

Heribert Engstler und Kurt Lüscher¹⁾

Späte erste Mutterschaft. Ein neues biographisches Muster der Familiengründung?

Late first motherhood. A new biographical pattern of family formation?

Première maternité à un âge avancé. Un nouveau modèle biographique de la formation de la famille?

Zusammenfassung

Späte erste Mutterschaft, von der man häufig spricht, wenn Frauen ihr erstes Kind mit 35 und mehr Jahren bekommen, findet in jüngster Zeit in der Öffentlichkeit zunehmend Beachtung und scheint immer beliebter zu werden. Der demographische Rückblick zeigt allerdings, daß es im Laufe der letzten 30 Jahre zu keiner nennenswerten quantitativen Zunahme gekommen ist. Hingegen hat sich das Verständnis dieser Form von Familiengründung verändert. Seitens der Medizin werden ihre gesundheitlichen Risiken dank verbesserter Diagnostik, medizinischer Versorgung und Geburtshilfe zunehmend geringer eingeschätzt. In den Sozialwissenschaften wird sie im Zusammenhang mit der Ausweitung individueller Handlungsspielräume, beruflicher Orientierungen sowie qualifizierter Ausbildung und Berufstätigkeit von Frauen diskutiert.

Die Ergebnisse von Interviews mit 22 Müttern in groß- und kleinstädtischen sowie ländlichen Gebieten zeigen, daß sich bei späten Familiengründungen biographische Phasen des beabsichtigten und unbeabsichtigten Aufschubs bzw. Verzichts aneinanderreihen und verschränken. Diese sind nur zum Teil eine Folge des Konflikts zwischen beruflichen und privaten Interessen. Von Bedeutung sind auch Probleme der Etablierung und Aufrechterhaltung einer - neuen - Paarbeziehung, die beiden Partnern als genügend tragfähig für Elternschaft erscheint. Nicht zu unterschätzen sind zudem unfreiwillige Verzögerungen der Familiengründung aufgrund temporärer Sterilität und Infertilität.

In den Prozessen des Entstehens, Veränderens und Umsetzens des Wunsches nach einem Kind zeichnen sich verschiedene biographische Muster ab. Es wird vorgeschlagen, idealtypisch zwischen „Wiederholtem Abwägen“, „Konversion“ und „Schicksal“ zu unterscheiden. Am Beispiel der „späten ersten Mutterschaft“ werden die biographische Dynamik und die Spannungsfelder der Entscheidung für Elternschaft in unserer Gegenwart besonders deutlich erkennbar. Zugleich verdeutlicht es, daß sich in jüngster Zeit sowohl das Familienverhalten als auch das Verständnis von Familie verändert hat und sich beides wechselseitig beeinflusst.

Seit einigen Jahren ist „späte erste Mutterschaft“ ein Thema der deutschen Medien, auch der Ratgeber- und Sachbuchliteratur und einzelner sozialwissenschaftlicher Veröffentlichungen²⁾. Gemeint sind Frauen, die in späten Jahren erstmals Mutter werden, also eine Familie gründen. Wird eine untere Altersgrenze genannt, so ist dies meistens, in Anlehnung an die medizinische Nomenklatur, von der noch die Rede sein wird, das 35. Lebensjahr. Dabei herrscht der Eindruck vor, es handele sich um ein Muster der Familiengründung, das sich in den achtziger Jahren herausgebildet habe und zusehends häufiger

vorkomme³). Umso größer ist die Überraschung, wenn ein Blick in das Statistische Jahrbuch zeigt, daß 1988 in der Bundesrepublik Deutschland 14 970 ehelich Erstgeborene von Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren zur Welt gekommen sind, 1960 jedoch deutlich mehr, nämlich 19 573. Wird der Geburtenrückgang insgesamt berücksichtigt, dann ergibt sich ein Anteil ehelich Erstgeborener von 35-jährigen und älteren Frauen (an allen ehelich Erstgeborenen ermittelt) in beiden Jahren von 5,1%, also ebenfalls keine Zunahme. Wie läßt sich aus soziologischer Sicht dieses Interesse an einem Sachverhalt, der gar nicht neu scheint, interpretieren? Um darauf eine Antwort geben zu können, beschreiben wir zunächst die demographische Entwicklung. Beiläufig sei erwähnt, daß wir in den demographischen Standardwerken, die wir konsultiert haben, keine Ausführungen zum Thema „Späte erste Mutterschaft“ zu finden vermochten, wohl aber in der medizinischen Literatur. Dort zeichnet sich in jüngerer Zeit eine zunehmend differenzierte Einstellung ab, und die gesundheitlichen Risiken für die Mutter und das Kind scheinen kleiner zu werden. Noch vielgestaltiger wird das Bild, wenn anschließend die Sichtweisen der Mütter beigezogen werden, wozu wir uns auf qualitative Interviews stützen. Die gesellschaftlichen und persönlichen Spannungsfelder, in denen heute die individuellen Entscheidungen über Elternschaft getroffen werden (müssen), kommen gerade in den Darstellungen dieser vergleichsweise älteren Frauen ausführlich zur Sprache. Wir können mehrere typische Orientierungsmuster unterscheiden. Wird dann wiederum der Bogen zur Ausgangsfrage geschlagen, läßt sich mit guten Gründen die These vertreten, das aktuelle Interesse an später erster Mutterschaft erkläre sich zu einem wesentlichen Teil daraus, daß an diesem Sachverhalt grundsätzliche Probleme der Entscheidung zur Elternschaft in unserer Zeit besonders deutlich erkannt und dementsprechend differenziert erörtert werden können.

1. Befunde und Interpretationen in der neueren Literatur

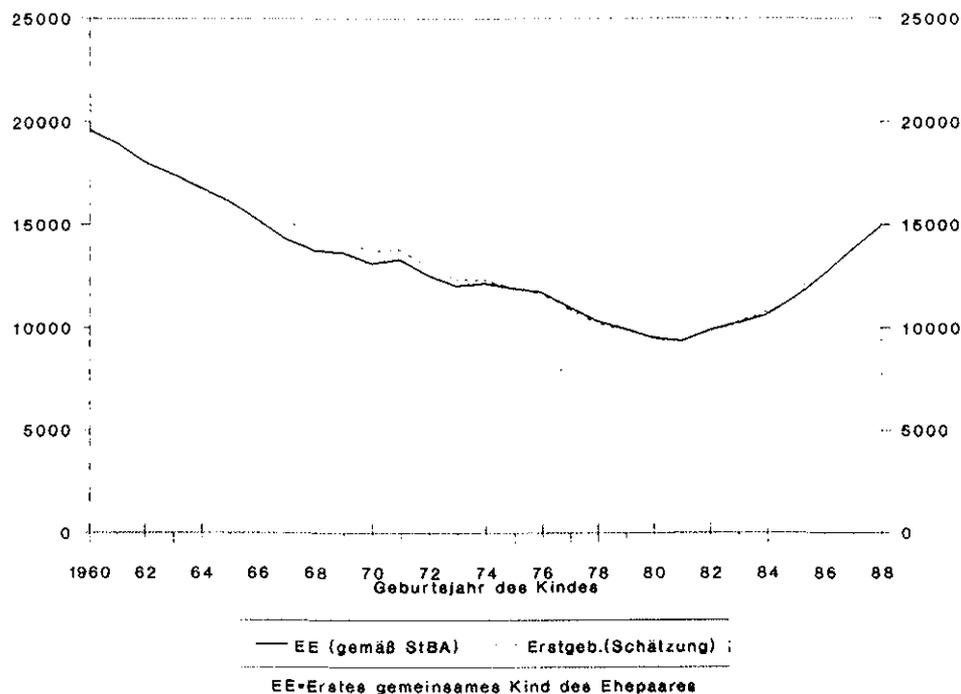
1.1 Demographische Daten

Es ist nicht möglich, die Zahl der Erstgeborenen von Müttern im Alter von 35 und mehr Jahren exakt anzugeben⁴). Zwei systematische Lücken sind zu beachten. Da bei der Erhebung bzw. der Aufarbeitung der demographischen Daten nicht die Familie, sondern die Ehe oder der Haushalt im Vordergrund stehen, beziehen sich die Daten über die ehelich geborenen Kinder auf solche in jeweils bestehenden Ehen. Für eine nicht ausgewiesene Zahl von Frauen handelt es sich jedoch nicht um die Geburt ihres ersten Kindes. Überdies enthält die amtliche Statistik keine Angaben zur Geburtenfolge der Kinder unverheirateter Mütter. Es lassen sich jedoch Schätzungen zum tatsächlichen Ausmaß erstmaliger Mutterschaften im Alter von 35 und mehr Jahren auf Grund der Arbeiten von *Birg et al.* (1990) vornehmen⁵).

Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, daß die geschätzte Gesamtzahl „später“ erster Mutterschaften weitgehend – wenn auch eher zufällig – mit der Anzahl ehelicher Erstgeburten gemäß der amtlichen Definition übereinstimmt, da die darin zuviel enthaltenen tatsächlichen Erstkinder die außer acht gelassenen Familiengründungen unverheirateter Mütter ausgleichen.

Hält man sich an die vorhandenen amtlichen Daten, dann kann die hier unter wissenssoziologischen Gesichtspunkten interessierende relative Bedeutung in einem ersten Schritt diskutiert werden, indem die Zahlen über die Lebendgeborenen von Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren zu einer Reihe demographischer Grunddaten in Beziehung gesetzt werden.

Abb. 1: Erstgeborene von Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren, 1960-1988
 Fig. 1: First births of women at the age of 35 and over, 1960-1988



Dabei zeigt sich insbesondere, daß der Anteil ehelich Erstgeborener von Müttern im Alter von 35 und mehr Jahren an den Erstgeborenen insgesamt - wie eingangs erwähnt - 1988 genauso hoch bzw. niedrig wie schon 1960 war. Dies legt den Schluß nahe, daß die demographische Entwicklung unmittelbar, m.a.W. direkt wenig Anlaß bietet, von einem „neuen“ biographischen Muster der Familiengründung zu sprechen. Der in der Öffentlichkeit und populärwissenschaftlichen Diskussion bisweilen entstandene Eindruck eines neuartigen Phänomens begründet sich in Bezug auf die demographische Entwicklung allenfalls aus einem gewissen Wiederanstieg der absoluten Zahlen, ihres Anteils an den Erstgeborenen insgesamt sowie der altersgruppenspezifischen Erstgeborenenziffer seit Beginn der 80er Jahre, nachdem diese bis dahin gesunken waren.

Diese erneute Zunahme fällt in eine Zeit, in der sich der allgemeine Trend des Aufschiebens der Familiengründung in höhere Altersjahre (wenn auch nicht unbedingt bis über das 35. Lebensjahr hinaus) fortgesetzt und nochmals leicht verstärkt hat. Die Entwicklung des mittleren Alters verheirateter Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes der bestehenden Ehe veranschaulicht diesen Sachverhalt.

Es handelt sich hierbei um Veränderungen, die vermutlich weite Kreise der Bevölkerung betreffen und in der „Rhetorik“ über familialen Wandel häufig angesprochen werden. Mittelbar entsteht dadurch vermutlich auch der Eindruck eines raschen Ausbreitens „später“ erster Mutterschaften als Extremform dieser Entwicklung. Möglicherweise wird dieser

Tab. 1: Demographische Daten zu „später erster Mutterschaft“ in der Bundesrepublik Deutschland 1960, 1970, 1980, 1988
Demographic data on "late first motherhood" in the Federal Republic of Germany in 1960, 1970, 1980, 1988

	1960	1970	1980	1988
A) absolut:				
(1) Ehelich Erstgeborene, Mutter 35 und mehr Jahre*	19.573	13.153	9.528	14.970
(2) Geborene unverheirateter Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren*	5.056	3.684	2.687	5.340
(3) Ehelich Geborene, Mutter 35 und mehr Jahre*	133.380	94.432	45.815	58.122
(4) Geborene von Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren*	138.436	98.116	48.502	63.462
(5) Ehelich Erstgeborene insgesamt	380.125	321.366	279.273	291.524
(6) Geborene insgesamt	968.629	810.808	620.657	677.259
(7) 35-44jährige verheiratete Frauen ohne Kinder in der Familie	-	643 Tsd.**	449 Tsd.	440 Tsd.
B) Indikatoren (in Promille):				
(a) Ehelich Erstgeborene, Mutter 35 u.m.J./ Ehelich Erstgeborene insg. (1):(5)	51	41	34	51
(b) Ehelich Erstgeborene, Mutter 35 u.m.J./ Ehelich Geborene, Mutter 35 u.m.J. (1):(3)	147	139	208	258
(c) Ehelich Erstgeborene, Mutter 35 u.m.J./ 35-44jährige Frauen ohne Kind (1):(7)	-	21**	21	34

* Alter bei der Geburt des Kindes

** (1971)

Eindruck auch durch den Umstand gefördert, daß unter der rückläufigen Zahl von Frauen, die überhaupt im Alter von 35 und mehr Jahren ein Kind bekommen, relativ mehr erste Mütter sind.

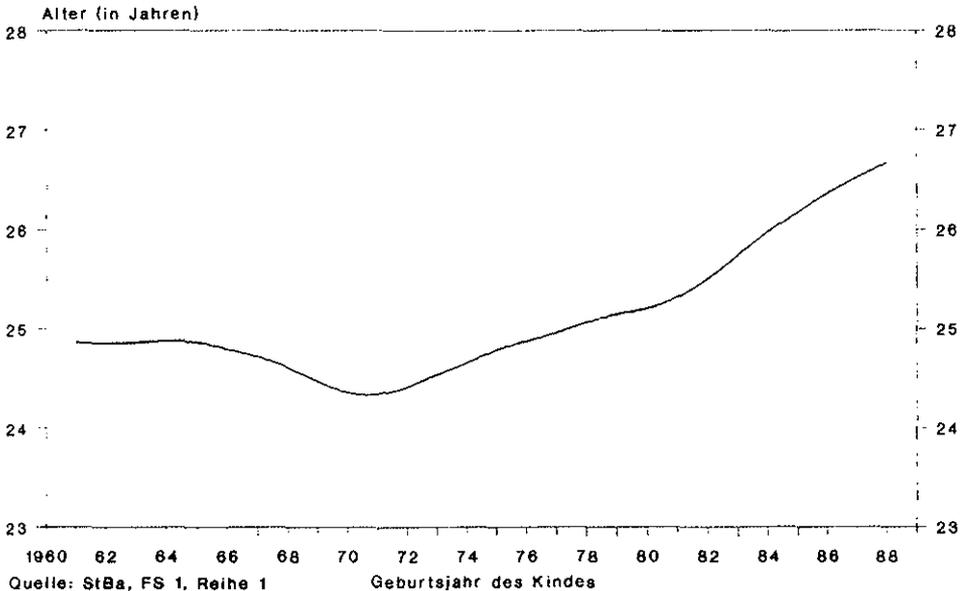
Zwischen 1960 und 1988 hat sich die Zahl der verheirateten Frauen, die mit 35 und mehr Jahren (nochmals) Mutter wurden, mehr als halbiert. Dies ist vor allem auf den Rückgang der Geburten höherer Ordnung zurückzuführen. Dadurch stieg im selben Zeitraum der Anteil der ehelich Erstgeborenen an den Geborenen aller bzw. verheirateter Frauen dieser Alterskategorie von 14 resp. 15 Prozent auf 24 resp. 26 Prozent.

1.2 Medizinische Aspekte

Neben der Deutung des leichten Wiederanstiegs „später“ erster Mutterschaften seit Beginn der achtziger Jahre als historisch neuartige Entwicklung finden in den populären Dar-

Abb. 2: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihres ersten ehelich lebendgeborenen Kindes 1961-1988*)

Fig. 2: Average age at the birth of first legitimate live-births, 1961-1988

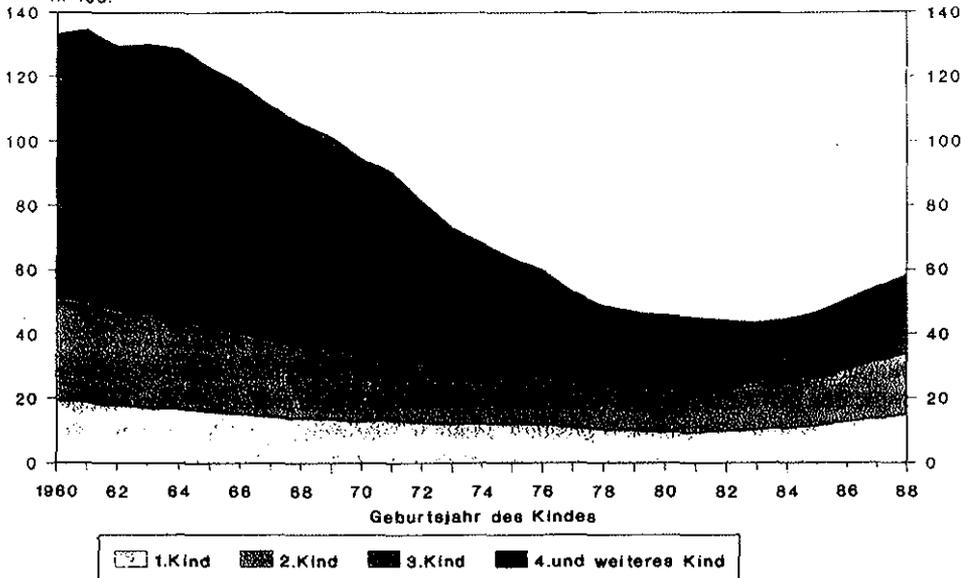


Quelle: StBa, FS 1, Reihe 1

*) erstes gemeinsames Kind der bestehenden Ehe

Abb. 3: Ehelich Lebendgeborene von Frauen im Alter von 35 und mehr Jahren nach der Geburtenfolge, 1960-1988*)

Fig. 3: Legitimate live-births of women at the age of 35 and over by birth order, 1960-1988 in Tsd.



*) Geburtenfolge: Wieviertes gemeinsame Kind des Ehepaars

stellungen insbesondere die medizinischen Aspekte von Schwangerschaften im fortgeschrittenen Lebensalter Beachtung. Unter Hinweis auf neuere Studien lautet die Nachricht im allgemeinen, Frauen könnten mit dem Kinderkriegen relativ problemlos bis zum Alter von Mitte oder Ende Dreißig warten⁶). Dies verwundert zunächst, da „späte Erstgebärende“, wie die Gynäkologie (unter Bezug auf eine im Jahr 1958 vom „Council of the International Federation of Obstetrics“ verabschiedete Definition) gemeinhin Frauen bezeichnet, die nach ihrem 35. Lebensjahr erstmals ein Kind gebären⁷), aufgrund ihres Alters häufig automatisch als Risikoschwangerschaften eingestuft werden. Denn in medizinischer Sicht ist ein höheres Alter der Frau im wesentlichen von Bedeutung im Hinblick auf größere Risiken beim Verlauf der Schwangerschaft und der Entbindung sowie die mit dem mütterlichen Alter steigende Häufigkeit von genetisch bedingten Fehlbildungen des Kindes, insbesondere der Trisomien, unter denen die Trisomie 21, das sogenannte „Down - Syndrom“, am verbreitetsten ist⁸).

Seit einigen Jahren verändert sich jedoch die medizinische Einschätzung der Schwangerschaft älterer Frauen, was *Kirz et al.* (1986) auch in Bezug auf die Bezeichnung thematisierten. Sie fordern dazu auf, den im englischen Sprachraum üblichen Terminus „elderly primigravida“ wegen seiner abwertenden Konnotation durch „mature gravida“ zu ersetzen, wobei sie sich ausdrücklich auf die Bedeutung von „mature“ im *Webster's New Collegiate Dictionary* beziehen: „Having completed natural growth and development, having attained a final or desired state, condition of full development“.

Mansfield und Cohn (1986) legen in einer kritischen Analyse von 104 in der Zeit von 1912 bis 1983 in den USA erschienenen Arbeiten über den Einfluß des höheren Alters auf die Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind (die sich nicht nur auf Erstgebärende beziehen) dar, daß 63 Studien, meistens solche älteren Datums, schwerwiegende methodische Mängel (kleine Fallzahlen, keine Vergleichsgruppen, ungenügende Auswertungen) aufweisen. In 30 Studien stießen sie auf Lücken, die eine Zurückhaltung in der Interpretation nahelegen. Von den verbleibenden 11 Arbeiten, die ihrer Auffassung nach den Standards der Wissenschaftlichkeit genügen, zeigt sich bei 29% der Befunde ein erhöhtes, hingegen bei 61% ein vermindertes altersbedingtes Gesundheitsrisiko; die restlichen lassen keine eindeutigen Schlüsse zu.

Mansfield (1988) folgert daraus, es sei gefährlich, einzig vom Alter auf zu erwartende Komplikationen zu schließen. Zu berücksichtigen seien vielmehr die sozialen Verhältnisse, vorausgegangene Schwangerschaftskomplikationen, chronische Erkrankungen (Diabetes, hoher Blutdruck) sowie besondere Behandlungen, wie z.B. der Kaiserschnitt, der bei älteren Frauen häufiger angewandt wird, auch ohne Vorliegen besonderer Indikationen, wie *Kirz et al.* (1985; 9) berichten. Nicht angezweifelt wird hingegen der Zusammenhang zwischen Chromosomenabweichungen und fortgeschrittenem Alter der Mutter.

In den neueren Arbeiten (vgl. *Berkowitz et al.*, 1990) überwiegt die Auffassung, daß ältere Schwangere bei guter medizinischer Vorsorge und Versorgung nicht mehr Risiken tragen als junge; das gilt insbesondere hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Neugeborenen. Der Grundtenor ist sichtlich positiv⁹). In einer medizinischen Dissertation, die ausführlich auch die neuere deutsche Literatur zusammenfaßt und Ergebnisse einer Studie in Berlin berichtet, kommt *Laser* (1988; 90) zum Schluß:

„Der Entwicklungsstand der Geburtshilfe ermöglicht es durchaus, vielmehr Frauen zu ermuntern, zunächst eine qualifizierende Berufsausbildung anzustreben und einige Jahre im Beruf zu arbeiten und dann erst, vielleicht erst weit jenseits des 30. Lebensjahres, ein Kind zu bekommen. Mit diesem Hinweis kann den Frauen eine gezielte Lebensplanung

ermöglicht werden, wenngleich betont werden muß, daß die Fertilität mit zunehmendem Alter abnehmen wird und die Wahrscheinlichkeit von Chromosomenabberationen sicher steigt. In diesem Sinne wird die Geburtshilfe aber zum Dienst an der Frau!"

Laser rückt damit die soziale Bedeutung des medizinischen Fortschritts für die „späte erste Mutterschaft“ als biographische Option in den Vordergrund.

Das Thema verdankt im weiteren einen Teil seiner Prominenz bzw. Aktualität den Entwicklungen im Bereich der medizinischen Diagnostik. Mittels Genomanalysen (Amniozentese, Fetoskopie, Chorionbiopsie – siehe hierzu u.a. den Bericht der Enquêtekommision des Deutschen Bundestages 1987; 144–176) ist es möglich, mit unterschiedlichem Risiko für das Kind, zu prüfen, ob mit Behinderungen des Kindes, namentlich wegen Chromosomenabberationen zu rechnen ist. Die Laborkapazitäten in Deutschland sind jedoch beschränkt, und die Kosten werden nicht von vorneherein durch die Krankenversicherungen übernommen. Eines der hinreichenden Anspruchskriterien ist das Alter der Frau; Schwangeren ab 35 Jahren stehen Genomanalysen generell offen und sie müssen auch vom Arzt oder der Ärztin auf diese erweiterten Verfahren der pränatalen Diagnostik hingewiesen werden (Gaidzik; Teige, 1990; Reif, 1990). Dies ist übrigens ein weiterer Beitrag zur Verfestigung der Definition „später Mutterschaft“, auch mit der Folge, daß die betroffenen Frauen eine wichtige Gruppe zur Anwendung und damit auch zur Legitimation der Diagnoseverfahren sind. Denn knapp 80 Prozent aller ärztlichen Indikationen zur Amniozentese oder Chorionbiopsie werden mit dem erhöhten Alter der Mutter begründet (Miny; Holzgreve, 1990; Reif, 1990).

In bezug auf die verschiedenen medizinischen Aspekte läßt sich zusammenfassend somit sagen: Durch die Entwicklungen der Behandlungsmethoden und der Diagnostik ist späte erste Mutterschaft in gewissen Fällen erst möglich und sind Verlauf sowie Erfolg von Schwangerschaft und Geburt gesundheitlich weniger risikoreich geworden. Der medizinische Fortschritt bzw. der in der Bevölkerung davon bestehende Eindruck, von den Möglichkeiten zuverlässiger Empfängnisverhütung über die vorgeburtliche Diagnostik, die Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind bis hin zur Behandlung von Sterilität und Infertilität, hat ohne Zweifel zur Ausweitung des individuellen Spielraums beigetragen. Das Aufschieben der Mutterschaft bis über das 35. Lebensjahr hinaus erscheint damit als eine ernstzunehmende, praktikable und medizinisch relativ problemlose biographische Option. Doch parallel dazu stellen sich ethische Fragen von großer Tragweite für die einzelnen und die Gesellschaft.

Über diese gynäkologischen Fortschritte und Neubewertungen sowie deren ethischen Implikationen wird über die medizinische Disziplin hinaus berichtet und diskutiert. Dabei findet bisweilen eine unmittelbare Verknüpfung mit der „späten“ ersten Mutterschaft statt. So haben *Gloger-Tippelt et al.* kürzlich eine entwicklungspsychologische Untersuchung durchgeführt, in deren Zentrum die psychische Verarbeitung der ersten Schwangerschaft bei über 35-jährigen Frauen und deren Partnern in Bezug auf deren Auseinandersetzung mit den für diese Altersgruppe verfügbaren besonderen Möglichkeiten der pränatalen Chromosomenanalysen stand. Nicht nur gestützt auf theoretische Erwägungen, wie das bei diesem Thema häufig der Fall ist, sondern auf empirische Daten, gelangen die Forscherinnen zu folgender Einschätzung:

„Diese heute verbreitete medizinische Technologie hat erhebliche Folgen für die psychische Verarbeitung der ersten Schwangerschaft. Sie bestehen vor allem darin, daß die Paare, die sich für eine Amniozentese entscheiden, zu Beginn der Schwangerschaft vermutlich vermeiden, eine genauere Vorstellung vom Kind aufzubauen und an das Kind zunächst

überwiegend mit Angst und Sorgen denken. Diese Paare müssen insofern mehr kognitive Verarbeitung leisten, indem sie dann in relativ kurzer Zeit ein Konzept von ihrem erwarteten Kind und von sich selbst als Mutter bzw. Vater entwickeln" (Gloger-Tippelt et al., 1989; 17).

1.3 Späte erste Mutterschaft in der Perspektive der Frauen

In der sozialwissenschaftlichen Diskussion, vor allem in der Frauenforschung, steht häufig die Frage im Vordergrund, welche biographischen Chancen und Risiken mit dem langjährigen Aufschub der Familiengründung verbunden sind. So geht Beck-Gernsheim (1984) davon aus, das bewußte Aufschieben der Mutterschaft sei historisch neu und habe sich zum zentralen „kritischen Punkt“ in der weiblichen Normalbiographie entwickelt. Das Hinausschieben der Familiengründung eröffne Frauen emanzipatorische und biographische Chancen auf „ein Stück eigene Lebenszeit“:

„Erst bei der Geburt eines Kindes werden die Berufsmöglichkeiten stark zurückgenommen oder ganz aufgegeben, und die Rückkehr zur ‚traditionellen‘ Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau nimmt ihren Lauf.“ (1984; 85) „Die Frau, die früh Mutter wird, wird zuerst einmal in die Bahn des ‚Daseins für die Familie‘ gelenkt, das auf vielen Ebenen Selbstbeschränkung und Selbstzurücknahme fordert. Dagegen hat die späte Mutter zunächst einmal eine Lebensphase, die – der Möglichkeit nach – eigene Entwicklung, Selbständigkeit und Selbstbewußtsein erlaubt. Das ist es, warum das Entscheidungsmuster späte Mutterschaft biographische Chancen eröffnet, gerade, wenn man es vor dem Hintergrund des Individualisierungsprozesses sieht, dessen Spuren sich zunehmend auch im weiblichen Lebenszusammenhang zeigen“ (ebd.; 100).

Gerade die – gemessen an der Wirklichkeit – überspitzte Gegenüberstellung der fremdbestimmten, chancenarmen und familialen Zwängen unterworfenen „jungen“ und der selbstbestimmten chancenreichen „reifen“ Mutter macht in diesem Text deutlich, worin für viele das Interesse an der „späten“ Mutterschaft begründet sein mag: Sie erscheint hier als ein Symbol für die Inanspruchnahme gestiegener Handlungsspielräume von Frauen, als das Ergebnis wahlbiographischer Entscheidungen. Mit ihr verbindet sich zudem die Hoffnung auf eine befriedigende Vereinbarung von beruflichen und privaten, v.a. familialen Interessen von Frauen²). Auf diese Weise wird späte erste Mutterschaft zu einem neuen Typ der Familiengründung mit Vorbildcharakter. Inwiefern lassen sich die tatsächlichen Orientierungen, Perspektiven und Verhaltensweisen von Frauen unter diese These subsumieren?

Empirische Studien zur biographischen Entstehungsgeschichte der Entscheidung zum Kind und seiner Umsetzung im mittleren Lebensalter liegen aus den Vereinigten Staaten vor. In erster Linie ist die Arbeit von Daniels und Weingarten (1982) zu nennen. Die beiden Forscherinnen unterscheiden auf der Basis von intensiven Interviews mit 86 Elternpaaren – darunter 14, bei denen die Frau mit 37 Jahren oder älter erstmals Mutter geworden war – die folgenden typischen „inneren Szenarien“ im Sinne subjektiver Entwürfe und Auffassungen (protoparental images) der Paare zur biographischen Einordnung der Elternschaft: 1. Das „Natur-Ideal“: In diesem Szenario wird keine Entscheidung im bewußten Sinne über das Ob und Wann der eigenen Elternschaft getroffen, da es als natürlich und selbstverständlich gilt, Kinder zu bekommen.

"The natural-next-step scenario follows the rhythm of 'love, marriage, baby carriage', not the logic of conscious reasoning" (1982; 17);

2. Das „kurze Warten“: Die Geburt des Kindes soll nur für kürzere Zeit aufgeschoben werden, meist aus praktischen Gründen (Wohnung, Finanzen u.ä.);

3. Der „programmatische Aufschub“: Ein längerer Aufschub des Zeitpunkts der Geburt des ersten Kindes wird hier von den Paaren bewußt in Kauf genommen bzw. geplant, weil bestimmte psychische, berufliche oder sonstige Lebensziele noch nicht erreicht sind.

“The programmatic scenario involves a longer, more calculated postponement in order to accomplish a number of precise (and precisely articulated) agendas that will, it is hoped, create or substantiate a readiness for parenthood in the spheres of self and love and work.” (ebd.; 21);

4. Das asynchrone Szenario (mixed script): Anders als in den vorangegangenen inneren Szenarien haben Mann und Frau hier unterschiedliche Vorstellungen über die Bereitschaft zur oder den geeigneten Zeitpunkt für die Gründung einer Familie, die mitunter erst nach längerer Zeit einander angeglichen werden.

Entgegen den Erwartungen der beiden Forscherinnen erfolgten die Familiengründungen im fortgeschrittenen Lebensalter nur selten als Ergebnis eines programmatischen Aufschubs. Die Biographien waren vielmehr durch Abfolgen verschiedener innerer Szenarien gekennzeichnet. Die schließlich zur Mutterschaft führenden Schwangerschaften waren letztendlich zwar meist beabsichtigt (bei 9 von 14 Paaren), der jahrelange Aufschub hingegen nicht.

“The striking feature of the family-timing decision-making process for mid-life parents is its vicissitudes over time. These women and men are 20 years into their adult lives when their first child arrives. Events in their own lives, experiences in their immediate social worlds, and shifts in the prevailing mores of the culture have all intersected, again and again, to create not one, but a succession of scenarios for the timing of parenthood” (ebd.; 167). “The timing of mid-life parenthood may be not so much the outcome of programmatic planning as the culmination of a prolonged process of deferral in which intention and circumstances, desire and delay, are threaded unevenly in and around each other” (ebd.; 169).

Der wichtigste Grund für die „späte“ Erstelternschaft liegt nach ihren Analysen im Umstand, daß die Frauen erst spät einen oder den geeigneten Partner gefunden haben. Als zweitwichtigster Faktor erwies sich die Verzögerung durch mehrjährige Sterilität und Infertilität, und am dritt wichtigsten ein vergleichsweise zäher Prozeß der persönlichen Reifung: „It takes some people much longer than it does for others to transcend the confusion, the vulnerability, and the self-absorption of their adolescence” (ebd.; 176).

Verglichen mit diesen drei genannten Gründen spielten Karriereüberlegungen und der berufliche Alltag der Betroffenen nur eine untergeordnete Rolle. *Daniels* und *Weingarten* vermuten jedoch, daß sich dies schon in den darauffolgenden Jahren – die Interviews fanden 1979 statt – verändert haben dürfte und zukünftig die berufliche Entwicklung der Frau im Ursachenbündel der „späten“ erstmaligen Mutterschaft einen größeren Stellenwert einnehmen werde (ebd.; 179).

Darauf weisen auch eine Reihe von quantitativ angelegten Untersuchungen zum generellen statistischen Zusammenhang des Alters der Frau bei der Geburt ihres ersten Kindes mit verschiedenen schulischen und beruflichen Merkmalen hin¹¹). Ganz allgemein wird darin eine die Mutterschaft aufschiebende „Wirkung“ höherer schulischer und beruflicher Bildung betont. Die tatsächlichen kausalen Beziehungen müssen dabei jedoch offen bleiben. Nicht ausgeschlossen werden kann beispielsweise, daß mitunter eine zusätzliche weiterführende Qualifizierung als Reaktion darauf erfolgt, daß die gewünschte Familiengründung unfreiwillig oder wegen einer als ziemlich ungünstig empfundenen Lebenssituation

momentan noch nicht realisiert werden kann. Überdies könnten sowohl das Aufschieben der Mutterschaft als auch das überdurchschnittliche Bildungs- und Berufengagement auf gemeinsame Ursachen zurückzuführen sein, beispielsweise spezifische Sozialisationserfahrungen oder einen bestimmten Lebensentwurf, der durchaus eine biographische Ressource sein kann¹²). Insofern ist es unerlässlich, auch die subjektiven Perspektiven der Betroffenen zu untersuchen.

2. Eigene Untersuchungen

2.1 Ziel und Vorgehen

Im Zentrum unserer Studie stand das Bemühen, Daten zu gewinnen, die es ermöglichen, Orientierungen und Perspektiven von Frauen zu rekonstruieren, die vergleichsweise spät in ihrer Biographie Mutter geworden sind. Nach einer Reihe vorbereitender Gespräche mit Frauen in unterschiedlichen Lebenslagen sowie mit Angehörigen medizinischer Berufe entwickelten wir zwei Forschungsinstrumente für explorative Interviews, nämlich einen Fragebogen, um Daten zum Lebenslauf und über die Lebensverhältnisse zusammenzustellen sowie einen Gesprächsleitfaden, der Fragen zu folgenden Themen umfaßt: Kinderwunsch und Entscheidungsfindung, Schwangerschaft und Kontrazeption, Partnerbeziehungen, Erwerbstätigkeit und Berufsorientierung, Familienalltag, Herkunftsfamilie, Freizeitaktivitäten und -orientierung, Freundes- und Bekanntenkreis, Lebenssituation als junge Erwachsene, Zufriedenheit. Den Kern der Datenerhebung bildeten – in Anlehnung an das von *Witzel* (1982) entwickelte Konzept des „problemzentrierten“ Interviews – weitgehend offene, grob am Leitfaden orientierte Gespräche, die durch das anschließende Ausfüllen des Kurzfragebogens ergänzt wurden. Alle Interviews wurden von Frauen durchgeführt.

Die Interviewpartnerinnen suchten wir durch Vermittlung von Ärzten, Hebammen, Krankengymnastinnen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, den Jugendgesundheitsdienst eines Berliner Bezirksamts sowie Inserate; letzteres erwies sich am ergiebigsten. Insgesamt folgte die Auswahl dem Prinzip der Selbstselektion, so daß die Frauen von sich aus ein deutliches Interesse an der Teilnahme bekunden mußten. Es war schwierig, in der vergleichsweise kurzen Zeit, die für die Vorbereitung und Durchführung der Feldphase zur Verfügung stand, Frauen zu finden, die zwei Kriterien entsprachen, die für uns besonders wichtig waren, nämlich ein Lebensalter von 35 und mehr Jahren bei der Geburt des ersten Kindes, die zugleich nicht mehr als drei Jahre zurücklag. Überdies wollten wir vermeiden, daß sich die Auswahl der Befragten sozialräumlich auf das akademisch-urbane Umfeld konzentrierte. Wir haben deshalb Frauen sowohl aus städtischen als auch aus ländlichen Verhältnissen befragt, wobei die Region von der Verfügbarkeit eigens ausgebildeter Interviewerinnen (zwei Studentinnen, eine Sozialarbeiterin) beeinflußt wurde. Insgesamt wurden im Herbst 1989 in Berlin sowie in den Regionen Schwäbisch Hall und Bodensee (darunter auch im Kanton Thurgau) insgesamt 22 ein- bis zweistündige Interviews durchgeführt. Diese Auswahl kann und soll selbstverständlich nicht „repräsentativ“ gemäß dem quantitativen Forschungsparadigma sein. Die Auswahl ist insofern „offen“, als nicht (wie dann später bei Interviews in Oakland und Berkeley) durch die Rekrutierung eine bestimmte Gruppe angesprochen wurde.

Bei der Auswertung stand das Aufzeigen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Lebensverläufe der Befragten sowie der subjektiven Deutungen ihrer Entscheidungs-, Verständigungs- und Handlungsprozesse in der Frage der biographischen Einordnung der Mutterschaft im Vordergrund. Angestrebt wurden typisierende Generalisierungen, die die

strukturierte Bandbreite und Dynamik der Familiengründungsprozesse von Frauen im mittleren Lebensalter adäquat wiedergeben sollten¹³).

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Ausbildungs- und Berufsverläufe

Die Angaben der Befragten zu ihrem schulischen und beruflichen Werdegang lassen vermuten, daß die „späte“ erste Mutterschaft keinesfalls eine vorwiegend auf höherqualifizierte Frauen begrenzte Form der Familiengründung darstellt. Zwar hat ein Teil der Befragten (9) eine akademische Ausbildung absolviert und ergriff entsprechend hochqualifizierte Berufe (7), mehrheitlich hatten die Frauen jedoch in schulischer oder betrieblicher Ausbildung frauentypische Berufe erlernt (13), die sie anschließend über längere Zeit in einfachen bis mittleren Berufspositionen hauptsächlich im tertiären Bereich ausübten.

Zum ungefähren Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft, die zur Familiengründung führte, war knapp die Hälfte der Befragten ganztags erwerbstätig. Ebensoviele nahmen zu dieser Zeit nicht am Erwerbsleben teil. Es fällt auf, daß von den insgesamt 22 befragten Frauen immerhin fünf zu Beginn ihrer Schwangerschaft arbeitslos waren.

In den beruflichen Werdegängen der Befragten bis zur Gründung einer Familie werden drei verschiedene Verlaufsmuster erkennbar¹⁴). Das *erste Verlaufsmuster* ist durch einen längeren Verbleib oder einen späten Eintritt in das tertiäre Bildungssystem gekennzeichnet, nach dessen Verlassen der Einstieg in den Beruf nur verzögert oder befristet erfolgt. Der längere Aufenthalt an der Hochschule ist einerseits bedingt durch eine überdurchschnittliche Studiendauer bis zum ersten akademischen Abschluß, oft als Folge eines Fachwechsels nach mehreren absolvierten Semestern, andererseits rührt er auch daher, daß anschließend bisweilen noch promoviert wird.

Im Unterschied zum längeren Verbleib oder relativ späten Eintritt in das tertiäre Bildungssystem und einer anschließend verzögerten oder unvollständigen Integration in das Beschäftigungssystem ist das *zweite Verlaufsmuster* dadurch gekennzeichnet, daß die Frauen vor der Familiengründung schon viele Jahre einer Vollzeitbeschäftigung im erlernten Beruf nachgehen, allenfalls unterbrochen durch kurzfristige friktionelle Erwerbslosigkeit bei wenigen Orts- und Arbeitgeberwechseln oder durch Fortbildungsaktivitäten. Bei Eintritt der Schwangerschaft sind sie entweder noch ganztags erwerbstätig oder hatten ihre Erwerbstätigkeit bereits im Vorgriff auf die beabsichtigte Familiengründung reduziert bzw. unterbrochen. Zwar erfolgte die berufliche Ausbildung überwiegend außeruniversitär im dualen System oder in berufsbildenden Fachschulen, das Absolvieren eines Hochschulstudiums schließt die Zugehörigkeit zu diesem Muster jedoch nicht aus, wenn das Examen zeitig erfolgt und die Absolventin danach rasch eine Daueranstellung erhält.

Das *dritte Verlaufsmuster* ist – mehr als die beiden ersten – durch eine geringe Kontinuität der Ausbildungs- und Berufsverläufe gekennzeichnet. Der sich zumindest für den äußeren Betrachter ergebende Eindruck der Diskontinuität speist sich aus mehreren Besonderheiten. Ein typisches Merkmal sind relativ häufige Stellenwechsel, ohne daß damit ein beruflicher Aufstieg verknüpft wäre. Desweiteren sind mehrmalige Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit nicht unüblich, sei es aufgrund von Phasen der Erwerbslosigkeit, sei es durch das Einflechten von längeren Auslandsaufenthalten. Es kann auch vorkommen, daß die vorgezeichnete Berufslaufbahn verlassen wird und die Frau in einen anderen Beruf umsteigt. Zu diesem Zweck wird dann eine neue berufliche Ausbildung bzw. Umschulung ab-

solviert. Auch der Eintritt der Schwangerschaft während einer Phase der Erwerbslosigkeit scheint bei diesem Verlaufsmuster gehäuft aufzutreten.

2.2.2 Partnerschaftsbiographien

Zum Zeitpunkt des Interviews waren 15 der 22 Frauen mit dem Vater des Kindes verheiratet (eine davon in zweiter Ehe) und lebten mit ihm im gemeinsamen Haushalt; 5 waren ledig und 2 geschieden, davon eine zweifach. Von den 7 unverheirateten wohnten zwei mit dem Vater des Kindes zusammen, zwei hatten eine feste Beziehung ohne gemeinsamen Haushalt.

Es fiel auf, daß die meisten Befragten vor ihrer Beziehung zum späteren Vater des Kindes bereits ein bis zwei feste Partnerschaften unterhielten, die nicht selten von längerer Dauer waren. Sieben Frauen hatten bereits einmal für sieben bis elf Jahre mit einem Mann zusammengelebt. Zusammenfassend kann trotz der erkennbaren Vielfalt zumindest gesagt werden, daß die Mehrzahl der Frauen bereits Bindungs- und Trennungserfahrungen mit ein bis zwei festen Partnern gesammelt hatten, bevor sie den Mann kennenlernten, mit dem sie schließlich eine Familie gründeten.

2.2.3 Temporäre Sterilität und Infertilität

Zehn der 22 Befragten wiesen auf zum Teil mehrjährige Verzögerungen ihrer gewünschten Mutterschaft aufgrund zeitweiser Sterilität ihrerseits oder seitens des Partners sowie von Fertilitätsstörungen hin. Hinzu kommen zwei weitere Befragte, bei denen der Eintritt der Schwangerschaft etwa drei bis vier Jahre auf sich warten ließ, ohne daß bei einer ärztlichen Untersuchung organische Ursachen festgestellt und dementsprechend therapiert werden konnten. In mindestens acht Fällen kann davon ausgegangen werden, daß ohne die von den Frauen angesprochenen Fertilitätsprobleme eine Geburt des ersten Kindes vor dem Erreichen des 35. Lebensjahres der Frau durchaus im Bereich des Wahrscheinlichen gelegen hätte, zum einen, weil die Frauen bereits schwanger gewesen waren, die Schwangerschaft jedoch vorzeitig mit einer Fehl- oder Totgeburt endete, zum anderen, weil Empfängnisstörungen offensichtlich wurden, als der Eintritt einer angestrebten Schwangerschaft lange auf sich warten ließ und ein Arzt aufgesucht wurde.

Diese Angaben bestärken die Vermutung, daß die „späte“ erste Mutterschaft nur teilweise Ausdruck der Inanspruchnahme gesteigerter Handlungsspielräume von Frauen ist.

Die bereits mit diesen Daten angedeutete Vielfalt der Lebenssituationen sowie die kleine Zahl der Interviews gebieten Zurückhaltung, die Ergebnisse systematischer nach einzelnen Merkmalen darzustellen, obgleich in einer ersten Phase der Auswertung entsprechende Analysen durchgeführt worden sind. Am ergiebigsten und aufschlußreichsten erwies sich in der Folge der Versuch, typische biographische Muster herauszuarbeiten, innerhalb derer der Kinderwunsch realisiert worden ist.

2.2.4 Biographische Muster des Kinderwunsches

Eine der forschungsleitenden Annahmen war es, daß die späte erste Mutterschaft überwiegend Resultat eines mehrfachen zum Teil beabsichtigten, zum Teil unbeabsichtigten Hinausschiebens der Geburt eines Kindes ist¹⁵⁾. Zur Disposition stünde für die Frauen demnach vor allem der geeignete Zeitpunkt des Beginns ihrer Mutterschaft, kaum jedoch diese

selbst. Die Überlegungen der Befragten müßten deshalb vorwiegend um das „Wann“ nicht jedoch um das „Ob“ der Familiengründung kreisen, die Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse vornehmlich das richtige „Timing“ der Mutterschaft betreffen, im Sinne einer günstigen Einordnung in die eigene Biographie. Eine im Kern negative Einstellung zur Gründung einer eigenen Familie, die erst später revidiert wird, dürfte dagegen die Ausnahme sein, wenn die These einer grundsätzlich positiven und bejahenden Grundeinstellung und des mehrfachen Aufschubs der Familiengründung stimmen sollte.

Die Aussagen der interviewten Frauen deuten darauf hin, daß dem nicht durchgängig so ist. Die Schilderungen der Befragten lassen eine erhebliche Bandbreite in den Prozessen der Herausbildung und Modifikation des Wunsches nach einem Kind erkennen. Sie reicht vom schon in jungen Jahren entwickelten und verfolgten Kinderwunsch, der erst viele Jahre später nach Überwindung schwerwiegender Fertilitätsstörungen realisiert werden konnte, bis zu einer die Geburt und ersten Lebensjahre des Kindes überdauernden ablehnenden Einstellung zur Mutterschaft einer Befragten, die die unerwünschte Schwangerschaft hauptsächlich auf Druck ihres Ehemannes ausgetragen hat. Diese „unfreiwillige Mutter“ vertritt jedoch keine – zumindest nicht für das Sample – typische Auffassung. Die biographischen Prozesse verlaufen fast immer komplexer und sind durch Phasen unterschiedlicher Einstellungen und Bestrebungen gekennzeichnet.

Ganz grob lassen sich aus den Daten drei Muster der Herausbildung und Veränderung generativer Einstellungen und Intentionen der Frauen bis zum Beginn ihrer Mutterschaft unterscheiden.

Das erste Muster ist das des *wiederholten beabsichtigten Aufschubs aus praktischen Gründen*. Es entspricht weitgehend den zuvor aufgestellten Erwartungen. Sein Hauptmerkmal liegt darin, daß die Frau schon früh eine positive Grundhaltung zur Mutterschaft und der Familiengründung entwickelt hat, ohne daß jedoch immer auch konkrete Vorstellungen bestehen, wann der generelle Wunsch nach einem Kind realisiert werden soll. So wird die Umsetzung dieser generellen Bereitschaft stark von situativen Bedingungen abhängig gemacht, wobei die aktuellen Lebensumstände immer wieder als noch nicht günstig beurteilt werden und die Familiengründung wiederholt aufgeschoben wird. Verbessern sich jedoch die als noch nicht optimal angesehenen Rahmenbedingungen nicht oder werden neue hinderliche Aspekte wahrgenommen, geraten die Frauen zusehends in Zeitnot. Mit steigendem Alter werden dann die eigenen Anforderungen an den für eine Familiengründung vorausgesetzten Kontext gesenkt, um die Realisierung des Kinderwunsches nicht insgesamt zu gefährden. Das Verschieben auf einen „günstigeren“ Zeitpunkt wird beendet. Entweder strebt die Frau dann bewußt eine Schwangerschaft an oder sie entwickelt aus einer inzwischen ambivalenten Haltung heraus eine subjektiv passive Bereitschaft zur Familiengründung. Dies kann soweit führen, daß jene, die sich weder für noch gegen das Anstreben einer Schwangerschaft entscheiden und dazu stehen können, den blockierenden Zustand überwinden, indem sie die Situation nicht mehr als eine Entscheidungssituation definieren: Zwar wird fortan nicht mehr verhütet, der Eintritt der Schwangerschaft jedoch als schicksalhafte Fügung außerhalb des persönlichen Verantwortungsbereichs interpretiert.

Das zweite Muster ist durch eine sich erst *spät herausbildende grundsätzliche Bereitschaft zur Mutterschaft* gekennzeichnet. Die Geburt eines Kindes wird vornehmlich nicht aus eher pragmatischen Gründen aufgeschoben sondern aus grundsätzlicheren Erwägungen lange Zeit verhindert. Die im jungen Erwachsenenalter vorhandene Grundeinstellung zur Frage der Mutterschaft ist entweder ablehnend oder gar nicht manifest ausgeprägt und auch in der Folgezeit nicht virulent, da das Thema Familiengründung völlig im Hintergrund steht

und viele Jahre lang überhaupt nicht ernsthaft darüber nachgedacht wird. Im Vordergrund steht die berufliche Entwicklung und der Anspruch auf eine daneben möglichst uneingeschränkte Lebensgestaltung. Erst im Alter von Anfang bis Mitte Dreißig entwickelt sich für die Frauen dieses Musters eine - neue - Entscheidungssituation, mitunter ausgelöst durch kurzfristige Veränderungen der Alltagsroutine. Sie entscheiden sich dann entweder relativ rasch für die Familiengründung (= Sinneswandel) oder sie entwickeln eine zumindest passive Bereitschaft zum Austragen einer subjektiv nicht beabsichtigten Schwangerschaft. Die zuvor lange Zeit akzeptierte Aussicht auf eine endgültige Kinderlosigkeit weicht einer akzeptierten späten ersten Mutterschaft.

Das dritte Muster ist das der *späten Reaktivierung des ursprünglichen Kinderwunsches*, der in jungen Jahren unfreiwillig nicht erfüllt werden konnte. Es ist - stärker noch als das Muster des mehrfachen Aufschubs - durch eine schon früh herausgebildete befürwortende Grundhaltung zur Möglichkeit der eigenen Mutterschaft gekennzeichnet, meist in Form einer aus heutiger Sicht konservativen Familienorientierung. Der Wunsch nach einem Kind ist nahezu selbstverständlich. Allerdings bleibt dessen Erfüllung zunächst unfreiwillig aus, fast immer aufgrund von temporärer Sterilität des Mannes, der Frau oder beider oder aufgrund von Fertilitätsstörungen. Daraufhin setzt ein Prozeß der zeitweisen Umorientierung auf andere Lebensbereiche ein. Insbesondere wächst die Berufsorientierung und das berufliche Engagement. Der ursprünglich gehegte Kinderwunsch wird „begraben“ bzw. „auf Eis gelegt“. In dieser Phase kann es sogar sein, daß der Eintritt einer Schwangerschaft ungelegen käme und die Bereitschaft zum Austragen zur Disposition stünde. Mit dem Näherrücken des Endes der als möglich ins Auge gefaßten Reproduktionsphase finden die Frauen/Paare sich entweder schon weitgehend mit ihrer Kinderlosigkeit ab oder der Wunsch nach einem Kind wächst nochmals und mündet in erneute Anstrengungen zu dessen Realisierung. Schließlich gelingt die erfolgreiche Empfängnis bzw. das Austragen der Schwangerschaft bis zur Geburt eines lebenden Kindes doch noch, wobei insbesondere die bis dahin schon in der Erwartung endgültiger Kinderlosigkeit lebenden Frauen davon überrascht sind.

2.2.5 Fallbeispiele

Die Biographien der befragten Frauen entsprechen manchmal mehr, manchmal weniger deutlich einem der drei vorgestellten Muster. Häufig kommt es zu Mischformen, in denen das eine oder andere Muster als begrenzte biographische Sequenz erscheint. So treten vor allem Zeiten einer unfreiwilligen Verzögerung aufgrund des längeren Ausbleibens einer Schwangerschaft oder - seltener - vorzeitiger Abgänge bei relativ vielen Paaren auf. Diese zeigen sich jedoch oft erstmals im bereits fortgeschrittenen Alter, nachdem eine längere Phase des beabsichtigten Aufschubs beendet wurde und dann zunächst vergeblich die Geburt eines Kindes angestrebt wird.

Im folgenden werden zur Verdeutlichung ausführliche Auszüge aus dem Interview mit jeweils der „besten“ Vertreterin der ersten beiden Muster wiedergegeben, die nach unserem Ermessen die beiden zentralen biographischen Muster sind¹⁶⁾.

Frau A. repräsentiert den Typus des wiederholt beabsichtigten Aufschubs der Familiengründung aus praktischen Gründen. Nach eigenen Angaben entwickelte sie schon in ihrer Jugend eine positive Einstellung zur möglichen eigenen Mutterschaft. Ursprünglich wünschte sie sich, als junge Erwachsene eine Familie zu gründen.

A.: Ich meine, früher hatte ich immer die Idee, ich wollte, als ich mal so 15, 16 war, da hatte ich immer die Idee, ich werde ganz früh heiraten und ganz viele Kinder bekommen und auch ganz früh Kinder bekommen, also gerade, wenn dann so in der Familie, dann so Fälle waren, eine Kusine, beispielsweise, die dann relativ spät ihr Kind bekommen hatte, sie hat nur eins bekommen, und dann eben relativ spät, ich weiß jetzt gar nicht, wie alt die war, ich glaube, die war 30 und ich fand das fürchterlich spät, und dachte, also nein, das mache ich alles einmal anders. Und dann merkte ich dann, daß ich, je älter ich wurde, da schob sich das bei mir immer mehr hin.

In einer längeren Passage berichtet sie mehrere Umstände, die sie sukzessive immer wieder dazu veranlaßt haben, die Familiengründung auf einen „günstigeren“ Zeitpunkt zu verschieben. Zunächst war ihr wichtig, ihr Studium abzuschließen. Nach ihrem Examen mit 30 Jahren wäre sie eigentlich für die Mutterschaft offen gewesen, hatte zu der Zeit jedoch Probleme mit ihrem damaligen Partner, die sie vom Anstreben einer Schwangerschaft abhielten. Sie entschloß sich dann zu promovieren, was zu einem weiteren Aufschub führte. Zudem teilte ihr jetziger Ehemann, der bereits in seiner ersten Ehe Vater von zwei Kindern geworden war, ihren Kinderwunsch längere Zeit nicht. Frau A. berichtet auch eindrücklich, wie sie sich allmählich zu einer Entscheidung gedrängt sah, obwohl sie die Situation für den Übergang zur Mutterschaft immer noch nicht als günstig erachtete. Angesichts ihres steigenden Alters und zwischenzeitlich auch unterstützt von ihrem Mann überwindet sie ihre Skepsis und beendet das Warten auf einen günstigeren Zeitpunkt¹⁷):

A.: Zunächst einmal ist es für mich so, daß ich immer gerne, ja immer eigentlich einen großen Kinderwunsch hatte, und es dann doch sehr viele Faktoren gab, die dagegen sprachen, und einer war sicherlich der, daß dann die Partnerschaft nicht so war, daß ich unbedingt ein Kind hätte haben wollen, oder – aber das so alleine war sicherlich nicht ausschlaggebend. Als Zweites war dann so die ganze berufliche Entwicklung, zunächst einmal während des Studiums fand ich das also nicht sehr vernünftig, ein Kind zu haben und – äh – im Anschluß an das Studium da kam dann gerade so eine partnerschaftliche Problematik dazu, die dann auch wieder – dann natürlich dagegen sprach – äh – dann schließlich habe ich, ja dann waren im Grunde auch so Phasen, wo ich mit meinem Leben eigentlich so weit zufrieden war, oder so das Gefühl hatte, da ist eigentlich so vieles, daß da gar kein Platz für ein Kind ist. Das ist ja dann auch immer so eine Phase, wo ich mir einfach da unsicher war und mehr und mehr das Gefühl hatte, also nein es hat vielleicht doch keinen Zweck. Und – erst dann so – ich weiß es nicht – ich glaube mit 30 etwa – merkte ich dann, daß der Wunsch nach einem Kind wieder stärker wurde und nur in dem Moment war es dann – wenn ich mich recht erinnere – auch so, daß jetzt dann wieder aus partnerschaftlichen Gründen das nicht ging, und zwar ist mein Mann geschieden, und das war eben gerade so der Zeitpunkt seiner Trennung und er hat selbst zwei inzwischen schon im Jugendalter befindliche Kinder und es war von ihm aus dann damals – erstens war es auch gar nicht klar, ob wir wirklich zusammen sein können, ob das mit der ganzen Trennung sich gut entwickeln würde – und dann war es für ihn auch immer ein Grund zu sagen – ja, er wollte nicht. Er wollte seinen Kindern das nicht antun, jetzt noch einmal selbst – ein drittes Kind zu haben. Und, ja dadurch gingen dann wieder einige Jahre ins Land, und dann kam bei mir langsam der Punkt, wo ich das Gefühl hatte, also jetzt oder nie. Wo man sich dann einfach so entscheiden muß – äh – man merkt langsam, na ja, gut, also rein biologisch gesehen kommt man an die Grenze, und das war dann einfach so ein ganz starker auslösender Moment. Ich meine, wenn man jetzt die berufliche Situation wieder dazu nimmt, wäre es wieder ungünstig gewesen, relativ, ich habe also zur Zeit eine Assistentenstelle und arbeite an meiner Habilitation und na ja, also das ist natürlich jetzt wiederum kein günstiger Zeitpunkt, ein Kind zu bekommen, nur eben kam ich dann, und mein Mann unterstützte mich dabei kräftig, auf die Idee, also der günstige Zeitpunkt für ein Kind gibt es also nur ganz selten und es ist dann doch immer eher so, daß man irgendwann einfach sagen muß, gut – man läßt sich auf dieses Abenteuer ein und sieht dann, wie man damit fertig wird – und – nachdem dann irgendwie so dieser Entschluß dann auch wirklich gereift war und dann der Kopf ausgeschaltet wurde, und mehr so – äh, ja ich dann nach meinem Wunsch gehandelt habe, bin ich dann Gott sei Dank auch recht schnell schwanger geworden, und das ist ja dann auch so eine Frage, so eine Besorgnis, die sich dann einstellt, wenn man (.) also habe ich jetzt nicht überhaupt zulange gewartet. Und – ja gut, ich glaube, das ist so ein bißchen diese Entwicklung und zur Frage,

warum dann mit 35 noch ein Kind – also einfach, daß so eine lange Zeit einfach verschiedene Gründe dagegen sprachen, seien es jetzt Gründe beruflicher Natur oder jetzt privater Natur, und die dann auch wieder ganz unterschiedlich waren, und wo man dann einfach an so einen biologischen Punkt kommt, wo man sagt, also jetzt muß hier eine Entscheidung fallen und vor allen Dingen auch wo so ein drängendes Gefühl dann für mich kam, wo ich einfach sah, also gut, jetzt – Du kannst Dir diese Entscheidung nicht ewig mehr aufhalten – offen halten. Du mußt Dich jetzt entscheiden. Und äh – wo dann eben einfach dieser Aspekt gesiegt hat, daß ich unbedingt ein Kind haben wollte.

Soviel zur Illustration des ersten Musters. – Die Biographie von Frau B. bietet ein gutes Beispiel für das zweite Muster, den sich spät, durch bestimmte Ereignisse forciert, herausbildenden Wunsch nach einem Kind, der dann relativ rasch umgesetzt wird. Frau B. hatte bis kurz vor ihrer Schwangerschaft eine ambivalente bis ablehnende Haltung zur Frage einer eigenen Familiengründung und befand sich darin nach ihrer Aussage im Einklang mit ihrem Ehemann, mit dem sie seit 15 Jahren verheiratet ist. Ihre Lebenspläne und Lebensweisen waren voll auf ihre akademischen Karrieren ausgerichtet, einschließlich einer hohen berufsbedingten regionalen Mobilität. Die vormals ablehnende Haltung zur Mutterschaft begründet Frau B. auch mit ihren Erfahrungen, die sie als Jugendliche mit der teilweisen Übernahme von Betreuungs- und Versorgungsaufgaben für ihre um zwölf Jahre jüngere Schwester gesammelt hat. Zwei Ereignisse führten jedoch zu einer neuen Entscheidungssituation und lösten letztendlich einen Sinneswandel aus: Erstens veränderten sich im Gefolge einer langwierigen gesundheitlichen Beeinträchtigung ihres Ehemanns ihre beruflichen Pläne und ihr alltägliches Leben. Zweitens empfahl ihr der Frauenarzt aus gesundheitlichen Gründen die baldige Entfernung ihres Uterus. Damit sah sie sich vor die Entscheidung gestellt, möglichst rasch oder nie mehr Mutter zu werden. Unterstützt durch ihren Mann entschied sie sich für die erste Alternative. Nach Eintritt der Schwangerschaft bekam sie zwar nochmals Zweifel, ob sie das Kind wirklich möchte, die sich jedoch wieder legten.

Interviewerin: Und wann haben Sie das erste Mal ernsthaft überlegt, ein Kind zu bekommen?

B.: Letztes Jahr, zwei Monate vor der Geburt, vor der Zeugung. Also es ging recht plötzlich. Einer der Gründe war, daß mein Mann sehr lange krank war, hat sich ein' [Knochenbruch] zugezogen. Irgendwo sind wir dadurch zu Überlegungen gekommen, die andere, das ein anderes Leben brachte für uns. Er hat zwei Jahre lang gelegen, und dadurch waren die vielen Reisen, die wir vorher gemacht hatten – wir waren früher viel auf Konferenzen und viel unterwegs und zu Archivstudien war ich sehr oft in [Stadt im Ausland]. Das fiel dann flach. Irgendwo haben wir eine andere Einstellung zum Leben bekommen. Und dann hatten wir uns eben überlegt, ob es vielleicht im Leben nicht doch Dinge gibt, die man doch noch nicht erfahren hat, und das war eben das Kind. Naja, und dann kam noch ein konkreter Anlaß, und zwar erst einmal das Alter. Man kann mit 30 gut oder mit 20 gut sagen, in fünf Jahren will ich Kinder haben, aber mit 40 fängt es schon an, schwierig zu werden. Dann muß man allmählich so ein „entweder haste jetzt Kinder, oder du hast keine“. Dann kam bei mir noch hinzu, daß ich also vom Arzt erfuhr, also ich hatte schon ein paar Jahre Myome am Uterus, das ist, ich weiß nicht, ob Sie das wissen, was das ist, das sind gutartige Gewächse. Die fingen also klein an, und das wurde dann immer größer und als ich dann im letzten Jahr, zu dem Kind: (ja, jetzt wirst Du unruhig), als ich beim Arzt war, dann sagte der, also die sind schon ganz schön groß geworden, und er würde mir raten, doch den Uterus herauszunehmen. Da war sozusagen für mich die letzte, also jetzt entweder Du hast jetzt ein Kind, oder Du hast keins. [Lacht] Entweder herausnehmen das Ding, oder doch einmal versuchen, ein Kind zu haben. Dann habe ich gedacht, naja, ich versuchs halt. Und das hat dann auch geklappt. ...

Interviewerin: Also früher haben keinerlei, also Bedürfnisse nach einem Kind gab es nicht?

B.: Nein [ein lauter Ausruf]. Nein, also eigentlich waren wir recht: weder feindlich, also feindlich nicht, wir fanden Kinder von anderen Leuten ganz nett, aber für uns haben wir uns immer gedacht, nein, kommt nicht in Frage. In Italien beispielsweise, wo wir oft Urlaub gemacht haben, da haben sie immer gefragt, ja habt ihr denn immer noch keine Kinder? Wir waren sehr glücklich ohne Kinder. Und erst also sozusagen, durch unser beider Krankheiten, mein Mann durch seine [gesundheitliche Beeinträchtigung, durch die er gebunden ist], und ich durch meine Myome, da war dann praktisch, da haben wir das eben doch einmal überlegt, ob es nicht im Leben doch wert ist eine solche Erfahrung einmal zu machen, ein Kind groß zu ziehen. Wir haben inzwischen soviel publiziert und sind soviel auf Tagungen gewesen, da hat man halt so ein bißchen Midlife-Crisis, oder wie man es auch nennen will. Da haben wir uns doch überlegt, ein Kind kann doch etwas Tolles sein, obwohl wir gar nicht wissen, was daran toll sein kann. [Lacht] Früher sah ich also nur die negativen Dinge. Da muß man ständig die Windeln wechseln und ständig quäken sie und also durch die Erfahrung mit dem Kind, ein eigenes Kind zu haben, ist doch etwas ganz anderes. Ich hatte ja vorher meine Schwester so ein bißchen mit großgezogen, weil die ja nun zwölf Jahre jünger ist, und irgendwie habe ich da so mehr die negativen Seiten gesehen, während beim eigenen Kind sehe ich, was der jeden Tag lernt. Jetzt kann er zum Beispiel schon stehen ...

B.: Als ich da noch einmal operiert wurde, da habe ich noch gezweifelt, weil ich eben noch nicht wußte, wie toll das denn sein kann, ein Kind zu haben; und habe dem Arzt gesagt, wenn das nun doch nicht geht, wenn das Kind beschädigt wird, dann bin ich Ihnen auch nicht böse. [Lacht] Als ich dann erwachte von der Operation, dann sagte ich, bin ich nun schwanger oder nicht, und dann sagte er, ja, ja das Kind haben sie nun erhalten können [Lacht] und irgendwo war ich dann froh, aber nicht so froh. Wenn ich gewußt hätte, wie toll das ist, ein Kind zu haben, wäre ich noch viel froher gewesen.

3. Diskussion

Die Ergebnisse unserer Bemühungen, das Phänomen später Mutterschaft unter verschiedenen Gesichtspunkten zu beschreiben und zu analysieren, können wir in drei Punkten zusammenfassen, die sich auf den Sachverhalt als solchen, seine empirische Erscheinungsformen sowie die gesellschaftliche und sozialwissenschaftliche Bedeutung beziehen.

1. Die demographischen Daten zeigen für die letzten Jahrzehnte in der Bundesrepublik Deutschland keine Zunahme, sondern einen leicht U-förmigen Verlauf der absoluten Zahlen und wellenförmigen Verlauf des Anteils der Erstgeborenen später Mütter an allen Erstgeborenen. Das schließt nicht aus, im Gegenteil, vielmehr legen unsere Analysen nahe, daß sich die Zusammensetzung der Populationen verändert hat, daß ein und dieselbe Häufigkeit durch unterschiedliche Prozesse zustandekommt. Demographische Basisdaten gleichen häufig derartige Verschiebungen aus.

Nicht untersuchen konnten wir mit den zur Verfügung stehenden veröffentlichten Daten, ob es systematische regionale Unterschiede gibt. Der relativ größere Anteil von Frauen mit längerer Ausbildung und entsprechenden beruflichen Karrieren beispielsweise legt nahe, einen überproportionalen Anstieg später erster Mutterschaft in städtischen im Vergleich zu ländlichen Gebieten zu vermuten, wobei allerdings wiederum offen ist, inwiefern er durch Wanderungsbewegungen gemildert wird. In diesem Zusammenhang verdient die Entwicklung in den neuen Bundesländern Aufmerksamkeit, da dort die Familiengründungen ausgesprochen früh erfolgten. Doch dies sind Themen für künftige Abklärungen. Die in der Öffentlichkeit verbreitete Definition später Mutterschaft durch eine Altersgrenze stammt aus der Medizin. Dort wird angesichts systematischer Forschungsergebnisse hinsichtlich der Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind die Bedeutung des Lebensalters für sich allein zusehends geringer gewichtet. Dies ist einerseits die Folge verfeinerter Untersuchungsmethoden, die andere Faktoren miteinbeziehen, andererseits Ausdruck des Vertrau-

ens in die Behandlung früh diagnostizierter Komplikationen. Dieser Relativierung des Alters stellt sich neuerdings entgegen, daß seitens der Krankenversicherungen und des Rechtes ein Bedürfnis nach Richtwerten besteht, von welchem Alter an Untersuchungen zur Frühdiagnose genetisch bedingter Schädigungen in der Regel bezahlt werden oder zur Abwehr von Haftpflichtansprüchen empfohlen werden sollen^{16) 19)}.

Die befragten Frauen orientierten sich an diesen Altersangaben, aber relativierten sie im Blick auf die individuellen Situationen. Ihr Blick richtete sich ebenso sehr auf die beschränkte Lebenszeit, in der eine Empfängnis bzw. Schwangerschaft möglich ist. Auch diese Grenze variiert individuell, läßt sich nicht von vorneherein bestimmen. Darum klingt in den Altersangaben und ganz allgemein in der Redeweise von „später“ Mutterschaft das Bemühen mit, die Grenzen individueller Entscheidungen zu thematisieren.

2. Mittels unserer Explorationen vermögen wir drei Muster zu identifizieren: (1) wiederholter, mehr oder weniger gewollter Aufschub bei grundsätzlich bestehendem Kinderwunsch; (2) späte Bereitschaft zur Mutterschaft, naheliegenderweise in Verbindung mit einer Veränderung der Lebenssituation und einem Sinneswandel; (3) ungewollter, meist durch physiologische oder gesundheitliche Probleme bedingter Aufschub bei zumindest anfangs selbstverständlichem, zeitweise stark betontem Kinderwunsch. Es ist zweckmäßig, diese Grundmuster *idealtypisch* zu überhöhen, um die beobachteten Muster des Entstehens später erster Mutterschaft zu Handlungsmustern in anderen Bereichen des sozialen Lebens in Beziehung zu setzen. Wir schlagen vor, dem ersten Muster den Charakter des „wiederholten Abwägens“, dem zweiten denjenigen einer „Konversion“ und dem dritten denjenigen von „Schicksal“ zuzuschreiben²⁰⁾.

Die drei Muster bilden sich in einem sozialen Raum bzw. in einer gesellschaftlichen Situation heraus, für die zwei Dimensionen kennzeichnend sind. Einerseits besteht eine Vielfalt von Lebensentwürfen, mithin auch eine Vielfalt privater Lebensformen, die gesellschaftlich anerkannt sind, jedenfalls toleriert werden. Dementsprechend können andererseits die meisten Frauen und Männer in einem hohen Maße für sich selbst bestimmen, ob und wann sie eine Familie gründen wollen. Sie orientieren sich also weniger an Brauch und Sitte als an der Vorstellung, die eigene Biographie vor sich selbst verantworten zu wollen, also an Auffassungen, die Ausdruck von Autonomie und eines ausgeprägten Individualismus sind²¹⁾. Pluralität und Individualität im Bereich des generativen Verhaltens werden in hohem Maße durch die Möglichkeiten der Kontrazeption begünstigt. Doch die damit verbundene Verfügbarkeit hat Grenzen, nämlich jene des Alters und jene, die bei Sterilität erkennbar werden.

Unter diesen Gegebenheiten bildet sich „späte“ erste Mutterschaft nach dem Muster des „wiederholten Abwägens“ bei Frauen heraus, bei denen mehrere Verhaltensweisen zu einem Syndrom zusammenkommen, das wir in Ermangelung differenzierter sozial- und entwicklungspsychologischer Daten wie folgt charakterisieren möchten: Mutterschaft wird durchaus als eine wichtige Form der Verwirklichung weiblicher Identität angesehen – der Wunsch oder die Bereitschaft zur Mutterschaft ist prinzipiell vorhanden –, aber die Umsetzung versteht sich subjektiv nicht von selbst, sondern steht, mehr oder weniger bewußt, zur Disposition. Mutterschaft wird während längerer Zeit abgewogen gegenüber dem Beruf und der sich daraus ergebenden Befriedigung sowie der materiellen Vorteile eines guten Einkommens. Die subjektive Vorstellung von Mutterschaft verbindet sich mit spezifischen Ansprüchen an den Partner. In der Logik dieses Musters ist es durchaus möglich, daß sich eine Frau entscheidet, unverheiratet oder ohne Lebenspartner Mutter zu werden (oder auf Mutterschaft zu verzichten).

Dieses Muster steht in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund. Ob und in welcher Weise soziale und kulturelle Milieus ihn begünstigen, läßt sich mit unseren Daten bzw. aus der bisherigen Literatur nicht umfassend beantworten; es kann vermutet werden, daß Freundes- und Bekanntenkreise der Paare bzw. der Frau von Belang sind (stärker jedenfalls als die Herkunftsfamilie²²).

Gewissermaßen unter umgekehrten Vorzeichen erfahren jene Paare, die dem Muster „Schicksal“ zuzuordnen sind, die Grenzen der Kontrolle über das eigene generative Verhalten. Für sie ist die Erfahrung kennzeichnend, daß sich ihr Kinderwunsch nicht ohne weiteres erfüllen läßt, eine Einsicht, die manche erst nach einiger Zeit praktizierter Empfängnisverhütung machen. „Kontrolle“ und „Autonomie“ heißt für sie nun, im Vertrauen auf die Möglichkeiten der Medizin und in freier Entscheidung ihres Einsatzes ihre Sterilität oder Infertilität (evtl. auch andere gesundheitliche Störungen) zu überwinden. Um dies zu erreichen, werden verschiedene Strategien angewandt. Zeiten intensiver Behandlung kann ein relatives Zurückdrängen des Kinderwunsches folgen, nach dem jedoch die Bereitschaft, sich erneut und unter großem zeitlichem und psychischem Einsatz behandeln zu lassen, nochmals steigt, eben im Sinne einer so lange wie möglich aktiven Auseinandersetzung mit dem „Schicksal“, das – so die Versprechungen der Reproduktionsmedizin – eben nicht einfach hingenommen werden muß und will.

Da viele Paare erst in einem höheren Alter eine Familie gründen wollen, dürfte die Zahl derjenigen steigen, die dann mit einer unfreiwilligen temporären Kinderlosigkeit konfrontiert werden. Für das Phänomen später erster Mutterschaft ist dies – zusammenfassend – insofern von Belang, als mit großer Wahrscheinlichkeit die Zahl der Frauen bzw. Paare in Zukunft steigen wird, die das „Schicksal“ ungewollter Kinderlosigkeit nicht hinnehmen wollen, sondern es zu überwinden trachten und unter Umständen aufwendige, sich über mehrere Jahre erstreckende Behandlungen auf sich nehmen²³). Einiges spricht dafür, daß sich die Vorgeschichte der Familiengründung auch im Verständnis des Kindes und im Umgang mit ihm auswirkt; doch dies näher zu klären, ist Aufgabe künftiger Untersuchungen.

Das Muster der „Konversion“ unterscheidet sich idealtypisch von den beiden anderen zunächst dadurch, daß der Kinderwunsch – wenn überhaupt – so lediglich latent ein Bezugspunkt der Lebensgestaltung ist. Diese ist betont berufs- und gegenwartsbezogen. Dementsprechend stark ins Gewicht fallen die situativen Aspekte, auch im Übergang zur späten Mutterschaft. Dazu können sowohl persönliche Erlebnisse gehören, namentlich die Beschäftigung mit dem eigenen Alter, als auch Partnerbeziehungen sowie die Orientierung an Bezugsgruppen, also Frauen und Paare im Bekannten- und Freundeskreis, die sich zur Elternschaft entschieden haben. Von einem Subtyp könnte gesprochen werden, wenn die Schwangerschaft unbeabsichtigt zustandekommt. Dieses Muster ist in Bezug auf die Entstehung später erster Mutterschaft von demjenigen des „wiederholten Abwägens“ nur beschränkt abgrenzbar.

Keines der drei Muster, die wir in unseren explorativen Interviews zu identifizieren vermochten, ist zwingend mit einer festen Altergrenze verbunden. Doch das Alter akzentuiert insgesamt Sachverhalte, die im Schnittpunkt von gesellschaftlichen Bedingungen, individuellen Freiräumen und subjektiven Dispositionen für den Übergang zur Elternschaft von Belang sind. Darin liegt die Attraktivität und die Aktualität des Phänomens „später“ erster Mutterschaft.

3. Das aktuelle öffentliche Interesse an später erster Mutterschaft wird maßgeblich dadurch gefördert, daß sie Kriterien, Entscheidungen (und dementsprechend Probleme) akzentu-

iert, die heute Frauen (bzw. Paare) im Hinblick auf die Gründung einer Familie für wichtig erachten. Obgleich späte erste Mutterschaft sich nicht als eigenständige Form der Familiengründung beschreiben läßt, ist sie doch ein Thema des öffentlichen Diskurses, das reges Interesse findet. Dieser Umstand läßt sich als ein Zeichen dafür interpretieren, daß in unserer Gegenwart offensichtlich viele Menschen, insbesondere auch solche, welche die öffentliche Meinung beeinflussen, es nicht als selbstverständlich erachten, eine Familie zu gründen. Für den einzelnen, ob Mann oder Frau, bestehen zahlreiche Optionen der Lebensgestaltung, diese sind allgemein bekannt, und es besteht der Eindruck, in Zukunft werde sich das Spektrum der Möglichkeiten weiter öffnen. Dadurch werden Lebensformen, die als traditionell gelten, zwar nicht unbedingt verdrängt, aber doch in ihrer faktischen und ihrer normativen Bedeutung relativiert. Die Notwendigkeit persönlicher Entscheidungen wird öffentlich verhandelt. Dabei erhöht sich in scheinbar paradoxer Weise, indessen durchaus plausibel, für die einzelnen der Bedarf an Orientierungen.

Mutterschaft bzw. Elternschaft oder der - heute durchaus akzeptierte - Verzicht darauf ist eine Option, die für jeden erwachsenen Menschen von großer Tragweite für das Verständnis der eigenen Person, seiner Identität ist. „Späte erste Mutterschaft“ drückt aus, wie weit das Feld der Möglichkeiten ist und verweist zugleich auf die Grenzen. Die Handlungsmuster, die wir in unserer Interpretation von Biographien herauszuarbeiten vermochten, heben jeweils idealtypisch eine Orientierung hervor. „Abwägen“ betont die von Zeit zu Zeit immer wiederkehrende Aktualität einer Entscheidung. „Schicksal“ vermittelt die Einsicht, daß zwar der Verzicht auf eigene Kinder realisiert werden kann, nicht aber und vor allem nicht zu jedem Zeitpunkt der Entscheidung für ein eigenes Kind. „Konversion“ spricht an, daß vor dem allgemeinen Hintergrund der Kontrolle und Planung des generativen Handelns die situativen Aspekte, die je aktuelle Lebenssituation und wechselnde, auch stark emotionale Einschätzungen von Belang sind.

Eine Reihe von Themen ermöglichen einen Diskurs, in dem das Geflecht von gesellschaftlichen und subjektiven Perspektiven²⁴) in seiner komplexen Vielfalt und Widersprüchlichkeit zur Sprache kommt. Das gilt namentlich für die Opportunität von Genomanalysen im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch, die Einschätzung von Behinderungen und die Idealvorstellungen für ein eigenes Kind. Es gilt aber auch für Auffassungen über die Reproduktionsmedizin und die Implikationen der Behandlungsmethoden für die beteiligten Menschen, namentlich die Frauen, sowie die Frage, welchen Einfluß große Altersunterschiede zwischen den Generationen auf die Prozesse familialer Sozialisation haben. Für keines dieser Themen gibt es eindeutige Antworten. Dennoch vermag ihre Erörterung den einzelnen Anstöße zu geben, wie sie ihre eigene Situation interpretieren können.

Die Reflexion des Persönlichen, des Intimen in der Erörterung des Öffentlichen ist indessen ein Charakteristikum des Diskurses über Familie ganz allgemein. Insofern stellt die Beschäftigung mit „später erster Mutterschaft“ einen Beitrag zur allgemeinen Analyse der Bedeutung von Familie in unserer Zeit dar. Auch bekräftigt das Thema die alte sozialwissenschaftliche Erfahrung, daß in der Arbeit über Grenzphänomene generelle Zusammenhänge anschaulich zu erkennen sind.

Im Blick auf die Entwicklung während der letzten Jahrzehnte stützen die Ergebnisse die These, es habe sich sowohl das Familienverhalten als auch das Familienverständnis verändert, wobei die beiden Entwicklungen sich gegenseitig beeinflussen (Lüscher, 1991). Der Wandel unseres Wissens über Familie betrifft verschiedene Disziplinen. Er hat zur Folge, daß vertraute Sachverhalte in einem neuen Licht erscheinen, nicht zuletzt für die handelnden Menschen selbst. Im Umgang mit Daten, denen scheinbar objektive Sachverhalte zu-

grundeliegen, sind wir – nicht zuletzt in der Demographie – gehalten, die Möglichkeit in Rechnung zu ziehen, daß sie subjektiv ihre Bedeutungen ändern können. Oft genug stoßen wir dabei allerdings an Grenzen, weil uns darüber für frühere Zeiten keine Materialien zur Verfügung stehen. Auch dafür ist „späte erste Mutterschaft“ ein treffendes Beispiel.

Summary

Late first motherhood often talked about when women get their first child at the age of 35 or later, recently and increasingly has been discussed in public and seems to become ever more popular, too. The demographic retrospect, however, shows that within the last 30 years there has not been any major quantitative increase. What, however, has changed is the understanding of this form of family formation. From the medical point of view, the health risks involved in this form of family formation are estimated to have decreased due to improved diagnostics, medical care and obstetrics. In the social sciences this form of family formation is being discussed in connection with the extension of individual possibilities of action, professional orientations as well as of qualified training and women's gainful employment. The results of interviews made with 22 mothers in large and small towns as well as in rural areas do imply that in case of late family formation biographical phases of intended and unintended postponement and/or renouncement are juxtaposed and intertwined. These only partially derive from the conflict between professional and private interests. What is significant also are problems of the establishment and maintenance of a – new – couple relationship, which both partners believe to be sufficiently solid for parenthood. What in addition must not be underestimated are involuntary delays in family formation due to temporary sterility and subfertility. In the process of developing, changing and realizing the wish for a child, different biographical patterns can be observed. It is suggested here to differentiate between the ideal types of "repeated reflecting", "conversion" and "fate". With the example of "late first motherhood" the biographic dynamics and the fields of tension pertaining in our times to the decision in favour of parenthood become especially visible. At the same time it is clearly shown that till recently family behaviour as well as the understanding of family have changed, and that both do influence each other.

Résumé

Une première maternité à un âge avancé dont il est souvent question quand les femmes mettent leur premier enfant au monde à l'âge de 35 ans et plus, retient ces derniers temps toujours davantage l'attention du public et paraît devenir de plus en plus populaire. La rétrospective démographique montre cependant que pendant les dernières trente années il n'y avait pas une augmentation quantitative sensible. La perception de cette forme de la fondation d'une famille a par contre changé. Du côté de la médecine, ses risques pour la santé sont considérés de moins en moins grands grâce à l'amélioration du diagnostic et des soins médicaux et obstétricaux. Dans les sciences sociales, elle est discutée en rapport avec l'extension des marges d'action individuelle, des orientations professionnelles ainsi que de la formation et de l'activité professionnelles qualifiées des femmes. Les résultats d'interviews avec 22 mères en grandes et petites villes ainsi que dans les régions rurales montrent que des phases biographiques de la remise resp. du renoncement intentionnels ou non intentionnels s'enchaînent et s'entrecroisent quand il s'agit de fondations tardives de familles. Celles-ci ne sont qu'en partie la conséquence du conflit entre les intérêts professionnels et privés.

Une certaine importance revient également aux problèmes de l'établissement et du maintien d'une relation - nouvelle - de couple qui puisse paraître aux deux partenaires suffisamment stable pour devenir parents. En plus, il ne faut pas sousestimer les retards involontaires de la fondation d'une famille en raison d'une stérilité ou d'une infertilité temporaires. Dans les processus de formation, de modification et de réalisation du désir d'avoir un enfant on voit se dessiner différents modèles biographiques. Les auteurs proposent de faire la différence suivant le type idéal entre «réflexions répétées», «conversion» et «destin». L'exemple de la «première maternité à un âge avancé» sert à démontrer d'une façon particulièrement nette la dynamique biographique et les forces contraires auxquelles est soumise de nos jours la décision en faveur d'enfants. Il montre également que ces derniers temps le comportement de famille comme la perception de la notion famille ont changé et qu'ils s'influencent mutuellement.

Anmerkungen

- 1) Diese Arbeit ist im Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“ an der Universität Konstanz entstanden (Leitung: Prof. Dr. K. Lüscher). (Es liegt ihr eine Expertise für das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung zugrunde: Engstler; Lüscher, 1989). Vorausgegangen ist ein Projektseminar, an dessen Durchführung und Auswertung auch Ulrike Heuberger, Andreas Lange, Martina Schott und Michael Wehrspau beteiligt gewesen sind. - Wir danken Dr. med. Klaus Lüscher, Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kantonsspital Münsterlingen, für seine Bereitschaft, mit uns ausführlich die medizinischen Aspekte zu erörtern.
- 2) Als ein Beispiel für viele aus der populären Presse sei genannt: „Frauen, die mit Ende 30 ein Baby bekommen haben - Alles Wunschkind.“ (Freundin 12/90; 120-125) Berichte von Frauen, die erzählen, „was es wirklich bedeutet, mit Ende 30 Mutter zu werden“. Die Überschriften zu den einzelnen Berichten verkünden deutlich eine positive Botschaft: „Das Leben erst mal genießen - Das Baby bewußt erleben - Die Erziehung lässiger nehmen - Erst Karriere, dann Kind - Der Partner, plötzlich ein toller Vater - Der Job ist nicht alles - Mit einem Kind bleibt man jung.“ Für die Ratgeberliteratur siehe exemplarisch Blackie (1988).
- 3) Z.B. „Die Zeiten haben sich geändert: Jedes 20. Kind in der Bundesrepublik wird heute von einer Mutter zur Welt gebracht, die älter als 35 Jahre ist.“ (Frankfurter Rundschau vom 12.3.1988); „Daß zunehmend mehr Frauen so denken, belegt die Statistik“ (Eltern, Juli 1991; 122).
- 4) Wir orientieren uns vorerst an dieser in der Medizin geläufigen Altersgrenze, die auch deutlich über dem durchschnittlichen Alter von 26,7 Jahren (und der Standardabweichung von 4,4 Jahren) der Mütter von ehelich Erstgeborenen in der Bundesrepublik im Jahr 1988 lag.
- 5) Unsere Zahlen weichen hierbei etwas von denjenigen, die Birg et al. berechnet haben ab, da wir die Veränderungen des Anteils der Folgeehen an den jährlichen Eheschließungen berücksichtigt haben.
- 6) „Zu alt für Kinder? Von wegen!“ (Eltern, Juni 1987); „Spätes Glück mit einem Kind. Auch nach 35 fit für die Schwangerschaft“ (Frankfurter Rundschau vom 27.10.1990); „Mutter mit 40 - na und?“ (Eltern, Juli 1991).
- 7) Gelegentlich wird daneben das dreißigste und das vierzigste Altersjahr erwähnt (so Spellacy et al., 1986).
- 8) Das Risiko einer Chromosomenabweichung beim Kind steigt mit dem Alter der Mutter, von etwa 0,2% bei 20-Jährigen über 0,6% bei 35-Jährigen und erhöht sich dann rasch mit jedem weiteren Altersjahr auf 1% bei 41-Jährigen, 2% bei 43-Jährigen bis auf rund 6% bei Frauen im Alter von 45 Jahren (Hook, 1981, zitiert bei Reif, 1990). Welchen Einfluß das väterliche Alter auf die Häufigkeit von Chromosomenanomalien ausübt, ist umstritten. Es überwiegen Befunde, die ihm nur einen geringen Einfluß zumessen, der zudem erst jenseits des 50. Lebensjahres einsetzt (Hollander; Breen, 1990; Flatz; Miller, 1985).
- 9) So heißt es im redaktionellen Kommentar im „New England Journal of Medicine“ zu Berkowitz et al.: „Overall, their data represent very good news for women in their 30s who are contemplating their first pregnancy...What should be emphasized is the fact that the few pregnancy-related pro-

blems in nulliparous woman who are 35 or older are readily manageable in 1990. Given sound genetic diagnosis and counseling, together with appropriate prenatal care and the judicious management of labor and delivery, the increasing number of women postponing first pregnancies can look forward to excellent outcomes" (*Resnik*, 1990; 693f). Über den Befund hinaus verdient die Rhetorik des Zitates Beachtung. - Der Inhalt des Artikels wurde im übrigen in großen amerikanischen Tageszeitungen (z.B. New York Times, San Francisco Chronicle) ausführlich wiedergegeben.

- 10) Siehe hierzu beispielsweise *Sommerkorn* (1982); *Beck-Gernsheim* (1988).
- 11) Siehe *Rindfuss*; *St. John* (1983), *Kiernan*; *Diamond* (1983), *Bloom*; *Trussel* (1984), *Teachman*; *Polonko* (1985), *Wineberg* (1988); für den deutschen Sprachraum: *Huinink* (1987; 1989), *Blossfeld*; *Huinink* (1989), *Blossfeld*; *Jaenicken* (1990), *Diekmann* (1990), *Tölke* (1989), *Papastefanou* (1990), *Klein* (1989).
- 12) vgl. *Geissler*; *Oechsle* (1990).
- 13) Die Vorgehensweise bei der Auswertung wird im Anhang beschrieben.
- 14) Nicht alle Befragten weisen eine Kombination von Merkmalen in ihrem Ausbildungs- und Berufsverlauf auf, die in etwa einem der drei skizzierten Muster entspricht, welche aufgrund einer empirischen Typologisierung charakterisiert worden sind. Es ist jedoch kaum vertretbar, auf der Basis der 22 Interviews noch weitere Typisierungen vorzunehmen. Weder sollen die einzelnen Fälle gewaltsam bestimmten Mustern zugerechnet werden, noch soll der Fehler begangen werden, jene Fälle, die den drei skizzierten Mustern nur bedingt folgen, jeweils zu einem eigenen Verlaufsmuster empor zu stilisieren.
- 15) Analog zu Befunden über die endgültige Kinderlosigkeit (*Nave-Herz* 1988a, 1988b).
- 16) Ein Fallbeispiel für das 3. Muster der „späten Reaktivierung des ursprünglichen Kinderwunsches“, dessen Umsetzung in jüngeren Jahren nicht gelungen war, findet sich im Anhang B.
- 17) Um einen möglichst authentischen Eindruck des gemeinten Sinnes der Aussagen der Frauen zu vermitteln, werden die zentralen narrativen Sequenzen zur biographischen Entwicklung der Entscheidung zum Kind und seiner Realisierung jeweils bewußt in ihrer ganzen Länge wiedergegeben.
- 18) Jedenfalls steht fest, „daß Schwangeren im Risiko von der neuen Rechtsprechung ausdrücklich ein Anspruch auf eine Fruchtwasseruntersuchung zugebilligt wird. Dies bedeutet, daß Schwangere vom Frauenarzt auf die Möglichkeit einer Fruchtwasseruntersuchung hingewiesen werden müssen“ (*Miny*; *Holzgreve*, 1990; 45)
- 19) Dieser Sachverhalt ist auch unter Gesichtspunkten einer Soziologie der Zeit bemerkenswert. Auf der einen Seite ist es in der Medizin durchaus möglich, auf die individuelle Konstitution und Verfassung einer Frau, sozusagen ihre individuelle „Körperzeit“ einzugehen. Auf der anderen Seite begünstigt wiederum die Organisation kollektiver sozialer Sicherheit sowie die Vermeidung rechtlicher Konflikte „objektive“ Bestimmungen des Alters. „Eigenzeit“ (*Nowotny*, 1989) läßt sich unter Bedingungen des Sozialstaates nur beschränkt verwirklichen!
- 20) Die Typisierungen sind demnach nicht induktive „Verallgemeinerungen“, sondern allgemeine Hypothesen, die wir für prüfenswert erachten, um der sozialen Bedeutung des Phänomens gerecht zu werden. Wir argumentieren also „abduktiv“, orientiert an den auf *Peirce* zurückgehenden Umschreibungen dieser Art des Schließens.
- 21) Diese Überlegungen haben wir in Bezug auf die biographische Einordnung der Eheschließung (inkl. des Verzichts darauf) innerhalb der Familiengründungsprozesse ausführlicher dargelegt (vgl. *Lüscher*; *Engstler*, 1990).
- 22) Von einer Variante dieses Musters läßt sich sprechen, wenn eine Frau, die bereits Mutter ist, in einer neuen Partnerschaft bzw. Ehe ein gemeinsames Kind bekommt.
- 23) *Scritchfield* (1989; 99) vertritt, gestützt auf eine Analyse der nordamerikanischen Literatur die Auffassung, von einer eigentlichen Zunahme der Unfruchtbarkeit könne nicht gesprochen werden. Wohl aber habe sich die Wahrnehmung des Phänomens angesichts der Entwicklung der Reproduktionsmedizin stark erhöht. Allerdings lassen sich Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen feststellen; unter der schwarzen Bevölkerung liegt sie höher (ibid.; 101). Gemäß gängiger medizinischer Lehre nimmt ganz allgemein mit steigendem Alter der Frau die Wahrscheinlichkeit der Empfängnis ab. Weniger ausführlich ist dazu die Literatur hinsichtlich des Alters der Männer. Ob Veränderungen im Sexualverhalten wie der frühere Beginn und eine größere Intensität (so z.B. *Shorter*, 1989), dementsprechend die häufigere Verwendung (oralen) Kontrazeptiva Sterilität begünstigt, ist umstritten. Über die Verbreitung medikamentöser Behandlungen,

ferner psychologischer Therapien verschiedener Art, lassen sich aus nachvollziehbaren Gründen – jedenfalls bis jetzt – keine genauen Angaben machen. Die Angaben über den Erfolg von Verfahren der künstlichen Befruchtung, namentlich In-Vitro-Fertilisation schwanken, stimmen jedoch darin überein, daß nur ein Bruchteil der Behandlungen zum Erfolg führen.

- 24) Wir verwenden den Begriff der Perspektive hier in einem an G.H. Mead orientierten analytischen Sinne, nämlich als Ausdruck des Verhältnisses von Person und Lebenswelt in Bezug auf ein Handeln, durch das die Identität der handelnden Person bekräftigt, verändert, m.a.W. entwickelt wird. Siehe hierzu Lüscher, 1990.

Literaturverzeichnis

- Beck-Gernsheim, E.: Vom Geburtenrückgang zur Neuen Mütterlichkeit? Über private und politische Interessen am Kind; Frankfurt: Fischer, 1984
- Beck-Gernsheim, E.: Die Kinderfrage: Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit; München: Beck, 1988
- Berkowitz, G. S.; Skovron, M. L.; Lapinski, R. H.; Berkowitz, R. L.: Delayed Childbearing and the Outcome of Pregnancy; The New England Journal of Medicine, 322, 1990. – S. 659-664
- Birg, H.; Filip, D.; Flöthmann, E.-J.: Paritätsspezifische Kohortenanalyse des generativen Verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland nach dem 2. Weltkrieg; Bielefeld: Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik, Universität Bielefeld, 1990
- Blackie, P.: Mit 35 das erste Kind: Überlegungen und Erfahrungen; Reinbek: Rowohlt, 1988
- Bloom, D. E.; Trussel, J.: What are the determinants of delayed childbearing and permanent childlessness in the United States?; Demography, 21, 1984. – S. 501 ff
- Blossfeld, H.-P.; Huinink, J.: Die Verbesserung der Bildungs- und Berufschancen von Frauen und ihr Einfluß auf den Prozeß der Familienbildung; Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 15, 1989, 4. – S. 383-404
- Blossfeld, H.-P.; Jaenichen, U.: Bildungsexpansion und Familienbildung: Wie wirkt sich die Höherqualifikation der Frauen auf ihre Neigung zu heiraten und Kinder zu bekommen aus?; Soziale Welt, 41, 1990. – S. 454-476
- Catenhusen, W.-M.: Chancen und Risiken der Gentechnologie; München, 1990 (Dokumentation des Berichts der Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ an den Deutschen Bundestag)
- Daniels, P.; Weingarten, K.: Sooner or later: The timing of parenthood in adult lives; New York/London: Norton & Company, 1982
- Diekmann, A.: Der Einfluß schulischer Bildung und die Auswirkungen der Bildungsexpansion auf das Heiratsverhalten; Zeitschrift für Soziologie, 19, 1990 – S. 265-277
- Engstler, H.; Lüscher, K.: Späte erste Mutterschaft: Eine qualitative Untersuchung über Familiengründung im mittleren Lebensalter; Konstanz (Expertise für das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung), 1989
- Flatz, U.; Miller, K.: Väterlicher Alterseffekt bei Down Syndrom und anderen chromosomalen Trisomien?; Deutsches Ärzteblatt, 82, 1985. – S. 1354
- Gaidzik, P.; Teige, K.: Rechtsprobleme in der pränatalen Diagnostik, in: Angeborene Fehlbildungen und genetische Erkrankungen in Gesellschaft und Familie heute; Nippert, I.; Tünte, W.; Stuttgart u.a.: Kohlhammer, 1990. – S. 67-90
- Geissler, B.; Oechsle, M.: Lebensplanung als Ressource im Individualisierungsprozeß; Bremen, 1990 (SFB 186, Arbeitspapier Nr. 10)
- Gloger-Tippelt, G.; Fischer-Winkler, G.; Lichter-Roth, K.; Lukas, H.-G.: Psychologische Verarbeitung später Elternschaft; Psychologie in Erziehung und Unterricht, 36, 1989. – S. 8-18
- Hollander, D.; Breen, J.L.: Pregnancy in the older gravida: How old is too old?; Obstetrical and Gynecological Survey, 45-2, 1990. – S. 106 – 112
- Huinink, J.: Soziale Herkunft, Bildung und das Alter bei der Geburt des ersten Kindes; Zeitschrift für Soziologie, 16, 1987. – S. 367-384
- Huinink, J.: Ausbildung, Erwerbsbeteiligung von Frauen und Familienbildung im Kohortenvergleich, in: Familienbildung und Erwerbstätigkeit im demographischen Wandel; Wagner, G.; Ott, N.; Hoffmann-Nowotny, H.-J. (Hrsg.); Berlin: Springer-Verlag, 1989

- Kiernan, K.: *Diamond, I.*: The age at which childbearing starts - a longitudinal study; *Population Studies*, 37, 1983. - S. 363-380
- Kirz, D.S.; *Dorchester, W.*; *Freeman, R.K.*: Advanced maternal age: The mature gravida; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 152, 1986. - S. 7-12
- Klein, Th.: Bildungsexpansion und Geburtenrückgang: Eine kohortenbezogene Analyse zum Einfluß veränderter Bildungsbeteiligung auf die Geburt von Kindern im Lebensverlauf; *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 41, 1989. - S. 465-482
- Laser, R.: *Die späte Erstgebärende - Geburtsverlauf und Neugeborenenbefund*; Berlin, 1988
- Lüscher, K.: The Social Reality of Perspectives: On G. H. Mead's Potential Relevance for the Analysis of Contemporary Societies; *Symbolic Interaction*, 13, 1990. 1. - S. 1-18
- Lüscher, K.: Familie und Familienpolitik im Wandel; in: *Familien in der Schweiz*; *Fleiner-Gerster, Th.*; *Gilliand, P.*; *Lüscher, K.* (Hrsg.); Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1991. - S. 511-538
- Mansfield, P. K.; *Cohn, M. D.*: Stress and Later-Life Childbearing: Important Implications for Nursing; *Maternal-Child Nursing Journal*, 15, 1986. - S. 139-151
- Mansfield, P. K.: Midlife Childbearing: Strategies for Informed Decisionmaking; *Psychology of Woman Quarterly*, 12, 1988. - S.445-460
- Miny, P.; *Holzgreve, W.*; *Pawlowitzki, J.*: Amniozenteseprogramm Münster: Erfahrungen nach 7000 Eingriffen; in: *Pränatale Medizin*; *Holzgreve, W.* (Hrsg.); Berlin u.a.: Springer, 1987. - S. 1-18
- Miny, P.; *Holzgreve, W.*: Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik heute; in: *Angeborene Fehlbildungen und genetische Erkrankungen in Gesellschaft und Familie heute*; *Nippert, I.*; *Tünte, W.*; Stuttgart u.a.: Kohlhammer, 1990. - S. 37-65
- Nave-Herz, R.: Kinderlose Ehen; in: *Die "postmoderne Familie: Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit*; *Lüscher, K.*; *Schultheis, F.*; *Wehrspau, M.* (Hrsg.); Konstanz: Universitätsverlag, 1988a. - S. 193-200
- Nave-Herz, R.: Kinderlose Ehen: Eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit; Weinheim/München: Juventa, 1988b
- Nowotny, H.: Eigenzeit: Entstehung und Strukturierung eines Zeitgefühls; Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1989
- Papastefanou, G.: Familiengründung im Lebensverlauf: Eine empirische Analyse sozialstruktureller Bedingungen der Familiengründung bei den Kohorten 1929-31, 1939-41 und 1949-51; Berlin, 1990
- Reif, M.: Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung: Psychosoziale und ethische Gesichtspunkte; Stuttgart: Enke, 1990
- Resnik, R.: The „Elderly Primigravida“ in 1990; *The New England Journal of Medicine*, 322, 1990. - S. 693-694
- Rindfuss, R. R.; *John, C. St.*: Social determinants of age at first birth; *Journal of Marriage and the Family*, 45, 1983. - S. 553-565
- Scratchfield, Sh. A.: The social construction of infertility: from private matter to social concern; in: *Images of Issues: typifying contemporary social problems*; *Best, J.* (Hrsg.); New York: Aldine de Gruyter, 1989
- Sommerkorn, I.: Biographische Notizen einer späten Karrieremutter; in: *Alma Mater: Mütter in der Wissenschaft; Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V.* (Hrsg.); München: Frauentoffensive, 1982. - S. 83-89
- Spellacy, W.; *Miller, S.*; *Winegar, A.*: Pregnancy after 40 years of age; *Obstetrics and Gynecology*, 68, 1986. - S. 452-454
- Teachman, J. D.; *Polonko, K. A.*: Timing of the transition to parenthood: a multidimensional birth-interval approach; *Journal of Marriage and the Family*, 47, 1985. - S. 867-880
- Tölke, A.: *Lebensverläufe von Frauen*; München: DJI, 1989
- Wineberg, H.: Education, age at first birth, and the timing of fertility in the United States: recent trends; *Journal of Biosociological Science*, 1988. - S. 157-165
- Witzel, A.: *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*; Frankfurt/New York: Campus, 1982

(Anschrift d. Verf.: Heribert Engstler M.A. und Prof. Dr. Kurt Lüscher, Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universitätsstraße 10, 7750 Konstanz 1)

Anhang

A) Zur Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews

Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend in möglichst schriftdeutschem Wortlaut (inkl. grammatikalischer Zeichensetzung) transkribiert. Abgesehen von wenigen Ausnahmen (Lachen, laute Ausrufe, lange Pausen, deutliche Sprechhemmungen) wurde auf die schriftliche Übertragung der Intonation und nonverbaler Äußerungen verzichtet.

Bei der Auswertung wurde systematisch zwischen zwei Aussagearten unterschieden:

A1: Berichtete Sachverhalte, charakterisiert durch die Chance der eindeutigen Negierbarkeit und potentiellen empirischen Überprüfung der Aussage;

A2: Subjektive Deutungen und Einstellungen, auf die die Kriterien Negier- und Überprüfbarkeit nicht anwendbar sind; es handelt sich um Aussagen aus subjektiver Perspektive. Die Auswertung selbst umfaßt idealerweise sechs Schritte:

1. Auf der Basis der berichteten Sachverhalte (A1) während des Gesprächs sowie den „harten“ Daten des Kurzfragebogens wird für jede Befragte ein Profil des Lebensverlaufs und der „objektiven“ Aspekte ihrer derzeitigen Lebenssituation erstellt.
2. Diese Profile werden miteinander verglichen, um Hinweise auf gemeinsame Ereignisse und Sequenzen im Lebensverlauf zu finden. Ziel ist es, Hypothesen über einen oder mehrere typische Merkmale der Lebensverläufe zu gewinnen.
3. Zu jedem Themenkomplex des Leitfadens (evtl. ergänzt um weitere in den Interviews zur Sprache gekommenen Themen) erfolgt eine inhaltliche Auswertung der Transkripte. Nach der Reduktion durch Paraphrasierung und Zusammenfassung werden die Aussagen im Hinblick auf die Fragestellung strukturiert; und zwar sowohl innerhalb eines Interviews als auch themenspezifisch quer über alle Interviews.
4. Die subjektiven Deutungen und Einstellungen (A2) zu verschiedenen Themenbereichen werden auf gegenseitige Zusammenhänge hin untersucht, die als Deutungsmuster interpretiert werden können.
5. Es wird geprüft, ob sich zwischen den Deutungs- und Lebensverlaufsmustern (aus 2.) Zusammenhänge erkennen lassen, die die Konstruktion von Idealtypen nahelegen.
6. Die so gebildete Typologie wird mit den Einzelbiographien und Situationsbeschreibungen der Befragten verglichen.

Angesichts äußerst knapper zeitlicher und personaler Ressourcen konnte dieses Auswertungsprogramm nicht erschöpfend durchgeführt werden. Wir konzentrierten uns deshalb auf die Darstellung typischer Merkmale der Lebensverläufe und der Interpretation biographischer Muster der Entstehung und Veränderung generativer Orientierungen und der Bestrebungen zur biographischen Einordnung der **Mutterschaft**.

B) Fallbeispiel für das biographische Muster der späten Reaktivierung des ursprünglichen Kinderwunsches

Ein anschauliches Beispiel für die biographische Dynamik bis zur Familiengründung im mittleren Lebensalter, die in jungen Jahren unfreiwillig nicht realisiert werden konnte, ist Frau C. Sie und ihr Ehemann wollten ursprünglich gleich nach Beginn ihrer Ehe (Frau C. heiratete mit 22 Jahren) ein Kind. Aufgrund physiologischer Probleme ließ sich ihr Kinderwunsch damals jedoch nicht erfüllen, woran auch eine medizinische Behandlung nichts änderte. Daraufhin „begrub“ das Ehepaar den Wunsch nach einem Kind. Bei Frau C. ver-

stärkte sich ihre Berufsorientierung und ihr berufliches Engagement. Auch nahmen ihre Freizeitaktivitäten und Hobbys einen hohen Stellenwert ein. In dieser Zeit verspürte sie keinen Kinderwunsch, zumal der entwickelte Lebensstil mit ihren eigenen Ansprüchen an die Mutterrolle und an eine kindgerechte Umwelt kollidierte. Mit zunehmendem Alter und einer für die Gründung einer Familie günstigen Entwicklung der Rahmenbedingungen, wuchs bei Frau C. und ihrem Ehemann wieder der Wunsch nach einem Kind. Ermuntert durch Erfahrungen von Bekannten, die ebenfalls erst relativ spät Eltern wurden, und durch positive Auskünfte des Frauenarztes strebte Frau M. mit Ende Dreißig erneut danach schwanger zu werden. Nach rund zwei Jahren trat eine Schwangerschaft ein und mit 41 Jahren wurde sie erstmals Mutter. Der folgende längere Auszug aus dem Gespräch mit ihr belegt eindrücklich den dynamischen Prozeß der Herausbildung und Veränderung ihrer Einstellungen und Handlungsweisen in der Kinderfrage.

C.: Wir sind jetzt – nächstes Jahr im Februar 20 Jahre verheiratet und – gut nach den ersten zwei Jahren hätten wir gerne Kinder gehabt. Und das hat dann nicht geklappt. Wir waren beide beim Arzt, also alles o.k., aber mein Frauenarzt hat mir dann gesagt, daß ich wahrscheinlich operiert werden muß – um Kinder zu bekommen und – mein Mann wollte das nicht. Er hatte immer Angst, daß dann irgendwas passiert, oder? Wenn ich operiert werde, und weil ich dann immer so – Periodeschmerzen gehabt habe – also ziemlich stark und Hormonbehandlung und alles, hat alles nichts genützt. Ich habe immer einen Tag im Bett liegen müssen oder so, da hat mein Frauenarzt dann gesagt, ja das Einzige was Dir hilft, ist die Pille. Nun gut, dann habe ich die Pille genommen und das ist ja alles sehr bequem. Und dann hat man gemerkt bei den anderen, die Kinder bekommen haben, was –, wie lästig das manchmal sein kann. Und dann haben wir uns gesagt, gut o.k., da ich sowieso operiert werden muß, dann bekommen wir jetzt keine. Vielleicht später irgendwann einmal oder überhaupt keine. – wir haben uns dann eigentlich für gar keine entschieden gehabt. Mein Mann hat sich dann selbständig gemacht und ich habe immer mitgearbeitet im Geschäft, – bin auch dann fünf Jahre in der Computerbranche gewesen, und war im Beruf eigentlich sehr ehrgeizig, – so daß ich, daß mir eigentlich ein Kind im Weg gewesen wäre. Ich hab' immer gesagt, entweder ich kann es selber aufziehen – und bleibe zuhause vom Arbeiten, und wenn ich das nicht will, dann will ich keine Kinder. Also beides gibt es für mich nicht. Das ist – ich finde das einfach nicht so gut, wenn man sie zu den Großeltern bringt oder sonst was. Und dann war für uns klar: – keine Kinder. – Naja – dann äh, – als wir hierhergezogen sind, vor drei Jahren, dann hatte sich die Sache etwas geändert. Ich bin nach wie vor berufstätig. Ich arbeite bei meinem Mann im Büro und kann hier alles schön zuhause machen.

Interviewerin: Mit Computern ist das –, oder?

C.: Nein. Mein Mann arbeitet in der Werbebranche, und ich mach' die schriftlichen Sachen daheim und ich bin praktisch bei ihm angestellt. Schon einige Jahre jetzt und – naja, als wir dann hier gewohnt haben, haben wir gesagt, es wär' eigentlich ideal hier jetzt ein Kind. Würde schön aufwachsen, das ist ja wirklich beneidenswert, ein Kind das hier so frei aufwachsen kann, das gibt es ja kaum mehr. Die Kinder in der Stadt, die können einem an und für sich leid tun. – Naja, und wir haben einige in unserer Bekanntschaft, die über dreißig sind, eine auch schon über vierzig, die



dann auch ein Kind bekommen hat. Und irgendwann – wollte ich dann eben auch. Dann wußte ich, entweder man probiert es jetzt oder – oder überhaupt nicht mehr. Denn irgendwo ist trotzdem doch eine Grenze, wo man sagen muß, entweder kommt jetzt noch ein Kind oder man muß sich dann wirklich entscheiden, jetzt keines mehr. Und mein Frauenarzt hat dann gesagt, ja klar, sie sind gesund und alles ist o.k., wir sollen es probieren. Naja, und dann ist es doch, ungefähr zwei Jahre ging's dann, bis er dann kam bis es funktioniert hat. Ich habe eigentlich nicht mehr damit gerechnet, daß es überhaupt klappt.