

 SpringerWienNewYork

Beate Wimmer-Puchinger
Anita Riecher-Rössler (Hrsg.)

Postpartale Depression

Von der Forschung zur Praxis

SpringerWienNewYork

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger

Wiener Frauengesundheitsprogramm, Fonds Soziales Wien, Wien, Österreich

Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler

Kantonsspital Basel, Basel, Schweiz

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2006 Springer-Verlag/Wien

Printed in Germany

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von

Springer Science+Business Media

springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Textkonvertierung und Umbruch: Grafik Rödl, Pottendorf, Österreich

Druck und Bindearbeiten: Strauss GmbH, Mörlenbach, Deutschland

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF

SPIN: 11545934

Mit 13 Abbildungen

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN-10 3-211-29955-6 SpringerWienNewYork

ISBN-13 978-3-211-29955-5 SpringerWienNewYork

Vorwort der Herausgeberinnen

Ein Kind zu erwarten – die Geburt zu erleben – Mutter, Vater zu sein, zählt zu den beglückendsten, überwältigendsten Erlebnissen und Bereicherungen des Lebens. Familienbildung erfordert andererseits eine große Umstellung der bisherigen Lebenssituation. Schwangerschaft bedeutet für Frauen eine körperliche und emotionale Adaptierung an einen „anderen Umstand“. Dies ist von Phasen der Ambivalenz, vorübergehender Verunsicherungen und Ängsten, aber auch der Vorfreude und des Glücks begleitet. Kindheitserinnerungen, die Beziehung zur Mutter – ein Zurückbesinnen einerseits, Zukunftsentwürfe andererseits, Wünsche und Phantasien werden aktiviert. Fragen sozialer und gesundheitlicher Sicherheit sowie der längerfristigen Lebensplanung stellen sich in neuer Intensität angesichts der Erfahrung der erlebten Verantwortung. Signale des Körpers und Schwangerschaftsverlaufes bekommen einen großen Stellenwert. Für die meisten Frauen ist diese „normative Krise“ jedoch gut und positiv zu bewältigen.

Jedoch bergen die Anforderungen von Schwangerschaft und Mutterschaft auch ein Risiko, depressiv zu werden, sich mutlos, antriebslos, freudlos, verzweifelt zu erleben. Dies gilt insbesondere für jene Frauen, die nicht das Glück hatten, eine bereichernde Kindheit erfahren zu haben, deren bisheriges Leben von psychischen oder sozialen Erschütterungen geprägt war, die in der Partnerbeziehung wenig Unterstützung erleben können oder deren Schwangerschaft oder Geburt von Komplikationen geprägt war.

Anzeichen, Ursachen und Folgen einer postpartalen Depression sowie Möglichkeiten und Effekte ihrer Behandlung sind wissenschaftlich längst erkannt, werden jedoch in der Geburtshilfe, Schwangeren- und Elternberatung bis dato zu wenig beachtet.

Es ist unser Anliegen, Lösungsansätze zur Früherkennung psychosozial belasteter Frauen sowie vernetzte Möglichkeiten zur Unterstützung in der Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe und Elternberatung aufzuzeigen. Beiträge aus Forschung und Praxis verschiedener Disziplinen wie Gynäkologie, Psychiatrie, Pädiatrie, Psychotherapie, der Hebammen,

und der Sozialarbeit sollen das Grundprinzip einer multiprofessionellen Teamarbeit aufzeigen, sowie einer interdisziplinären Perspektive von Mutter- bzw. Elternschaft gerecht werden.

Unserer Überzeugung folgend, dass Kinderwunsch nicht nur einer individuellen Einstellung entspricht, sondern gesellschaftliche Rahmenbedingungen unterstützend oder hemmend wirken, geht der Einleitungsbeitrag der prominenten Familiensoziologin *Elisabeth Beck-Gernsheim* der Frage des europaweiten Geburtenrückgangs nach. Sie konzentriert ihre Analyse auf „drei Entwicklungen, die in den letzten Jahrzehnten eingesetzt haben und für das Verhältnis „Frauenleben und Kinderwunsch“ einen Wandel der Vorgaben schaffen“ (S. 1). Hat die Pille als die meistbenützte Methode der Empfängnisverhütung den Frauen rückblickend die Entscheidung des idealen „timings“ für den „optimalen“ Zeitpunkt erschwert? Gibt es einen fließenden Übergang vom Aufschieben des Kinderwunsches durch die Pille zur „Falle“ der Infertilität, die dann mit In-Vitro-Fertilisation medizinisch gelöst wird? Was bedeutet der Entscheidungskonflikt bei differenzierter Pränataldiagnostik für die Schwangere, das Paar? Die veränderten Anforderungen des Arbeitsmarktes nach Flexibilisierung und Deregulierung verlangen nach Ausweitung privater Ressourcen und diversen zu organisierenden „Helferinnen“. Als Resümee bleibt: Manches ist leichter geworden, „mit neuen Chancen, aber auch Risiken, Abhängigkeiten, Entscheidungskonflikten“ – Kinderhaben, so Beck-Gernsheim, bleibt weiterhin ein soziales Wagnis für Frauen.

Nach den soziologischen Betrachtungen zu Kinderwunsch und gesellschaftlicher Wirklichkeit geht der Beitrag der Schweizer Wissenschaftlerin und Psychiaterin *Anita Riecher-Rössler* auf die Grundlagen ein und gibt einen Überblick zum aktuellen Stand des Wissens über die postpartale Depression. Aufgrund einer ausführlichen Betrachtung der Symptomatik, der Ursachen und des Verlaufs dieser Erkrankung kommt sie – in Übereinstimmung mit aktuellen Forschungsergebnissen – zu dem Schluss, dass es sich hier um keine spezifische Erkrankung handelt. Vielmehr ähnelt die postpartale Depression in vielem den depressiven Erkrankungen, wie sie auch sonst bei Frauen häufig vorkommen. Wichtig ist aber, dass depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit besonders häufig unerkannt bleiben und dass sie besonders schwere Folgen haben können – nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind und die ganze Familie. Der Auf- und Ausbau niederschwelliger, spezialisierter ambulanter und stationärer Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote wird deshalb dringend eingefordert.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit bildet die Basis für ein wissenschaftlich evaluiertes Modellprojekt zur Früherkennung und Betreuung psychosozial belasteter Schwangeren in drei geburtshilflichen Zentren in Wien.

Rund 3000 schwangere Frauen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt zu ihrer Stimmung und zu sozialen Bedingungen befragt- und bei Angaben von hoher Belastung in der Schwangerschaft von Hebammen, Psychotherapeutinnen oder SozialarbeiterInnen unterstützt. Auch erfolgte vor Start des Projektes ein Training zur Sensibilisierung des geburtshilflichen Personals.

Für das Vorhaben verantwortlich zeichnet die Gesundheitswissenschaftlerin und Wiener Frauengesundheitsbeauftragte *Beate Wimmer-Puchinger*.

Um einen internationalen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, hat die Wiener Projektgruppe Konferenzen mit einer erfolgreichen Initiative zur Reduktion der postpartalen Depression in Australien abgehalten. Die Hauptanliegen und Erfahrungen dieses breit angelegten 5-jährigen Screeningprojektes zur frühzeitigen Unterstützung der Mütter mit postpartalen Depressionen (beyondblue National Postnatal Depression Program) werden im Beitrag von *Justin Bilszta* und seinen CoautorInnen vorgestellt.

Eine wichtige Vertrauensstellung für die Frau nimmt der/die GynäkologIn ein. Dieser Berufsgruppe kommt daher eine wichtige "gatekeeperfunktion" in der Schwangerenbetreuung, der Kommunikation mit der Schwangeren und jungen Mutter und bezüglich früher Hilfestellung zu.

In den gynäkologischen/geburtshilflichen Sprechstunden können erste Anzeichen erkannt, oder aber diese Chance infolge knapper Zeitressourcen oder fehlender Fortbildung nicht wahrgenommen werden. *Johannes Bitzer* und *Judith Alder* gehen in ihrem Beitrag auf Grundlagen der Arzt-Patientin-Kommunikation ein. Der Schweizer Johannes Bitzer ist Gynäkologe und Geburtshelfer mit psychotherapeutischer sowie psychosomatischer Expertise, seine Coautorin Psychologin an derselben Abteilung. Für den/die niedergelassene GynäkologIn wird die Frage, wann und wie eine Überweisung zur Psychotherapie oder psychiatrischen Behandlung erfolgen sollte, geklärt. Weiters werden die für diese Berufsgruppe relevanten pharmakologischen Fragen angeschnitten.

Die pharmakologische Behandlung von postpartalen Depressionen wird im Beitrag von *Claudia Klier*, *Miriam Schäfer* und *Mario Lanczik* vertieft behandelt. Viele kritische Fragen bezüglich Indikationsstellung und Risikoabwägungen, insbesondere etwaige Auswirkungen auf den Säugling über die Muttermilch, werden hier aufgeworfen. Neben einem aktuellen internationalen Überblick zum Stand der Forschung werden wesentliche Leitlinien für die Praxis dargestellt.

Um die notwendige Zusammenarbeit und Vernetzung von Geburtshilfe und Psychotherapie transparenter zu gestalten, gibt der Beitrag von *Jutta Fiegl*, Vorsitzende des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie und Vizerektorin der Sigmund Freud Privatuniversität Wien, einen em-

pathischen Einblick in psychische Belastungsmomente der Mutter-/Elternschaft und in Strategien der psychotherapeutischen Arbeit. Das mit ihren Ausführungen verbundene Anliegen ist, das Verständnis für die betroffenen Frauen zu verbessern und Überlegungen für eine Psychotherapie-Indikation zu erleichtern: Kurz, dem Tabu „Psychotherapie“ mit besserer Einsicht in deren Arbeitsweise begegnen zu können. Ergänzend reflektiert die Psychologin und Psychotherapeutin *Maria Weissenböck* Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis im Rahmen des Wiener Modell-Projektes.

Ab wann ist jedoch eine stationäre Aufnahme erforderlich und welche ergänzenden therapeutischen Ansätze und Heilungschancen können hier geboten werden? Auf diesen Aspekt der Behandlung bei besonders schwer erkrankten Müttern im Rahmen einer psychiatrischen, stationären Aufnahme, die auf die Mutter-Kind-Interaktion in diesem frühen Stadium fokussiert, geht der Beitrag der Psychiaterin *Claudia Rainer-Lawugger* ein. Ihr Anliegen ist eine umfassende Vernetzung und Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen. Vor allem aber plädiert sie für ein Zusammenrücken der Geburtshilfe mit der psychiatrischen Arbeit im Rahmen von intensivierter Konsiliartätigkeit. Sie beschreibt erfolgreiche, nachhaltige Strategien, die im Rahmen des Wiener Modellprojektes erfolgt sind.

Ein wichtiger Aspekt, der vielfach noch unterschätzt oder ausgeblendet wird, ist der des Kleinkindes: Welche Auswirkungen hat die Erkrankung oder Belastung der Mutter auf die Entwicklung des Kindes? Die Säuglingsforschung weist mit Recht auf die diffizilen Mechanismen der Mutter-Kind-Dyade hin. Sie hat förderliche Bedingungen ebenso nachgewiesen wie langfristigen Risiken oder Defizite, die infolge der Erkrankung der Mutter zu einer „gestörten“ Interaktion führen und das Kind in der Entwicklung benachteiligen können.

Die Pädiaterin, Säuglingsforscherin und Expertin der Säuglingspsychosomatik *Josephine Schwarz-Gerö* geht in ihrem Beitrag auf evidente Auswirkungen von Postpartaler Depression auf das Baby ein. Andererseits werden Ansätze der Früherkennung und Behandlung aufgezeigt.

In der multiprofessionellen Behandlungskette und als Schnittstelle zwischen Schwangerenbetreuung und späterer Betreuung der Mutter bzw. der Eltern unerlässlich ist der Beitrag der Sozialarbeit. Sie unterstützt bei gravierender finanzieller Not, rechtlichen Fragen, Wohnungssorgen, aber auch sonstigen, schwerwiegenden Problemen (wie zum Beispiel Gewaltvorkommnissen), die die Mutter und somit auch das Kindeswohl beeinträchtigen könnten. In ihrem Beitrag schildert *Roswitha Friedl*, verantwortliche Leiterin all jener SozialarbeiterInnen des Amtes für Jugend und Familie, die im „Spitalsverbindungsdienst“ in den Wiener geburtshilflichen Abteilungen arbeiten, Praxiserfahrungen und

Lösungsansätze, die im Rahmen des Wiener Modellprojektes als wesentliche soziale Stützen für die Frauen erarbeitet wurden. Der Beitrag dieser engagierten SozialarbeiterInnen zum Wohle der Frauen, Eltern und Kinder kann nicht hoch genug bewertet werden. Es ist uns wichtig, die Erfahrungen dieser Berufsgruppe, die Härtefälle und Krisen der Frauen mildern, einzubringen.

Die Schwangerenbetreuung bis zur Geburt und zum Wochenbett liegt immer stärker in den Händen der Hebammen. Das ist eine gute und frauenadäquate Entwicklung. Diese Berufsgruppe stellt für die Frauen die Kontinuität der Betreuung sicher – Hebammen sind neben niedergelassenen GynäkologInnen die wichtigsten Bezugspersonen. Sie sind das „Zentrum“ der Information und Kommunikation für die Frauen. Der Zugang, die Begleitung und Unterstützung wird von den Frauen als niederschwellig, kompetent und beruhigend empfunden. Das zeigen nicht nur viele Studien, sondern vor allem auch die tägliche Praxis. Die Präsidentin des österreichischen Hebammengremiums, *Renate Grossbichler-Ulrich*, schildert in ihrem Beitrag detailliert und praxisnah die Aufgaben und Möglichkeiten der Hebamme in der Früherkennung und weiteren Hilfestellung psychisch belasteter schwangerer Frauen. Voraussetzung für eine gute professionelle Gesprächsbasis zur Weitertriagierung ist eine kontinuierliche Fortbildung.

Unser Anliegen, das wir mit diesem Buch transportieren wollen, ist, den Frauen in ihren Anforderungen, Ängsten und Belastungen gerecht zu werden – sie in aller Professionalität zu unterstützen und nicht alleine zu lassen. Des weiteren soll durch besseres Verständnis das Schweigen und die Schuldgefühle der Frauen, die oft hinter der Sprachlosigkeit stehen, durchbrochen werden. Wir wollen dazu beitragen, all jene Frauen besser zu unterstützen, die sich „nicht guter Hoffnung“ fühlen können – die im Schatten des viel beschriebenen Mutterglücks stehen, um allen Beteiligten – auch den Familienangehörigen der Betroffenen, bessere Brücken zum Problemverständnis zu bauen.

Das Buch wendet sich daher an alle Berufsgruppen und Institutionen, die mit Schwangeren und jungen Müttern/Eltern arbeiten.

Beate Wimmer-Puchinger und Anita Riecher-Rössler

Inhaltsverzeichnis

ELISABETH BECK-GERNSHEIM

**Geburtenrückgang und Geschlechterverhältnisse –
Eine Zwischenbilanz** 1

ANITA RIECHER-RÖSSLER

Was ist postpartale Depression? 11

BEATE WIMMER-PUCHINGER

**Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt
des Wiener Programms für Frauengesundheit** 21

JUSTIN BILSZTA, ANNE BUIST, BRYANNE BARNETT,
JEANNETTE MILGROM, JOHN CONDON, BARBARA HAYES,
JANETTE BROOKS

**Implementierung eines nationalen Screening-Programmes für
perinatale mentale Gesundheit: *beyondblue* National Postnatal
Depression Program** 51

JOHANNES BITZER, JUDITH ALDER

**Postpartale Depression – Darauf sollten GynäkologInnen
achten** 65

CLAUDIA M. KLIER, MIRIAM SCHÄFER, MARIO LANCIK

**Die pharmakologische Therapie von postpartalen
Depressionen** 79

JUTTA FIEGL

**Postpartale Depression aus psychotherapeutischer Sicht und
Strategien der Behandlung** 95

MARIA WEISSENBÖCK

**Psychotherapeutische Aspekte in der Behandlung der
postpartalen Depression in der Praxis** 109

CLAUDIA REINER-LAWUGGER

Postpartale Depression – was tun? Das Wiener Modell 119

JOSEPHINE SCHWARZ-GERÖ

**Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik –
Interaktion und Therapie** 127

ROSWITHA FRIEDL

**Postpartale Depression – Praxis-Erfahrungen aus der
Sozialarbeit** 141

RENATE GROSSBICHLER-ULRICH

**Die Rolle der Hebamme in der Arbeit mit psychisch belasteten
Frauen oder Frauen mit einem Risiko für eine Erkrankung** 153

Autorenverzeichnis 159

Geburtenrückgang und Geschlechterverhältnisse – Eine Zwischenbilanz

== Einleitung

Die 50er und beginnenden 60er Jahre gelten in der Sozialwissenschaft als das „goldene Zeitalter“ von Ehe und Familie. Es war selbstverständlicher Teil der sogenannten „Normalbiographie“, dass man früh heiratete und früh Kinder bekam.

Auf eine Formel gebracht: „Love – marriage – baby carriage“. Also erst die rosaroten Wolken der jungen Liebe; dann der standesamtlich und möglichst auch kirchlich besiegelte Bund; und dann – als Krönung der Liebe – die gemeinsamen Kinder.

Solche Lebenswege gibt es auch heute noch. Aber sie sind, wie wir wissen, längst nicht mehr so selbstverständlich wie damals.

Zum Beispiel das Kinderkriegen: Um die Mitte der 60er Jahre begannen die Geburtenzahlen in den meisten Ländern Mitteleuropas zu sinken, und zwar deutlich und anhaltend.

In den 70er Jahren dann wurde der Geburtenrückgang – auch und gerade in Deutschland – zu einem Thema, das Politik, Medien, Öffentlichkeit bewegte und lebhafteste Kontroversen auslöste. Da waren auf der einen Seite die Frauen der Frauenbewegung, die die traditionelle Mutterrolle als Unterdrückungsinstrument begriffen, die die Parole „Mein Bauch gehört mir“ formulierten und für die Freigabe der Abtreibung demonstrierten – und im anderen Lager die PolitikerInnen, WissenschaftlerInnen, Leitartikel-SchreiberInnen, die unablässig das Klagelied der „fehlenden Wiegen“ anstimmten, im Geburtenrückgang Zeichen für wachsenden Hedonismus und Egoismus erkannten und durch die Prognosen des Bevölkerungsrückgangs Deutschlands Position in der Welt im Niedergang sahen.

Heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, sind die Geburtenzahlen überall in Europa noch weiter gesunken. Durchgängig sind sie bei Werten unter Reproduktionsniveau angekommen, d.h. ohne Zuwanderung von außen wird die Bevölkerung auf Dauer schrumpfen.

Diese Situation bietet Anlass zu einer kleinen historischen Bilanz, vor allem mit Blick auf Frauen und Geschlechterverhältnisse.

Es ist Zeit, um zu fragen: Wie ist die Entwicklung in den letzten drei Jahrzehnten verlaufen? Wo sind in der Zwischenzeit neue Bedingungen entstanden, was ist vielleicht auch beim Alten geblieben? Wie steht es heute um das Spannungsverhältnis zwischen Kinderwunsch und dem eigenen Leben der Frau?

Es wäre freilich vermessen, diese Fragen im Rahmen des folgenden Beitrags umfassend behandeln zu wollen. Deshalb ist mein Vorhaben bescheidener, auf strategisch wichtige Punkte beschränkt. Ich will die Aufmerksamkeit auf drei Entwicklungen lenken, die in den letzten Jahrzehnten eingesetzt haben und für das Verhältnis „Frauenleben und Kinderwunsch“ einen Wandel der Vorgaben schaffen.

Dabei geht es erstens um neue Angebote der Medizintechnologie, von der Pille zu Fortpflanzungsmedizin und Pränataldiagnostik.

Zweitens rückt der neue Arbeitsmarkt ins Blickfeld mit der Forderung nach Chancengleichheit und den aktuellen Geboten von Flexibilisierung und Deregulierung.

Drittens schließlich geht es um Hausarbeitsmigrantinnen und um neue Formen der transnationalen Arbeitsteilung zwischen den Frauen.

== **Neue Angebote der Medizintechnologie: von der Pille zu Fortpflanzungsmedizin und Pränataldiagnostik**

Mit der Pille, deren Verbreitung in der zweiten Hälfte der 60er Jahre einsetzte, begann eine neue Epoche für Frauen. Zwar waren schon seit langem Verfahren zur Geburtenkontrolle bekannt, aber dennoch wurde mit der Pille ein wesentlicher Durchbruch erreicht: Jetzt endlich gab es ein Verhütungsmittel, das einfach anzuwenden war und hochgradig zuverlässig, jetzt endlich war nicht mehr die ständige Angst vor einer Schwangerschaft gegenwärtig. Wahlfreiheit hieß die neue Verheißung: Frauen konnten selbst entscheiden, wann sie ein Kind wollten und wie viele sie wollten. Sie konnten abwarten, bis der Kinderwunsch hineinpasste in die sonstigen Vorgaben in ihrem Leben. Und sie konnten sich gegebenenfalls auch dagegen entscheiden.

Damit stellt sich die Frage: Wie ist die tatsächliche Entwicklung rückblickend verlaufen? Ist die Verheißung der Wahlfreiheit in Erfüllung gegangen?

— Zeitliches Aufschieben

Zunächst einmal hatte die Pille zur Folge, dass viele Frauen abzuwarten begannen. Sie schoben den Kinderwunsch im Lebenslauf weiter hinaus. Sie versuchten, den „richtigen Zeitpunkt“ zu finden, wo die Bedingungen stimmten: die Partnerbeziehung, der Ausbildungsabschluss, der Berufseinstieg, die Wohnung, das Einkommen. Als die Voraussetzungen einigermaßen günstig erschienen – oder als der Kinderwunsch stärker wurde –, setzten sie die Pille ab und wurden Mutter.

Für manche Frauen ist allerdings nie der richtige Zeitpunkt gekommen. Es gab immer ein Teilchen im Puzzle, das gerade nicht stimmte. Zum Beispiel waren sie endlich im Beruf etabliert, konnten eine Baby-Pause sich leisten – da ging die Partnerschaft in die Brüche. Oder sie hatten endlich den richtigen Partner gefunden, aber der Job ging verloren und die finanzielle Basis war zu unsicher. Obwohl sie „eigentlich“ Kinder gewollt hatten, ergab es sich nicht. Je besser sie planen wollten, je mehr sie möglichst „optimale“ Voraussetzungen schaffen wollten – desto mehr wuchs die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Kinderhaben am Ende verpassten.

— Die Pille als Einstieg in die Fortpflanzungstechnologie

Das zeitliche Aufschieben erwies sich auch für einige andere Frauen als problematisch. Nachdem sie sich zum Kinderhaben entschlossen und die Pille abgesetzt hatten, passierte – nichts. Sie mussten feststellen, dass die Pille zwar das Verhüten leicht machte und in diesem Sinn zur genauen Lebensplanung beitragen konnte. Aber die andere Seite der Medaille war – und daran hatten nur wenige vorher gedacht –, dass mit dem zeitlichen Aufschieben die biologischen Voraussetzungen für eine Schwangerschaft unsicherer wurden: Die Fruchtbarkeit, so die nüchternen Fakten, nimmt mit steigendem Alter der Frau ab. So wuchs in den folgenden Jahren – und nicht zuletzt im Gefolge der Pille – die Zahl der Frauen, die ungewollt kinderlos blieben.

Wie wir wissen, sind für Frauen in dieser Situation neue Auswege entstanden, oder genauer zumindest: die Verheißung von Auswegen.

Seit den 70er, 80er Jahren sind in schneller Folge immer mehr Angebote der Reproduktionsmedizin entwickelt und technisch perfektioniert worden, von der hormonellen Stimulation bis zur In-vitro-Befruchtung und zur Eizellen-Spende. Allerdings können auch diese Behandlungsverfahren keine einfache Lösung anbieten, sondern haben wiederum eine Kehrseite.

Das beginnt mit den finanziellen Kosten (je nach Land und Regelung muss der Patient bzw. die Patientin einen größeren oder geringeren Teil

der Behandlung selbst bezahlen). Hinzu kommen Risiken im psychischen und sozialen Bereich, von der Sexualität nach Kalender und Zeitplan bis zur emotionalen Anspannung, dem ständigen Wechsel zwischen Hoffen und Bangen. Hinzu kommen erst recht die physischen Belastungen durch weitgehende Eingriffe in den Körper der Frau, zum Beispiel die Gefahren der hormonellen Überstimulierung. Wenn es gut geht, kommt am Ende das heiß ersehnte Kind. Wenn nicht – weil die Erfolgswahrscheinlichkeit vieler Behandlungsverfahren noch immer sehr begrenzt ist –, bleiben am Ende Enttäuschung und das Gefühl des Verlusts.

So gesehen ist die Wahlfreiheit, die die Pille zunächst gebracht hat, für diese Gruppe von Frauen am Ende ins Gegenteil umgeschlagen. Sie hat viele Frauen zu Klientinnen gemacht im großen Betrieb der Fortpflanzungstechnologie – mit all den Abhängigkeiten und Zwängen, Risiken und Kosten, die sich daraus ergeben.

— Die Risiken der späten Mütter

Dies gilt vergleichsweise ähnlich auch für eine weitere Gruppe von Frauen. Sie haben das Kinderhaben lange verschoben, sehr lange. Dann schließlich wollten sie schwanger werden, und sie wurden es auch. Aber sie waren mittlerweile älter geworden. Und nachdem in den letzten Jahrzehnten Pränatal- und Gendiagnostik schnelle Fortschritte machten, nachdem sie die genetischen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit immer genauer aufschlüsseln konnten, gerieten die Risiken der „späten Mütter“ zunehmend ins Blickfeld, wurden über Medien und nicht zuletzt Frauenzeitschriften verbreitet und wurden derart zum Allgemeinwissen, dem keiner und keine entkam.

Passgerecht für die entsprechenden Ängste entwickelte sich bald ein eigenes Repertoire medizintechnischer Hilfsangebote aus Pränatal- und Gendiagnostik. Also Tests verschiedener Art, im Kern ein Normalitäts-Check fürs Ungeborene, um die schwangere Frau zu beruhigen und ihr die Ängste zu nehmen.

Aber auch diese Verheißung hat ihre Kehrseite, denn bekanntlich können die Tests keinen Garantie-Schein für günstige Befunde anbieten. Was also dann, wenn der Befund diffus ist, unklar, mehrdeutig? Oder was, wenn er eindeutig ist, wenn er eine Behinderung ausweist? Oder wenn die Amniozentese gar eine Fehlgeburt auslöst? Ich bin jetzt 38, auf dieses Kind habe ich solange gewartet, vielleicht ist diese Schwangerschaft meine letzte und einzige Chance?

An solchen Fragen wird deutlich, was auch die Kehrseite der Wahlfreiheit ist: Je länger die Frauen das Kinderhaben aufschieben, desto eher werden sie in einem späteren Stadium konfrontiert mit den Ängsten, die um eine mögliche Behinderung des Kindes kreisen, mit den

daran geknüpften Unsicherheiten, Entscheidungszwängen, Entscheidungskonflikten. Auch hier also hat die fast perfekte Verhütung den Weg vorbereitet für den Einsatz weiterer Medizintechnologie. Dabei werden Frauen zu Patientinnen/Klientinnen und erfahren neue Abhängigkeiten. Die „Schwangerschaft auf Probe“ (*Barbara Katz Rothman*) wird zunehmend zur Normalität.

== **Der neue Arbeitsmarkt: die Forderung nach Chancengleichheit und die Gebote von Flexibilisierung und Deregulierung**

Nachdem in den hochindustrialisierten Ländern des Westens immer mehr Frauen berufstätig wurden, nachdem immer mehr Frauen sich aufrieben im Spannungsverhältnis zwischen Beruf und Familie, begann in den 70er Jahren die Forderung nach Chancengleichheit im Beruf immer stärker zu werden.

Heute, drei Jahrzehnte danach, ist „Gleichberechtigung“ zum allgemein akzeptierten Stichwort aufgestiegen, zur Pflichtformel in seriösen Parteien und Organisationen.

Und zweifellos hat sich in den letzten Jahrzehnten auch manches bewegt. Um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern, sind auf der Ebene der politisch-institutionellen Vorgaben neue Regelungen durchgesetzt worden. Erfolge sind vor allem in Frankreich und den skandinavischen Ländern erkennbar, ansonsten blieben die Fortschritte bislang eher bescheiden. Ob Deutschland, ob Großbritannien, ob Spanien: Die öffentlichen Angebote für Kinderbetreuung reichen nicht aus, die Strukturen der Arbeitswelt sind im Kern weiter familienfeindlich.

— **Prekäre Arbeitsverträge**

Dies gilt umso mehr, wenn man die aktuellen Trends sieht, die sich in den letzten Jahren in der Arbeitswelt zunehmend durchgesetzt haben. Sie führen – ungewollt, aber dennoch sehr wirksam – in eine weitere Stufe der Familienfeindlichkeit hinein.

Dazu ein kurzer historischer Rückblick: In den 50er, 60er, 70er Jahren waren feste Arbeitsverhältnisse und feste Arbeitszeiten die Norm. Arbeitskräfte wurden zunächst dringend gesucht; und als danach die Arbeitslosigkeit allmählich zunahm, blieb sie immer noch vergleichsweise niedrig.

Tempi passati, vergangene Zeiten. „Hilfe, mein Arbeitsplatz wandert aus“ ist ein Satz, der das Zeitalter der Globalisierung kennzeichnet. In vielen westlichen Ländern ist die Arbeitslosigkeit drastisch gestiegen. Und von den Menschen, die heute einen Arbeitsplatz haben, wissen

viele nicht, ob sie ihn morgen noch haben werden. Dazu heißen die Postulate, die die Arbeitswelt immer stärker bestimmen, Flexibilisierung und Deregulierung.

Wer ins Berufsleben einsteigt, bekommt häufig nur Praktika angeboten (im Klartext: man muss regulär arbeiten für wenig Geld). Auch im Stadium danach gibt es immer seltener feste Stellen, stattdessen kurzfristige Verträge; also keine Sicherheit auf Dauer, sondern nur einen Scheck für heute und morgen.

Wie soll man auf derart prekärer Grundlage eine Familie gründen, wie die Verantwortung für ein Kind übernehmen?

— Mobilität statt Kontinuität

Und dann erst recht Arbeitsort und Arbeitszeiten: Statt Kontinuität ist die Bereitschaft zum vielfachen Wechsel gefordert. In immer mehr Berufsfeldern gehört heute geographische Mobilität zum Alltag dazu (Praktikum im Ausland, Dienstreise in eine andere Stadt). Und ist erst die eine Stelle beendet, muss man oder frau sich eine neue suchen – also von Salzburg nach Wien, von Frankfurt nach Freiburg. In immer mehr Berufsfeldern ist auch zeitliche Mobilität gefragt (Abendkurs oder Wochenendseminar, Nachtschicht oder Wochenenddienst). Das alles ist aus betrieblicher Sicht zweifellos nützlich. Wie aber verträgt es sich mit den Anforderungen eines Lebens in und mit der Familie, das umgekehrt gerade Kontinuität, Präsenz, Verlässlichkeit braucht? Schon die Partnerbeziehung wird schwierig, wenn der eine in Graz arbeitet, die andere in Wien. Aber noch viel schwieriger wird es, wenn erst Kinder da sind. Die kann man nicht im Tiefkühlfach lagern und, wenn das Fortbildungsseminar oder die Dienstreise vorbei ist, wieder herausholen. Es ist nicht verwunderlich, wenn angesichts zunehmender Mobilitätswänge junge Frauen und Männer sagen: Das schaffe ich nicht. Das ist zu kompliziert. Da will ich lieber kein Kind.

Die Bilanz, wenn man mit den 70er Jahren vergleicht, fällt also wiederum zwiespältig aus. Zweifellos ist auf politischer Ebene versucht worden, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern. Doch die Anstrengungen blieben punktuell, die Erfolge begrenzt. Auf der anderen Seite aber hat sich seit damals das Gefüge der Arbeitswelt nachhaltig verändert. Flexibilisierung und Deregulierung sind die Gebote, die sich immer mehr durchgesetzt haben – und die eine „innere Rücksichtslosigkeit“ (*F. X. Kaufmann*) gegenüber der Familie beinhalten.

— **Hausarbeitsmigrantinnen oder: die neue Arbeitsteilung zwischen den Frauen**

In den 70er Jahren, als die Frauenbewegung erstarkte, machte eine revolutionäre Forderung die Runde: Die sogenannte traditionelle Arbeitsteilung – der Mann der Ernährer, die Frau zuständig für Heim und Familie – wurde in Frage gestellt. Beide Geschlechter, so hieß es, sollten an beiden Bereichen teilhaben. Und das hieß im Klartext: Männer sollten die Arbeit im Privaten mit übernehmen. Sie sollten putzen, waschen, kochen und die Kinder wickeln.

Wie wir wissen, ist diese Forderung nur sehr partiell eingelöst worden. Viele Männer der jüngeren Generation haben, das zeigen einschlägige Studien, tatsächlich ein engeres Verhältnis zu ihren Kindern entwickelt. Sie spielen mehr mit ihnen, sie bringen sie morgens zum Kindergarten oder abends zu Bett. Aber dennoch: Es sind die Frauen, die immer noch den Hauptteil der Kinderversorgung und -erziehung übernehmen. Das gilt umso mehr für die allgemeinen Aufgaben im Haushalt. Da bleibt die Beteiligung der Männer weiter bescheiden.

— Die Familie als Kleinunternehmen

Weil aber die berufstätigen Frauen nicht alles allein leisten können, suchen sie Unterstützung anderswo: bei anderen Frauen. Die neue Arbeitsteilung im Privaten, die sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr etabliert hat, sieht so aus: Die Frauen der Mittelschicht, gut ausgebildet und berufsmotiviert, delegieren einen Teil der Familienaufgaben an Hilfskräfte. Um den Alltag zu bewältigen, werden oft ganze Netzwerke von Unterstützerinnen eingesetzt (Tagesmutter, Au-pair-Mädchen, Babysitterin, dazu Schwester und Schwiegermutter als letzte Reserven).

Wer sich ein solches Arrangement leisten kann, hat es zweifellos leichter. Doch es erzeugt auch eigenen Aufwand. Die Frau wird zur Verantwortlichen in einem Kleinunternehmen. Sie muss die Stundenpläne, Arbeitszeiten, Ferienzeiten, die Daten der Dienstreisen, Schulfeiern, Kindergeburtstage notieren, mit der Verfügbarkeit der Hilfskräfte koordinieren, muss bei wechselndem Bedarf anpassen und für den Notfall Ersatzkräfte parat haben. Das alles erfordert beträchtliche Mengen an Nerven und Kraft, nicht zuletzt viel Organisationstalent und Planungsverhalten, sonst bricht das komplizierte Gebäude zusammen.

— Transnationale Betreuungsketten

Schaut man genauer hin, so kommen die Helferinnen heute immer seltener aus dem direkten Umfeld, sondern – jedenfalls in der städtischen