstellern oder Paaren, die sich ihren unerfüllten Kinderwunsch mittels medizinischer Hilfe erfüllen wollen (vgl. Groß, 1999). Die Frage ist dann nicht mehr die der Stützung eines »natürlichen« Kinderwunsches, sondern die nach seinem »überwertigen«, tendenziell neurotischen, instrumentellen Charakter bzw. nach dem scheinbar erforderlichen hohen Grad seiner Selbstlosigkeit und Zweckfreiheit.

## 2. »Refertilisierung« der Sexualpädagogik

Die emanzipatorische Sexualpädagogik sollte sich nach einer historisch notwendigen Phase der »Diversifikation« (der Beschäftigung mit Sexualitäten, mit Enttabuisierung der Selbstbefriedigung, mit feministischer Problematisierung der Heterosexualität usw.) auch wieder stärker dem Mainstream – der partnerschaftlichen Heterosexualität mit all den ihr zuzurechnenden familiären Lebensmodellen – widmen. Aktuelle sexologische Studien belegen spätmoderne Retraditionalisierungstendenzen im heterosexuellen Verhalten (Schmidt, 2000), wobei diese nicht im Sinne eines Rollback zu verstehen sind, sondern als reflektierte Wiederannäherung der Geschlechter nach einer historischen Phase der kritischen Reflexion und Irritierung. Möglicherweise bekäme der Sexualpädagogik nach ihrer Modernisierung in den letzten beiden Jahrzehnten ein postmoderner »Traditionalisierungsschub« ganz gut?

## 3. Ganzheitliche Betrachtung der Sexualität

Sexualität und Fruchtbarkeit sollten wieder ganzheitlicher betrachtet, wieder zusammen gedacht werden (z. B. Fruchtbarkeit als Lustaspekt, vgl. Heyer, 1999). So sollte zum Beispiel die Menarche als Thema der Mädchenarbeit nicht nur in den Kontext der Fruchtbarkeit, sondern auch in den der Sexualität gestellt werden.

## 4. Entwicklungsorientierte Perspektive

Die Idee eines (sozial) optimalen Zeitpunkts bzw. einer optimalen Bedingungskonstellation (zu dem es bzw. in der es individuell verantwortlich ist, ein Kind zu bekommen) sollte relativiert und die biologisch optimale Zeitphase sollte wieder akzentuiert (bzw. nicht völlig aus dem Auge verloren) werden. Die Abkehr vom Harmoniemodell der Schwangerschaft (vom »Allzeit guter Hoffnung«) und die Zuwendung zu einem Krisenmodell, die sich in den letzten Jahren zunehmend durchgesetzt hat (z. B. Wimmer-Puchinger, 1992), sollte nicht zu einem negativen Stress- und Problemmodell mutieren, in dem vorwiegend Erschwernisse thematisiert werden (»Schwanger schafft«, vgl. Sielert et al., 1993, S. 97), sondern zu einem entwicklungsorientierten Krisenmodell. Die entwicklungsorientierte Perspektive sollte vom »reif sein zur Elternschaft« auf ein »reif werden durch Elternschaft«

hin orientieren. Generativität (im Sinne E. H. Eriksons) sollte auch weiterhin als normative Entwicklungsaufgabe des Erwachsenenalters akzentuiert werden, deren Inangriffnahme keiner besonderen Legitimation bedarf. Die Individuen sollten zur Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen und staatlicher Unterstützung, die die generative Autonomie sichern, ermutigt und bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe Elternschaft unterstützt werden.

Generativität sollte plural gefasst werden – sie bedeutet mehr als biologische Elternschaft und ist als Entwicklungsaufgabe des Erwachsenenalters auch ohne diese gestaltbar. Elternschaft sollte nicht als ein »Muss« in der Biografie konzipiert werden, aber auch nicht als beliebige *Conditio sine qua non*. Biologische Elternschaft (insbesondere auch die des Mannes) sollte in ihrer persönlichkeitsbildenden Funktion (Übernahme sozialer Verantwortung, Erwachsenwerden durch eigene Kinder) stärker untersucht werden.

## 5. Von der sukzessiven zur simultanen Vereinbarkeit

Eine moderne Thematisierung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Mutterschaft sollte nicht das alternative (Entweder-oder-)Modell präferieren und auch nicht das bundesdeutsch übliche sukzessive Drei-Phasen-Modell (erst Beruf, dann Mutterschaftsphase, dann wieder Beruf) zum Non-plusultra erklären. Auch unter bundesdeutschen Verhältnissen sollte das DDR-typische simultane Modell gleichzeitiger beruflicher und familiärer Entwicklung gefördert werden (z. B. Studieren mit Kind).

## 6. Partnerschaftliche Perspektive bzw. generative Symmetrie fördern

Einerseits sollte die generative Autonomie der Frauen gestärkt werden (durch Förderung außerfamiliärer Unterstützungsnetzwerke), andererseits sollte Mutterschaft nicht als Egotrip konzipiert werden, die Risiken Alleinerziehender sollten nicht verschwiegen werden und Elternschaft sollte als ein arbeitsteiliger Prozess, der partnerschaftlichen Aushandeln bedarf, thematisiert werden (wobei das traditionell-komplementäre Modell mit dem Effekt des »Traditionalisierungsschubs« sowie das symmetrische Modell der Arbeitsteilung einzubeziehen wären). Die Funktion des Mannes/Partners/Vaters sollte noch umfassender untersucht und thematisiert werden.

Erfahrungen aus Projekten der Begleitung von Paaren in der Phase der Familiengründung zeigen, dass junge Eltern gegenüber psychologisch-pä-



dagogisch akzentuierten Gesprächsangeboten häufig skeptisch bis distanziert reagieren (vgl. Albrecht-Engel, 1999; Deutscher Familienverband, 1999), dass sie möglicherweise »Rat-Schläge« befürchten oder Bevormundung. Diskurse zur partnerschaftlichen Elternschaft und entsprechende Unterstützungsangebote sollten deshalb niederschwellig und sehr ressourcenorientiert erfolgen.

## 7. Kritische Reflexion der Individualisierung

In der DDR taten viele kollektiv das Gleiche (früh heiraten, früh Kinder kriegen); das waren Muster der »kollektiven Selbstverständlichkeit«, die in »genormten Biografien« zum Ausdruck kamen. Pädagogisch gefördert wurden diese Prozesse zum Beispiel durch den Hinweis auf das biologische Optimum des Kinderkriegens (in der ersten Hälfte des dritten Lebensjahrzehnts), und natürlich waren sie sozialpolitisch untersetzt, zum Beispiel durch zinslose Ehekredite bis zum 26. Lebensjahr, bevorzugte Wohnungsvergabe an junge Familien usw.

In der Bundesrepublik werden seit Längerem biografische Differenzierungsprozesse beobachtet, es wird im vorliegenden Bericht zum Beispiel von »selbstreflexiver Gestaltungsleistung« gesprochen. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob es sich wirklich um individuelle Handlungsstrategien (auf der Basis individueller Freiheitsgrade) handelt, wenn viele sehr individuell das Gleiche *nicht* tun, wenn sie dem kollektiven Muster des biografischen Aufschubs folgen, und damit wiederum gesellschaftlichen Zwängen entgegen ihren Bedürfnissen (denn letztlich bekommen Frauen oft weniger Kinder, als sie möchten, oder verringern ihren Kinderwunsch). In der optionenreichen bundesdeutschen Gesellschaft ist die selbstreflexive Gestaltungsleistung unumgänglich. Sie darf aber nichts weniger als ein pseudoemanzipatorisches Sich-Dreinschicken in gesellschaftliche Zwänge sein, das zum Beispiel die Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft infrage stellt. In diesem Sinne ist mit Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Wiederpolitisierung der Familienplanung und der emanzipatorischen Sexualpädagogik zu fordern.

## 8. Recht auf Elternschaft

Emanzipatorisch wirken heißt nicht, affirmativ einem dogmatischen Kurs zum »Schutz der Ungeborenen« zu folgen oder eine pronatale staatliche Ge-

bärpolitik auf Kosten der (potenziellen) Eltern zu unterstützen, sondern das Recht auf Elternschaft durchzusetzen. Historisch ging es im Rahmen der Familienplanung über mehrere Jahrzehnte hinweg in hohem Maße darum, das Recht auf einen würdevollen Schwangerschaftsabbruch durchzusetzen, heute gilt es, das Recht auf das Kind durchzusetzen, und damit die andere Seite selbstbestimmter Elternschaft. Dieser Teil der Familienplanung sollte nicht erst im Zusammenhang mit ungewollter Kinderlosigkeit Thema werden.

## 2 Kontrazeption

Leitfrage dieses Abschnitts ist die nach dem konkreten Verhütungsverhalten im Kontext unterschiedlicher Familienplanungskonzepte in Ost und West und insbesondere die, wie der biografische Aufschub (der aufgeschobene, verdrängte oder aufgegebene Kinderwunsch) im Verhütungsverhalten gehandhabt wird.

### Befunde

Die vorliegende Studie bestätigt die bekannte Tatsache, dass ostdeutsche Frauen in stärkerem Maße als westdeutsche die Pille nutzen. Sie wird als Mittel selbstbestimmter Familienplanung, als ein Aspekt der reproduktiven Autonomie begriffen und angewandt. Die Pille wird in ihrem Für und Wider nicht stark reflektiert, sondern vielmehr als »*kollektive Selbstverständlichkeit*« in einen positiven, tradierten Werte- und Normenkontext gestellt (Sicherheit, Stabilität, Gemeinsamkeit, vgl. S. 129f.). Das (im Vergleich zu den Westfrauen) *geringe Wechselverhalten* im Bereich der Kontrazeption ist nicht nur durch eine einheitlichere positive Einstellung zur Verhütung mit der Pille begründet, es hat auch »materielle« Ursachen in dauerhaften Partnerschaften und kontinuierlicher partnerschaftlicher Sexualität (vgl. S. 122). Verhütungswechsel bzw. -pausen sind im Osten vor allem durch den Wunsch nach und das Austragen von Schwangerschaft bedingt (entlang der Biografie durch die Kinderzahl, im Westen vor allem durch die Partnerzahl, vgl. S. 115).

Auch im Westen dominiert die Pille, allerdings durch größere Methodenvielfalt flankiert. Bildungsabhängig wird das Verhütungsverhalten stärker reflektiert im Sinne *einer selbstreflexiven Gestaltungsleistung* und es wird stärker partnerschaftlich ausgehandelt. Wechsel oder Unterbrechungen des Verhü-

tungsverhaltens sind im Westen vor allem durch Partnerwechsel bzw. Phasen der Partnerlosigkeit bedingt (im Osten, wie gesagt, durch Schwangerschaft).

Die Ergebnisse zeigen deutlich: Das Kontrazeptionsverhalten ist einerseits Resultat eines (mehr oder weniger) diskursiven Kontextes bzw. Wertesystems (mit den Themen Körper, Gesundheit, Verträglichkeit, Fruchtbarkeit, Stabilität, Sicherheit ...), andererseits spiegelt es die partnerschaftliche und sexuelle Lebensweise. Mit Bezug auf die Eingangsfrage legen die Befunde folgende Erklärungen nahe: Die Stabilität in der Lebenslaufplanung und -gestaltung (Partnerschaft, Sexualität, Kinder, Familie) geht einher mit stabiler und eigenverantworteter Verhütung. Stärkere Planungsambivalenzen und wechselhaftere Lebensgestaltung führen zu ambivalenterem und instabilerem Verhütungsverhalten:

- mehr Wechsel in der Partnerschaft – mehr Wechsel im Verhütungsverhalten
- weniger Kontinuität in partnerschaftlicher Sexualität – weniger Kontinuität im Verhütungsverhalten
- mehr Ambivalenz im Kinderwunsch – mehr Ambivalenz im Verhütungsverhalten

Diese Befunde betreffen junge Erwachsene im dritten Lebensjahrzehnt (die »Postadoleszenten«). Sie gelten nicht für den Einstieg Jugendlicher in die partnerschaftliche Sexualität (dort ist eine historisch beispiellose Konsequenz in der Verhütung anzutreffen).

Für den Beginn des partnerschaftlichen Sexualebens ist in Ost wie West festzustellen: *Frühzeitige Pillennutzung und angewachsene Verhütungskonsequenz*, insbesondere durch *gestiegene Kondomnutzung*. Der Wandel im Verhütungsverhalten von Anfang an steht für eine angewachsene Verhütungskonsequenz im Sinne des biografischen Aufschubs. Diese Entwicklung ist allerdings nicht pauschal als Errungenschaft zu feiern, etwa als Hinweis auf möglicherweise dadurch zurückgegangene unerwünschte Erstschwangerschaften, denn zu DDR-Zeiten wurden Erstschwangerschaften viel häufiger zugelassen (seltener abgebrochen) als im Westen.

## Familienplanerische Konzepte und Praxiserfahrungen

Das Reflexions- und Diskursniveau gegenüber der Pille und anderen Verhütungsmitteln und -methoden war in der DDR insgesamt gering. Die

Verhütungsfrage lag weitgehend in den Händen einer paternalistischen Medizin. Die ärztliche Verhütungsberatung war seit Einführung der Pille stark auf die Ordination hormoneller Kontrazeptiva orientiert, nach realisiertem Kinderwunsch auf das Intrauterinpeessar (wobei Kontrazeptiva in der DDR ausschließlich von Gynäkologen verschrieben wurden, sodass von einer hohen *fach*ärztlichen Kompetenz ausgegangen werden kann). Ebenso DDR-typisch war ein sehr paternalistisches (fürsorglich-vormundschaftliches) Verständnis ärztlichen Handelns, das den Frauen nur ein geringes Maß an Eigenverantwortung zubilligte. Die weitverbreitete Haltung »Mein Arzt wird schon wissen, was für mich gut ist« war allerdings auch Ausdruck eines ausgeprägten Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Patienten (das z. B. nicht durch marktwirtschaftliche Erwägungen irritiert wurde). Vor diesem Hintergrund muss zum Beispiel die enorm hohe Anzahl der Pillen-Langzeitnutzerinnen gesehen werden.

Das Thema Verhütung wird in der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren durch nichtmedizinische Institutionen der Familienplanung und Sexualaufklärung und im Rahmen feministischer Diskurse in starkem Maße problematisiert (Kritik paternalistischer Medizin, Kritik der Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen und der Fertilität, Frauengesundheitsbewegung). Ein wesentlicher Punkt ist die Zurückweisung der alleinigen Verantwortlichkeit der Frau (»Warum immer wir?«). Diese Entwicklung spiegelt ein historisch nötiges emanzipatorisches Moment, um die Verantwortlichkeit der Männer einzufordern. Kontrazeption ist so Teil der modernen sexuellen Verhandlungsmoral geworden, sie ist »Träger symbolischer Bedeutungen«, hat eine »regulative Funktion bei der Gestaltung der sexuellen Beziehungen«.

Im Rahmen der Sexualpädagogik ist dieser paardynamische Aspekt vor allem in geschlechtsspezifischen Arbeitsansätzen (Mädchenarbeit) thematisiert worden. Dabei hat es über die emanzipatorischen Problematisierungen hinaus zum Teil auch überzogene und vorurteilperpetuierende Ansätze gegeben, in denen zum Beispiel Jungen als Verhütungs- und Kondommuffel dargestellt wurden (vgl. z. B. Preiß & Wilser, 1993). Möglicherweise hat eine zu starke Betonung der Notwendigkeit partnerschaftlichen Aushandelns Inkonsequenzen im Verhütungsverhalten und Ambivalenzen gefördert und die Eigenverantwortung reduziert.

Zumindest in den 1990er Jahren – so bestätigen es jugendsexuologische Studien (vgl. Weller & Starke, 1993) – besteht zu allzu kämpferischen Diskursen aber kaum noch Anlass. So gibt es zum Beispiel hinsichtlich der

*Akzeptanz des Kondoms* überhaupt *keine geschlechtstypischen Ressentiments* (mehr). Verhütung wird von den Heranwachsenden als gemeinschaftlich zu verantwortende Aufgabe begriffen. Nicht zuletzt die HIV-Prävention seit Mitte der 1980er Jahre hat zur Akzeptanz von Verhütung, zur Verhütungskonsequenz von Anfang an und zur Förderung partnerschaftlicher Verantwortung viel beigetragen (wie die in Ost wie West enorme Zunahme der Verhütungskonsequenz beim ersten Koitus zeigt).

Die kritische Reflexion der Verhütung im Westen ist stark an der Kritik der Pille festgemacht worden. Umso erstaunlicher ist, dass unter Jugendlichen die Pille so verbreitet ist (und im Übrigen auch unter den reflexiven und kritischen Studentinnen in Ost wie in West, vgl. Weller, 1999).

## **Konzeptionelle Empfehlungen**

### **1. Kritische Reflexion fördern, ohne zu verunsichern, zu verkopfen, zu ideologisieren**

Mehr Diskurs und Reflexion über Verhütung ist nötig, aber es sollte damit keine Verunsicherung erzeugt werden: Einerseits sollte ein konsequentes Verhütungsverhalten unterstützt werden, mit Betonung der individuellen Autonomie, ohne einer unreflektierten Pragmatik das Wort zu reden; andererseits müssen die Verhütungsmittel und -methoden in ihren medizinisch-biologischen wie in ihren psychologisch-paardynamischen Aspekten reflektiert werden, ohne dass daraus einen Kampf der Geschlechter inszeniert wird. Das Verhütungsverhalten sollte diskursiviert, aber nicht verkopft und schon gar nicht ideologisiert und diesbezüglich überfrachtet, sondern ganzheitlich betrachtet werden.

### **2. Eigenverantwortung stärken (individuelle Verantwortung beider Geschlechter)**

Unter Beachtung der Paardynamik sollte es bei der Kontrazeption immer primär um die Stärkung individueller Verantwortung gehen (im Sinne der generativen Autonomie) und nicht um Delegation von Verantwortung. Das betrifft selbstverständlich beide Geschlechter. Geschlechtshomogene Arbeitsansätze sollten Autonomie stärken und die Voraussetzungen für den partnerschaftlichen Diskurs fördern.

### 3. Ganzheitlichkeit (Verhütung, Lust, Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch)

Verhütung ist Teil gelebter Sexualität, der individuellen und partnerschaftlichen. Hieran knüpfen sich viele Fragen, die pädagogisch bzw. beraterisch zu thematisieren sind, zum Beispiel: Was macht die Pille mit meinem Körper, mit meiner Lust? Oder: Wie oft will ich/habe ich Sex, wie viel Sinn macht es, zum Beispiel kontinuierlich mit Pille zu verhüten?

Über Verhütung reden heißt: über Sexualität reden. Ein zentraler Befund der Studie ist: Das Kontrazeptionsverhalten ist einerseits Resultat eines (mehr oder weniger) diskursiven Kontextes bzw. Wertesystems (mit den Themen Körper, Gesundheit, Verträglichkeit, Fruchtbarkeit, Stabilität, Sicherheit ...), andererseits spiegelt es die partnerschaftliche und sexuelle Lebensweise. Eine Förderung sinnlich-lustvoller Sexualität in stabilen und perspektivreichen Partnerschaften fördert auch die Qualität des kontrazeptiven Verhaltens.

Mit der Stärkung des Kinderwunsches im Kontext der gesamten privaten Lebensplanung (im Sinne biografischer Option mit Gewissheit und »generalisierter Akzeptanz«, s. o.) scheint das Verhütungsverhalten positiv beeinflussbar: Bei prinzipieller Sicherheit, ein Kind zu wollen, ist phasenweise konsequente Verhütung leichter.

### 4. Ostspezifika/Prognosen

Zumindest bei den jüngeren Frauen sind Wendeeffekte zu erwarten: Der biografische Aufschub der Familienbildungsphase wirkt auf Partnerschaften zurück. Es werden zwar weiterhin frühe Bindungen eingegangen, aber mit weniger Verbindlichkeit bzw. Perspektive. Künftig ist mit weniger Kontinuität und mehr Wechsel im Verhütungsverhalten zu rechnen.

Ein ambivalenter werdender Kinderwunsch (im Kontext einer ambivalenter werdenden Partnerperspektive oder bei diskordantem Kinderwunsch zwischen den Partnern) führt zu stärkerer Ambivalenz (weniger Konsequenz, mehr Wechsel) im Kontrazeptionsverhalten.

Der Verlust der kollektiven Selbstverständlichkeiten führt zur Notwendigkeit individueller Information, Begründung, Entscheidung und wird zur *Zunahme an Beratungsbedarf* führen. Gerade im Osten ist der Bereich

der *second medical opinion* noch völlig unterentwickelt, entsprechende Angebote werden aber gut angenommen (vgl. Busch, 1999).

Potenzielle Zielgruppe: nicht mehr die solide Jugend, sondern die wechselhaften Erwachsenen im dritten Lebensjahrzehnt.

### **3 Gewolltheit von Schwangerschaften: Akzeptanz oder Abbruch**

#### **Befunde**

Zwei Drittel *aller eintretenden* Schwangerschaften (66 Prozent) sind gewollt. Drei Viertel *aller zugelassenen* Schwangerschaften sind gewollt. Die Gewolltheit des ersten Kindes im historischen Vergleich: Im Westen ist eine kontinuierliche Zunahme, im Osten ein starker Anstieg von den 1970er zu den -80er Jahren und ein geringer Rückgang in den -90ern zu beobachten. Unter den ausgetragenen ersten Kindern waren im Osten in den 1990er Jahren 16 Prozent ungewollt, in den -80ern waren es nur zwölf Prozent, in den 1970ern dagegen 21 Prozent.

Zu den Bedingungen, unter denen ungewollte Schwangerschaften eintreten und abgebrochen werden: Frauen werden in krisenhaften Lebenssituation zwar seltener schwanger, aber wenn, dann häufiger ungewollt. Schwangerschaften, die in Belastungssituationen (vor allem in partnerschaftlichen Krisen) eintreten, sind zu ca. 50 Prozent ungewollt, in unbelasteten Lebenssituationen nur zu 20 Prozent. Das führt dazu, dass Schwangerschaften, die in einer besonderen (krisenhaften) Lebenssituation eintreten, zu 25 Prozent abgebrochen werden, Schwangerschaften in Normalsituationen nur zu knapp zehn Prozent.

Ungewollte Schwangerschaften werden zu 50 Prozent abgebrochen, und zwar unabhängig davon, ob sie in einer speziellen Belastungssituation entstanden sind oder nicht. Die Gewolltheit beziehungsweise Ungewolltheit ist das Hauptkriterium beim Entscheid über Akzeptanz oder Abbruch der Schwangerschaft, nicht die Tatsache der Krisensituation.

*42 Prozent aller abgebrochenen Schwangerschaften sind unter Verhütung eingetreten (Ost: 37 Prozent, West: 48 Prozent). Ohne Verhütung zustande gekommene ungewollte Schwangerschaften werden häufiger abgebrochen als trotz Verhütung entstandene.*

## Familienplanerische Leitlinien und Praxiserfahrungen

Zum Menschenrecht auf individuelle Familienplanung, zu den reproduktiven Rechten muss das Recht gehören, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen. In den Begründungen der aktuellen Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch wird unter anderem auf folgende zwei Annahmen bzw. Argumentationen zurückgegriffen:

- *Ungewollte Schwangerschaften entstehen durch Verhütungsversagen.* Verhütung ist nie hundertprozentig, kann versagen, und wenn sie versagt, darf der betroffenen Frau keine Schuld zugewiesen werden, sie muss im Gegenteil unterstützt werden in ihrer (so oder so) schwierigen Entscheidung für oder gegen das Kind.
- *Abbrüche erfolgen aufgrund von Notlagen.* Der Entscheid über das Austragen oder Abbrechen einer Schwangerschaft muss selbstbestimmt erfolgen. Das wird jedoch in keinem Fall eine leichtfertige Entscheidung sein (im Sinne der Bagatellisierung des Abbruchs und seiner Akzeptanz als Familienplanungsmethode), sondern in der Regel wird es triftige Gründe geben (so etwas wie eine soziale Notlage), die die Frauen zum Abbruch nötigen. (Diese Annahme bewegt den Gesetzgeber dazu, eine Beratung zu veranlassen, in der die Frau ihre Gründe, derentwegen sie den Abbruch erwägt, vorträgt, und in der über soziale Hilfen gesprochen werden muss.)

Zur *Frage des Zustandekommens ungewollter Schwangerschaften* gibt es aus der Beratungspraxis heraus sehr unterschiedliche Befunde: In einer aktuellen Studie der pro familia Frankfurt wurden über ein halbes Jahr die freiwilligen Angaben zur Verhütung von Frauen, die zur Konfliktberatung kamen, erfasst (471 von insgesamt 1.100 Frauen äußerten sich): Über 90 Prozent gaben dabei an, trotz Verhütung schwanger geworden zu sein (Otto, 1999).

Der niederländische Arzt Jansen hat 1993 in den Familienplanungszentren Mainz und Gießen Frauen, die dort Abbrüche durchführen ließen, zu ihrem Kontrazeptionsverhalten befragt (Jansen, 1995). Im Zeitraum vom 1.4.1994 bis zum 31.3.1995 wurden in allen pro-familia-Beratungsstellen des Landes Sachsen-Anhalt alle Frauen, die zur Pflichtberatung erschienen, zu ihrem Kontrazeptionsverhalten befragt (Büchner, 1995).

Wenn wir den abgebrochenen Geschlechtsverkehr als »Nichtverhütung« klassifizieren, ist Tabelle 1 zu entnehmen, dass etwa 40 Prozent aller Schwangerschaften, die voraussichtlich abgebrochen werden, ohne Ver-



Tab. 1: Kontrazeptionsverhalten vor Schwangerschaftsabbruch.

Mittel/Methode	Mainz/Gießen (FPZ/Jansen, 1995), n = 308	Sachsen-Anhalt (PROFA/Büchner, 1995), n = 1593
<b>ohne</b>	<b>30,2%</b>	<b>38,4%</b>
Kondom	23,1%	26,6%
Pille	19,2%	19,5%
Spirale	–	3,2%
Diaphragma	3,9%	–
Kalender (Knaus)	–	7,8%
Basaltemperatur	–	0,8%
<b>Coitus abruptus</b>	<b>13,6%</b>	<b>1,9%</b>
andere Methoden	6,1%	0,4%
keine Angaben/unbekannt	3,9%	1,4%

hütung entstanden. In der Studie frauen leben wird festgestellt (s. o.), dass 58 Prozent der Schwangerschaften, die abgebrochen wurden, ohne Verhütung zustande kamen. Das ist ein äußerst spektakulärer Befund.

In der Expertinnendiskussion wurde mit Erstaunen registriert, dass ein so großer Anteil von Frauen angab bzw. zugab, gar nicht verhütet zu haben. Dieses Erstaunen spiegelt möglicherweise die Verinnerlichung des »Verhütungsversagensparadigmas« wider. Als die Beraterinnen ihre Praxiserfahrungen weniger aus der formallogischen Verhütungsperspektive als aus psychodynamischer Sicht reflektierten, löste sich das Erstaunen jedoch auf: Insbesondere Verhütungspausen, aber auch der Wechsel von sicheren auf weniger sichere Verhütungsmittel oder ihre unsachgemäße bzw. unregelmäßige Anwendung, so wurde herausgearbeitet, spiegeln partnerschaftliche und/oder andere biografische (Konflikt-)Konstellationen wider. Eine generelle Erfahrung aus der Beratung ungewollt schwangerer Frauen ist, dass es in der Biografie hin und wieder Zeiten zu geben scheint, in denen ein erhöhtes kontrazeptives Risiko gelebt werden *muss*, und auch solche Phasen, in denen eine »Anfälligkeit« für das (ungewollte) Schwangerwerden besteht.

Hierzu eine Beraterin in der Gruppendiskussion:

»Es geht um das Unbewusste, wenn die Pille z. B. vergessen wird oder unregelmäßig genommen wird. Es wird gehofft, es funktioniert, aber dann ist

da noch: warum soll ich eigentlich die Pille nehmen, wenn ich mit meinem Mann nur alle acht Wochen schlafe, die Ambivalenz, mag ich ihn noch, mag ich ihn nicht mehr, ich kann nicht gehen, ich kann nicht bleiben [...] über ein Jahr ging das gut [...] und dann durfte es nicht mehr funktionieren, damit sie endlich mal das Thema anguckt ...<

Ein weiterer, zunächst spektakulär anmutender Befund aus der Studie: Unter Verhütungsversagen eintretende ungewollte Schwangerschaften werden häufiger ausgetragen als diejenigen, die ohne Verhütung zustande kommen. Das heißt, es gibt Frauen, die nicht verhüten, aber die so entstandenen ungewollten Schwangerschaft abbrechen, und zwar häufiger als diejenigen, die unter Verhütung schwanger wurden.

Die Befunde aus der Studie in Sachsen-Anhalt legen nahe, dass Frauen, die häufiger abbrechen, in ihrem Verhütungsverhalten inkonsequenter sind: Unter den Frauen, die vor ihrem ersten Abbruch standen, hatten 36,8 Prozent nicht verhütet, unter denen mit bereits einmaliger Abbrucherfahrung 41,3 Prozent, unter denen mit bereits zweimaliger Abbrucherfahrung 44,8 Prozent.

Diese Fakten scheinen das Klischee von den »leichtfertigen« Frauen zu nähren, die zu bequem zum Verhüten sind und Schwangerschaftsabbrüche gelassen in Kauf nehmen.

Beratungserfahrungen legen folgende Interpretation nahe: Es gibt Lebenssituationen, in denen zwar ein Kind überhaupt nicht integrierbar ist, aber trotzdem das hohe Risiko einer ungewollten Schwangerschaft durch Verzicht auf Verhütung eingegangen wird. Die Gründe dafür können vielfältig sein, zum Beispiel krisenhafte oder auch euphorische Lebens- und Partnersituationen, in denen das rationale Abwägen möglicher Folgen gelebter Sexualität ausgeblendet wird. Psychodynamisch interpretiert: Es gibt den Modus, besondere Lebenslagen (Krisen, Konflikte) über Sexualität und Fertilität unbewusst zu agieren. (Und diese Erkenntnis ist keineswegs spektakulär.)

Zur zweiten Fragestellung: *Aus welchen Gründen brechen Frauen eine Schwangerschaft ab?* Der Befund aus der Studie, wonach ungewollte Schwangerschaften in Krisen- bzw. Umbruchsituationen (partnerschaftlich, beruflich, Wohnsituation ...) nicht häufiger abgebrochen werden als solche außerhalb solcher Situationen, löst Erstaunen aus. Es gibt zwar Krisensituationen, in denen ungewollte Schwangerschaften eintreten, aber diese Krisen entscheiden nicht über Akzeptanz oder Abbruch der ungewollten Schwangerschaft.

Das Erstaunen über diesen Befund basiert auf der Annahme, dass die verschiedenen Krisensituationen (im Geiste dessen, was zu Zeiten der Indikationsregelung »Notlagenindikation« genannt wurde) stärker wirksame Gründe zum Entscheid für einen Abbruch sein müssten, während nicht im Zusammenhang mit Krisensituationen ungeplant eingetretene Schwangerschaften häufiger ausgetragen werden könnten. Aber ist das so?

Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen: Wenn Krisen (ambivalente Lebensphasen) am Zustandekommen der ungeplanten Schwangerschaft beteiligt sind (als unbewusste Motive), werden sie nach eingetretener Schwangerschaft nicht notwendig zu Abbruchgründen, dann können sie ebenso Gründe für das Austragen sein:

- Bsp. 1: berufliche Krise – Ambivalenz zwischen risikoreichem beruflichem (Neu-)Anfang nach Arbeitslosigkeit und Umschulung und (erneuter) Mutterschaft – Entscheid für Mutterschaft
- Bsp. 2: Partnerkrise – Ambivalenz zwischen Aufgabe und Fortbestand der Beziehung – Entscheid für das Austragen des Kindes als »Übergangsobjekt« in Trennungsphase (und damit auch für den Fortbestand der Beziehung auf anderer Ebene)

Und umgekehrt: Warum sollten ungeplante Schwangerschaften in einer nicht krisenhaften Lebensphase (z. B. Schwangerschaften trotz subjektiv sicherer Verhütung oder nach abgeschlossener Familienplanung) besser annehmbar sein? Ist solch ein ungewolltes Schwangerwerden ohne tieferen konflikt-dynamischen Hintergrund nicht sogar leichter pro Abbruch zu entscheiden?

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprojekts »Integrierte Familienberatungsstelle« der pro familia in Erfurt (Weller, 1995b) wurden Frauen, die zur Konfliktberatung kamen, mit denen verglichen, die zur Sozialberatung kamen. Festgestellt wurde dabei, dass erstere häufiger sowohl beruflich wie privat in »normaleren« Verhältnissen lebten, dass Frauen mit erwogenem Abbruch häufiger Arbeit hatten, häufiger verheiratet waren, häufiger in fester Partnerschaft lebten (Tab. 2).

Aus diesen Befunden ließ sich ein polarisiertes Entscheidungsverhalten konstatieren: Viele der ungeplant schwanger gewordenen Frauen entscheiden sich gegen das Kind, weil sie berufstätig sind und es bleiben wollen. Das heißt, sie brechen eine Schwangerschaft nicht etwa ab, weil sie sich in einer sozialen Notlage befinden, sondern weil sie diese gerade verhindern wollen. Umgekehrt entscheiden sich viele Frauen nicht trotz, sondern

geradezu aufgrund ihrer sozialen Notlage (z. B. ihrer Chancenlosigkeit am Arbeitsmarkt) für das Austragen der Schwangerschaft.

Tab. 2: Charakteristika schwangerer Frauen, die sich zum Abbruch entschließen bzw. ihr Kind austragen und soziale Hilfen in Anspruch nehmen (Integrierte Familienberatungsstelle Erfurt 1993–1995, vgl. Weller, 1995b, S. 35).

	Abbruch (n = 1052)	Antrag Hilfsfonds (n = 506)
berufstätig	51 %	28 %
Ausbildung/Umschulung	15 %	19 %
arbeitslos	20 %	36 %
Sozialhilfe	4 %	10 %
Erziehungsurlaub	7 %	5 %
Hausfrau	3 %	2 %
ledig/gesch./verhei. getr.	57 %	79 %
verheiratet zus.lebend	43 %	21 %
ohne Partner	17 %	41 %
mit Partner/gemeins. Hh.	60 %	41 %
mit Partner/ohne gem. Hh.	23 %	18 %

## Konzeptionelle Empfehlungen

### 1. Schwangere und Familiengründung unterstützen

Die aktuelle Gesetzeslage (SFHG) formuliert als Hauptzielstellung den Schutz des ungeborenen Lebens. Aus Sicht der Beratungspraxis ist dieses Ziel umsetzbar in Form maximaler Unterstützung von Frauen bzw. Paaren, die ihr Kind (auch unter schwierigen Bedingungen) bekommen wollen. Hier sollten die psychosoziale Beratung Schwangerer und Netzwerke zur Unterstützung der Familiengründungsphase weiter ausgebaut werden. Letztlich kann jedoch Beratung und Unterstützung immer nur so gut sein, wie es die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zulassen.

## 2. Ungewollte Schwangerschaften verhindern

Der »Schutz des ungeborenen Lebens« soll zum zweiten durch die Verhinderung bzw. Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen verbessert werden. Nach den Erfahrungen der Beratungspraxis ist eine »zielorientierte« Beratung hierfür jedoch ungeeignet, da die Entscheidung über Austragen oder Abbruch einer Schwangerschaft nur in Ausnahmefällen in der Beratung erfolgt (Ambivalenzberatungen; Beratungen in Entscheidungskonflikten sind die Ausnahme).

Da Abbrüche, wie die Studie zeigt, hauptsächlich aufgrund der Ungewolltheit von Schwangerschaften zustande kommen, muss die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften Hauptaufgabe sein. Von vornherein klar sein sollte jedoch, dass es immer ungewollte Schwangerschaften geben wird. Allerdings wird aus den Ergebnissen der Studie und den Erfahrungen der Praxis auch deutlich, dass eine weitere Verbesserung der Verhütungskonsequenz möglich ist.

Mehr Aufklärung über die richtige Anwendung kontrazeptiver Mittel und Methoden und die Risiken von Verhütungsformen scheint allerdings zu kurz zu greifen. Allein die Tatsache der konsequenten Verhütung beim ersten Koitus belegt: Schon Jugendliche wissen heutzutage gut Bescheid und sind in der Lage, konsequent zu verhüten.

Die Befunde belegen, dass die psychodynamische Seite des Umgangs mit Fertilität und Kinderwunsch, die Paardynamik der Verhütung, die Frage nach dem Sinn bzw. der Bedeutung ungewollter Schwangerschaften einer größeren Beachtung und eines breiteren Diskurses bedarf, und zwar in allen Bereichen, die sich mit Verhütung beschäftigen. (Neben der Sexualpädagogik und den Institutionen der Familienplanung ist hier besonders an Ärztinnen und Ärzte zu denken.) Alle Argumentationen, die das Zustandekommen ungewollter Schwangerschaften allein aus dem Versagen (subjektiv sicherer) Verhütung und aus Zufällen erklären wollen, sind tendenziell antiaufklärerisch und antiemanzipatorisch. Sie entmündigen Frauen, sprechen ihnen verantwortungsvolles Handeln ab (Uninformiertheit), weisen ihnen eine Opferrolle zu (schicksalhaft oder mit Schuldzuweisungen gegenüber Gynäkologen, die schlecht beraten haben, Beipackzetteln, die unvollständig waren, Partnern, die hätten verhüten sollen usw.).

Wichtig ist hingegen, die psychodynamische Seite der Verhütung anzusprechen, und die partnerschaftliche Sexualität/Fertilität/ungewollte Schwangerschaft als Feld der (inadäquaten) Konfliktregulation.

Aus den Ergebnissen der Studie heraus und den Erfahrungen der Praxis bleibt festzuhalten, dass nicht wenige Schwangerschaftsabbrüche durch das Unterlassen von Verhütung bedingt sind. Möglicherweise gibt es Haltungen, die eine konsequente Verhütung infrage stellen und einen Schwangerschaftsabbruch als Verhütungsalternative begreifen. Angesichts der gesellschaftlichen Bewertung des Abbruchs scheint eine solche Haltung pseudoemanzipatorisch. Die pädagogisch sinnvolle (und mit der geltenden Rechtslage konforme) Alternative wäre die Förderung eines konsequenten Verhütungsverhaltens, in deren Kontext zwar das Recht auf Abtreibung thematisiert wird, die Abtreibung als Familienplanungsmethode jedoch problematisiert wird. Dabei sollten ethische Fragen im Vordergrund stehen. Die DDR-typische Angstmacherei vor späterer Unfruchtbarkeit (die vielleicht aus der klinischen Praxis früherer Jahre heraus noch eine gewissen Berechtigung hatte) erweist sich zwar nach den Befunden der Studie als recht wirkungsvoll (natürlich nur auf der Basis eines prinzipiell vorhandenen Kinderwunsches), sie sollte jedoch als historisch überwunden gelten.

### 3. Psychosoziale Beratung ungewollt schwangerer Frauen

Alle Beratungspraxis spricht dafür, dass die gesetzgeberische Intention des »Schutzes ungeborenen Lebens« in der sogenannten Konfliktberatung nicht geleistet werden kann. Bei aller Verschiedenartigkeit der Abbruchgründe steht fest, dass die Mehrzahl der Frauen sich für einen Abbruch entscheidet, weil sie ein (weiteres) Kind für nicht in ihr Lebenskonzept und den Alltag integrierbar halten – und das aus einer Lebenssituation heraus, die durch die Hilfsangebote des SFHG nicht oder kaum tangiert werden.

Es kann deshalb nicht darum gehen, Frauen aus sozialen Notlagen herauszuholen (und ihnen bei erwogenem Abbruch die Palette sozialer Hilfen vorzutragen), damit sie sich für das Austragen ungewollter Kinder entscheiden können. Diese Hilfsangebote sollten sich ganz und gar auf die (gewollt oder ungewollt, geplant oder ungeplant) Schwangeren konzentrieren, die ihre Schwangerschaft austragen wollen – und das trotz schwieriger Lebenslage.

Wozu kann die Beratung ungewollt Schwangere dann dienen? Ein Hauptaspekt der Beratung bei erwogenem Abbruch sollte (gerade unter der aktuellen Gesetzeslage) die *Bewältigung des Schwangerschaftsereignisses* und die Begleitung und Verarbeitung des Abbruchs sein. (Das Gesetz

spricht in diesem Zusammenhang von der Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten.)

Gegenwärtig wird seitens des Gesetzgebers erwartet, dass ein Gespräch über die Gründe geführt wird, derentwegen der Abbruch erwogen wird (mit einer zielorientierten Ermutigung zum Kind). Wie bereits erwähnt, liegt hier die Gefahr, dass daraus ein »Notlagengespräch« wird. Die Befunde der Studie legen nahe, dass gerade die Westfrauen Zwangslagen betonen (ganz im Sinne der früheren Indikationsregelung), während Abbrüche im Osten stärker als selbstverantwortet erlebt wurden.

Es wäre ganz im emanzipatorischen Sinne selbstbestimmter Mutterschaft (bzw. selbstbestimmten Verzichts auf dieselbe) und würde wahrscheinlich auch einer positiven Verarbeitung der Abbrüche dienen, würde Beratung konsequent die Ergebnisoffenheit des Gesprächs und das Entscheidungsrecht der Frau betonen und so *die Autonomie der Entscheidung stärken*.

Die Beratung sollte zum zweiten die *Reflexion über den Abbruch fördern*. Erfahrungen aus der Beratungspraxis legen die Vermutung nahe, dass ostdeutsche Frauen sich zum Abbruchgeschehen selbst eher wenig reflexiv verhalten, eher nach der Devise »Augen zu und durch« verfahren (z. B. wird nach wie vor Vollnarkose gegenüber örtlicher Betäubung favorisiert), dass sie etwas mit sich geschehen lassen. Zum oben beschriebenen emanzipatorisch-selbstbestimmten Moment gesellt sich so die Abwehr von Reflexion und Ambivalenz.

Die unmittelbare Bewältigung des Schwangerschaftsereignisses muss in der gesetzlich geforderten Pflichtberatung im Vordergrund stehen (im Sinne einer Krisenintervention). Gleichwohl bestätigen die Ergebnisse der Studie Frauenleben: Das Phänomen der ungewollten Schwangerschaft bzw. der »unvernünftigen« Schwangerschaft, die letztlich abgebrochen wird, hat häufig eine Bedeutung, die über die Bewältigung des Schwangerschaftsereignisses weit hinausgeht. Über die Hilfe zur Bewältigung der Schwangerschaft hinaus sollte eine Beratung das Angebot bzw. den *Anstoß zur Reflexion über den Sinn der ungewollten Schwangerschaft* geben. Letztlich kann durch das bessere Verstehen der eigenen Lebenssituation auch eine bessere Bewältigung des Schwangerschaftsereignisses (z. B. Verarbeitung des Abbruchs) möglich werden.

In der punktuellen gesetzlich geforderten Beratung kann nur ein erstes Angebot unterbreitet werden. Erfahrungen zeigen, dass in Beratungsstellen mit integrierten familienorientierten Angeboten weiterführende Bera-

tungsangebote durchaus angenommen werden. Allerdings sind Beratungen nach Abbrüchen insgesamt selten. Ganz prinzipiell muss das Thema unerwünschte Schwangerschaften im Kontext einer umfassenden Familienplanungsberatung präventiv angegangen werden. Prävention heißt in diesem Zusammenhang nicht, dass Konflikt- und Krisensituationen, die am Zustandekommen ungewollter Schwangerschaften beteiligt sind, verhindert werden sollen; vielmehr geht es um die Vermeidung inadäquater Wege der Konfliktregulation.

#### 4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Studie bestätigen einerseits positive historische Tendenzen wie den Rückgang ungewollter Kinder und die angewachsene Verhütungskonsequenz; sie verweisen andererseits auf die Verkomplizierung der Familienplanung, insbesondere in den neuen Bundesländern. Die Reduzierung kollektiver Gewissheiten und die Notwendigkeit langjähriger Mobilitätsbereitschaft in der Gestaltung des privaten Lebens erfordern ein zunehmendes individuelles Informations- und Entscheidungsverhalten. Diese Notwendigkeiten führen zu einem wachsenden Bedarf an Aufklärung, Beratung und Unterstützung, wobei aus Sicht der Studie folgende Inhalte und Zielgruppen bedeutsam sind:

Die Aufklärung und Beratung zur Kontrazeption sollte stärker in den Kontext einer prospektiven Familienplanung gestellt werden (von präventiven zu prospektiven Konzepten). Medizinische und psychosoziale Aspekte sollten stärker integriert werden (Verhütung und Fruchtbarkeit im Zusammenhang mit Sexualität und Partnerschaft; Vernetzung medizinischer und psychosozialer Angebote – Ausbau der *second medical opinion*).

Die gegenwärtig bestehenden Beratungsangebote für Schwangere sollten sich stärker auf Familienplanungsaspekte konzentrieren, die Pflichtberatung sollte stärker in integrierte familienorientierte Angebote eingebettet werden, die Sozialberatung Schwangerer sollte zur psychosozialen Begleitung und Unterstützung der Familiengründung entwickelt werden.

Insbesondere in den neuen Bundesländern ist ein zunehmender Bedarf an Paarberatung zu prognostizieren aufgrund der Tatsache, dass das DDR-typische Modell der generativen Autonomie im Schwinden begriffen ist



und Entscheidungen im Zusammenhang mit Familienplanung stärker partnerschaftlich ausgehandelt werden müssen.

Wahrscheinlich entwickelt sich auch in den neuen Bundesländern bei der Realisierung des Kinderwunsches eine zunehmende Polarisierung derart, dass sowohl die Anzahl derer ansteigt, die auf Kinder verzichten (insbesondere Frauen mit höherer Bildung und starker beruflicher Aspiration), und dass es andererseits auch zunehmend mehr Frauen gibt, die ganz auf Mutterschaft setzen und mehrere Kinder bekommen. Zur Vermeidung wachsender sozialer Polarisierung im generativen Verhalten sollten Konzepte der Vereinbarkeit von Ausbildung, Studium und Berufsausübung entwickelt und gesellschaftlich durchgesetzt werden.

Eine weitere Polarisierung könnte sich hinsichtlich des Gebäralters entwickeln: einerseits die allgemeine Erhöhung durch biografischen Aufschub (verbunden mit steigendem Beratungsbedarf bei älteren Frauen, die sich erst in der zweiten Hälfte ihres fertilen Lebensabschnittes zum Kind entschließen), andererseits die Zunahme der Teenagermütter, da Mädchen und jungen Frauen insbesondere der unteren Bildungsschichten sich mit Blick auf ihre schlechten beruflichen Chancen zu frühzeitiger Mutterschaft entschließen (was einen erhöhten psychosozialen Unterstützungsbedarf mit sich bringt).

Eine abschließende Bemerkung: Der vorliegende Bericht aus der Praxisreflexionsgruppe der Studie *frauen leben* hat seit seiner ursprünglichen Konzipierung im Jahre 1997 mannigfaltige Veränderungen erfahren. Viele der ursprünglich intendierten Forschungsfragen (z. B. zur Verarbeitung von Schwangerschaftsabbrüchen) konnten im Rahmen der Studie nicht beantwortet werden, einige neue Frage- und Problemstellungen kamen hinzu. Der Dialog zwischen Forschung und Praxis – die wechselseitige Übersetzung, die intendierte Perspektivenverschränkung – erwies sich als schwierig, was unter anderem der Breite und Komplexität des Forschungsansatzes und der realen Kompliziertheit des beforschten Gebiets geschuldet ist. Aber auch wenn nicht alle Intentionen reiften und der Abschluss des Forschungsprojekts von Gefühlen der Unfertigkeit begleitet ist, so gibt es andererseits auch die Gewissheit, dass aus der Studie eine Reihe innovativer Erkenntnisse und Impulse für die Praxis der Familienplanung hervorgehen.

## Literatur

- Ahrendt, H.-J. (1999). Geburtenregelung und demographische Situation in dieser Zeit (Ein Ost-West-Vergleich). *Sexuologie* 4/1999, 214–224.
- Albrecht-Engel, I. (1999). »Eltern brauchen Unterstützung ... von Anfang an«. Entwicklung und Erprobung eines Curriculums für die Weiterbildung zur Familienbegleiterin/zum Familienbegleiter. *pro familia magazin*, 4/1999, 8–10.
- Büchner, U. (1995). Statistik zum Verhütungsverhalten von Frauen aus der Schwangerschaftskonfliktberatung in den pro familia-Beratungsstellen Sachsen-Anhalts 1993–1995. Eisleben. Unveröff. Manuskript.
- Bundesstiftung »Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens«. Statistiken (Sozialdaten) der Jahre 1993–1998.
- Busch, U. (1999). Für den Osten was Neues. Über den Sinn der Integration ärztlicher Familienplanungsberatung und -versorgung in ein umfassendes Beratungsangebot. *pro familia magazin*, 4/1999, 29–31.
- Deutscher Familienverband (Hrsg.). (1999). *Handbuch Elternbildung*. 2 Bände. Opladen: Leske + Budrich.
- Groß, J. (1999). *Kinderwunsch und Sterilität. Zur Motivation des Kinderwunsches bei Sterilitätspatientinnen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Helfferich, C. (2001). *frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferich*. In Zusammenarbeit mit Wilfried Karmaus, Kurt Starke und Konrad Weller. Köln: BZgA.
- Henning, G. & Henning, M. (1992). Soziale Faktoren und Motivation zum Kinderwunsch und zum Schwangerschaftsabbruch. Sozialmedizinische Studie im Zeitraum 1976–1990. In U. Körner (Hrsg.), *Ethik der menschlichen Fortpflanzung. Ethische, soziale, medizinische und rechtliche Probleme in Familienplanung, Schwangerschaftskonflikt und Reproduktionsmedizin* (S. 77–102). Stuttgart: Enke.
- Heyer, S. (1999). Lust und Frust der Fruchtbarkeit. *pro familia magazin*, 4/1999, 14–16.
- Jansen, A. M. (1995). Schwangerschaftsabbruch und Verhütung in Familienplanungszentren von pro familia. *Sexualmedizin*, 12/1995.
- Keil, S. (1995). Kooperation und Integration in der Beratung. Familienorientierte Beratung zwischen Vielfalt und Integration. *Dokumentation der Fachtagung »Familie und Beratung« des BMFuS vom 18./19. November 1993* (S. 12–24). Bonn: BMFSFJ.
- Knieper, B. M. C. (1981). Kinderwunsch – ganz natürlich oder adressiert? *pro familia magazin*, 2/1981, 8–11.
- Knopf, M. & Lange, C. (1993). Verhütung, Schwangerschaft, Abtreibung. In G. Schmidt (Hrsg.), *Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder* (S. 145–153). Stuttgart: Enke.
- Koch, F. (1995). Sexuaufklärung in Deutschland gestern und heute. In BZgA (Hrsg.), *Learn to love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung »Sexuaufklärung für Jugendliche« der BZgA* (S. 17–23). Köln: BZgA.
- Menne, K. (1981). Handeln und Kinderwunsch. Zur Begründung von Schwangerschaftskonfliktberatungen. *pro familia magazin*, 2/1981, 3–8.
- Ningel, K. (1999). Ein Leben ohne Kinder. Ergebnisse einer Studie zur langfristigen Verarbeitung von Kinderlosigkeit. *pro familia magazin*, 4/1999, 11–13.
- Otto, K. (1999). »Selbst dran schuld?«. Schwanger trotz Verhütung. Pressemitteilung des pro familia-Ortsverbands Frankfurt.

- Peil, I. (1996). Akzeptanz familienpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland – Ein Ost-West Vergleich. Hrsg. v. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden.
- Preiß, D. & Wilser, A. (1993). »Kinderlieb, tierlieb, zärtlich und romantisch soll er sein ...«. Bilder und Berichte von Mädchen über Jungen. In R. Winter (Hrsg.), *Stehversuche. Sexuelle Jungensozialisation und männliche Lebensbewältigung durch Sexualität* (S. 71–92). Tübingen: Neuling Verlag.
- Schmidt, G. (Hrsg.). (1993). *Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder*. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, G. (Hrsg.). (2000). *Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966–1996*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sielert, U., Herrath, F., Wendel, H., Hanswille, R. et al. (1993). *Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule*. Weinheim: Beltz.
- Statistisches Bundesamt (1997). Mitteilungen für die Presse vom 2. Oktober 1997.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1998). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 3 Schwangerschaftsabbrüche 1997. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stumpe, H. & Weller, K. (1995). *Familienplanung und Sexualpädagogik in den neuen Bundesländern*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 2]. Köln: BZgA.
- Weller, K. (1995a). Die Beratung ungewollt schwangerer Frauen. Plurale Nischenwirtschaft unter staatlicher Aufsicht. *pro familia magazin*, 5/1995, 10–13.
- Weller, K. (1995b). Wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens der Pro Familia: Integrierte Familienberatungsstelle in Erfurt. Abschlußbericht. Merseburg. Unveröff.
- Weller, K. (1997). Die Verkomplizierung der Familienplanung. *pro familia magazin*, 2/1997, 2–3.
- Weller, K. (1999). Verhütung in Ost und West – vor und nach der Wende. *pro familia magazin*, 4/1999, 22–23.
- Weller, K. & Starke, K. (1993). Veränderungen 1970–1990 (DDR). In G. Schmidt (Hrsg.), *Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder* (S. 49–65). Stuttgart: Enke.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992). *Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin: Springer.

