

Der Kinderwunsch von Schülern und Studenten
Ausprägung, Motive, Einstellungen, Prädiktoren und
besondere Betrachtung subklinisch essgestörter Probandinnen

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von Florian Aschenbrenner
geboren am 20.07.1973 **in** München

Gutachter

1. Prof. Dr. phil. B. Strauß, Jena
2. Prof. Dr. med. B. Blanz, Jena
3. Prof. Dr. med. J. von Wietersheim, Ulm

Tag der öffentlichen Verteidigung: 05. April 2004

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1. Einleitung	3
2. Bisheriger Erkenntnisstand	5
2.1. Demographische Entwicklungen in Deutschland	5
2.1.1. Geburtenziffern	5
2.1.2. Altersstruktur der Bevölkerung	7
2.1.3. Durchschnittliches Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes	7
2.1.4. Durchschnittliches Alter bei der ersten Heirat	8
2.1.5. Kinderlosigkeit	8
2.1.6. Familienformen, in denen Kinder aufwachsen	9
2.1.7. Eheschließungen	9
2.1.8. Scheidungen	10
2.1.9. Alternative Familienformen	10
2.1.10. <i>Zusammenfassung: Demographische Entwicklungen</i>	11
2.2. Politische Hintergründe des Kinderwunsches	11
2.3. Ökonomische Hintergründe des Kinderwunsches	13
2.3.1. Was kosten Kinder?	13
2.3.2. Subjektive Bewertung der ökonomischen Situation durch die Familien	13
2.3.3. Armut bei Kindern, Jugendlichen und Familien	14
2.3.4. Familienformen und Armut	15
2.3.5. Kinder und Erwerbsarbeit	15
2.3.6. <i>Zusammenfassung: Politische und ökonomische Hintergründe</i>	17
2.4. Soziologische Hintergründe des Kinderwunsches	17
2.4.1. Individualisierung	17
2.4.2. Familie und Beruf	18
2.5. Psychologische Hintergründe des Kinderwunsches	19
2.5.1. Subjektiver Stellenwert von Familie und Kindern	19
2.5.2. Motive des Kinderwunsches	20
2.5.3. Prädiktoren des Kinderwunsches	21
2.5.4. <i>Zusammenfassung: Soziologische und psychologische Hintergründe</i>	21

2.6.	Zusammenfassende Bemerkungen zu Familie und Kindern	22
2.7.	Besondere Betrachtung des Kinderwunsches bei Essstörungen und ihren subklinischen Vorformen	23
2.7.1.	Essstörungen	23
2.7.2.	Subklinische Essstörungen	24
2.7.3.	(Subklinische) Essstörungen und Kinderwunsch	24
3.	Ziele der Untersuchung, Fragestellungen und Hypothesen	26
3.1.	Zielsetzungen	26
3.2.	Fragestellungen und Hypothesen	26
4.	Methodik	31
4.1.	Untersuchungsgruppen	31
4.2.	Studiendesign	32
4.3.	Messinstrumente und Operationalisierung der Hypothesen	33
4.3.1.	Ausprägung und Stärke des Kinderwunsches	33
4.3.2.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch	34
4.3.3.	Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie	35
4.3.4.	Prädiktoren des Kinderwunsches	37
4.3.5.	Subklinische Essstörungen	39
4.3.6.	Soziodemographische Fragen	41
4.4.	Untersuchungsablauf	42
4.4.1.	Pilotstudie	42
4.4.2.	Rekrutierung der Schülerstichprobe	43
4.4.3.	Rekrutierung der studentischen Stichprobe	44
4.4.4.	Durchführung der Befragungen	45
4.5.	Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe	46
4.6.	Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe	51
4.7.	Statistische Auswertungsverfahren	52
5.	Ergebnisse	53
5.1.	Ausprägung des Kinderwunsches in der Gesamtstichprobe	53
5.1.1.	Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches in den soziodemographischen Teilstichproben	53
5.1.2.	Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches von subklinisch essgestörten und nicht-essgestörten Probandinnen	54

5.1.3.	Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches von subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz	54
5.1.4.	<i>Zusammenfassung: Ausprägung des Kinderwunsches</i>	55
5.2.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch	56
5.2.1.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch im Zusammenhang mit der Ausprägung des Kinderwunsches	56
5.2.2.	Vergleich der Kinderwunschemotive und der Einstellungen zum Kinderwunsch in den soziodemographischen Teilstichproben	58
5.2.3.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen	60
5.2.4.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz	61
5.2.5.	Kinderwunsch-Index	62
5.2.6.	<i>Zusammenfassung: Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch</i>	63
5.3.	Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie	65
5.3.1.	Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie im Zusammenhang mit der Ausprägung des Kinderwunsches	65
5.3.2.	Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie in den soziodemographischen Teilstichproben	66
5.3.3.	Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen	67
5.3.4.	Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz	68
5.3.5.	<i>Zusammenfassung: Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie</i>	68

5.4.	Prädiktoren des Kinderwunsches	69
5.4.1.	Univariate Analyse	69
5.4.2.	<i>Zusammenfassung 1: Prädiktoren des Kinderwunsches (univariate Analyse)</i>	75
5.4.3.	Multivariate Analyse	75
5.4.3.1.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches in der Gesamtstichprobe	76
5.4.3.2.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den weiblichen Probanden	77
5.4.3.3.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den männlichen Probanden	78
5.4.3.4.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Schülern und Studenten	78
5.4.3.5.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Probanden aus den neuen (NBL) und aus den alten Bundesländern (ABL)	79
5.4.3.6.	Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen im Vergleich zu Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für Essstörungen	79
5.4.4.	<i>Zusammenfassung 2: Prädiktoren des Kinderwunsches (Multivariate Analyse)</i>	81
6.	Diskussion der Ergebnisse	82
6.1.	Inhaltliche Diskussion	82
6.1.1.	Ausprägung des Kinderwunsches	82
6.1.2.	Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch	84
6.1.3.	Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie	87
6.1.4.	Prädiktoren des Kinderwunsches	89
6.1.5.	Kinderwunsch und subklinische Essstörungen	90
6.2.	Methodische Diskussion	93
6.3.	Stellenwert des Projekts	95
6.4.	Ausblick	96

Anhang:

Literaturverzeichnis

Fragebogen

Danksagung

Lebenslauf

Ehrenwörtliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

Aus.	Ausland
Abb.	Abbildung
ABL	Alte Bundesländer
BMI	Body Mass Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSRI	Bem Sex-Role-Inventory
CDU	Christlich Demokratische Union
DDR	Deutsche Demokratische Republik
df	Anzahl der Freiheitsgrade
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
EAT	Eating Attitudes Test
F	Prüfgröße beim F-Test zur Analyse von Mittelwertsunterschieden bzw. Varianzen
f.A.	fehlende Angabe
FFS	Family Fertility Survey
FH	Fachhochschule
GSP	Gesamtstichprobe
HR	Hohes Risiko
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
Kap.	Kapitel
KW	Kinderwunsch
LEK	Leipziger Fragebogen zu Einstellungen zum Kinderwunsch
LKM	Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschnativen
M	Mittelwert
MR	Mittleres Risiko
n	Anzahl der Probanden
NBL	Neue Bundesländer
NR	Niedriges Risiko
n.s.	nicht signifikant
p	Signifikanzniveau
Prob.	Probanden
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
s	Standardabweichung
t	Prüfgröße beim t-Test zur Analyse von Mittelwertsunterschieden
Tab.	Tabelle
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
χ^2	Prüfgröße beim Chi-Quadrat-Verfahren zur Analyse von Häufigkeiten
ZB	zulassungsbeschränkt
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen

Zusammenfassung

In Deutschland findet ein dramatischer demographischer Wandel statt. Die zunehmende Überalterung der Gesellschaft wird besonders durch niedrige Geburtenziffern verursacht. Bisher gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien, die die Motive des Einzelnen und eines Paares, sich Kinder zu wünschen und sich unter den vielen Optionen der Lebensgestaltung für ein Leben mit Kindern zu entscheiden, erforschen. In der vorliegenden Arbeit sollte eine umfassende Untersuchung des Kinderwunsches von weiblichen und männlichen Jugendlichen aus Ost- und Westdeutschland durchgeführt werden. Dabei wurde dem Wunsch nach Kindern ein multikausales, bio-psycho-soziales Erklärungsmodell zugrunde gelegt. Es sollten die Ausprägung des Kinderwunsches, Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch erfasst werden. Außerdem sollte das Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand auf der einen sowie Kindern und Familie auf der anderen Seite untersucht werden. Es sollten Prädiktoren beschrieben werden, die mit einem hohen bzw. niedrigen Kinderwunsch einher gehen. Der Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probandinnen wurde einer gesonderten Betrachtung unterzogen und erstmals wissenschaftlich erforscht.

In der vorliegenden epidemiologischen Querschnittsstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 736 Schülern und Studenten mit standardisierten Selbsteinschätzungs-Fragebögen sowie selbst erstellten Items untersucht. Die Ausprägung des Kinderwunsches wurde mit einem Summenwert gemessen. Die Stichprobe wurde in Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Kinderwunsch differenziert. 15,4% der Studienteilnehmer zeigten eine niedrige, 39% eine mittlere und 45,6% eine hohe Ausprägung des Kinderwunsches. Der Kinderwunsch der Probanden aus den alten Bundesländern war signifikant niedriger ausgeprägt als der Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern. Die Kinderwunschnotive und die Einstellungen zum Kinderwunsch der Probanden wurden mit dem Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschnotiven (LKM) und dem Leipziger Fragebogen zu Einstellungen zum Kinderwunsch (LEK) ermittelt. Die Skalen „emotionale Stabilisierung und Sinnfindung“ sowie „soziale Stereotype“ korrelierten am stärksten positiv und hoch signifikant mit der Ausprägung des Kinderwunsches. Je höher dagegen die „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ und „persönlichen Einschränkungen“ war, desto signifikant niedriger fiel der Kinderwunsch aus. In der multivariaten Analyse trugen die genannten Skalen hoch signifikant zur Aufklärung der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches bei. Die Schüler äußerten signifikant größere Befürchtungen hinsichtlich materieller und persönlicher

Einschränkungen sowie signifikant pessimistischere Zukunftserwartungen im Zusammenhang mit eigenen Kindern als die Studenten. Auffällig war außerdem, dass besonders weibliche Versuchsteilnehmer die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit Kindern bemängelten und sich vor materiellen Beeinträchtigungen sorgten. Mit drei Summenwerten und einer Skala aus Items des „Family Fertility Survey“ (FFS) wurde die Orientierung der Probanden im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand sowie Kindern/Familie gemessen. Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte vor allem bei den weiblichen Probanden negativ mit einer hohen Orientierung an Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand. Den Schülern war letzteres signifikant wichtiger als den Studenten. Studenten zogen signifikant stärker die Familie und Kinder vor. Die ostdeutschen Studienteilnehmer waren signifikant familienfreundlicher eingestellt als die westdeutschen Probanden.

Prädiktoren für einen hohen Kinderwunsch waren die Herkunft aus einem Elternhaus mit einer gut ausgebildeten und vollzeit erwerbstätigen Mutter, gute Leistungen in Schule und Studium, eine eher altruistische Orientierung sowie die Zustimmung zu „femininen“ Eigenschaften (alles signifikant).

Bei den subklinisch essgestörten Probandinnen fiel auf, dass der Kinderwunsch der jungen Frauen mit anorektischer Tendenz signifikant niedriger ausgeprägt war als der Kinderwunsch der nicht-essgestörten Probandinnen und der Teilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz. Letztere erhofften sich in besonderem Maße eine emotionale Stabilisierung von eigenen Kindern. Hinsichtlich eigener Kinder äußerten subklinisch Essgestörte im Vergleich zu Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung eine signifikant größere Angst vor materiellen und persönlichen Beeinträchtigungen sowie vor Einschränkungen ihrer Selbstverwirklichung und Karriere.

Aufgrund der hohen Teilnahmequoten konnte durch die vorliegende Arbeit ein repräsentativer Überblick über die Ausprägung des Kinderwunsches von Schülern und Studenten gegeben werden. Erstmals wurden die psychologischen Kinderwunschemotive und die Einstellungen zum Kinderwunsch speziell in dieser Altersgruppe untersucht. Mittels selbst entwickelter Messinstrumente konnten Einstellungen und Lösungsstrategien der jungen Menschen hinsichtlich des zentralen Problems der Vereinbarkeit von Kindern und Karriere erfasst werden. Es wurden Prädiktoren ermittelt, die die Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches sehr zufriedenstellend aufklären konnten. Die Ergebnisse zum Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Teilnehmerinnen stellen neue Erkenntnisse zur Ätiopathogenese, Prävention und Therapie von Essstörungen dar.

1. Einleitung

In Deutschland findet ein demographischer Wandel statt, der alarmierend ist: Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2000) wird die Einwohnerzahl Deutschlands bis zum Jahr 2050 auf 65 Millionen sinken, werden im Jahr 2020 zwei Personen im Erwerbsalter auf einen über 60jährigen Menschen entfallen und rund ein Drittel der Frauen des Geburtsjahrgangs 1965 kinderlos bleiben. Fast alle Industrienationen kämpfen mit sinkenden Bevölkerungszahlen. Deutschland weist besonders niedrige Geburtenziffern auf. Die Auswirkungen einer vergreisenden und schrumpfenden Bevölkerung auf die sozialen Sicherungssysteme sind dramatisch. Junge Arbeitskräfte, Steuerzahler und Konsumenten fehlen für ein dauerhaftes, dynamisches Wirtschaftswachstum.

Sinkende Geburtsraten haben vielfältige Ursachen. Kinder kosten die Eltern sehr viel Geld. Durch die Unterbrechung des Berufslebens für die Betreuung von Kindern vermindern sich außerdem das Einkommen, die Erwerbschancen und die Altersvorsorge. Neben der Arbeitslosigkeit stellen Kinder in Deutschland das höchste Armutsrisiko dar. Betroffen sind vor allem die Frauen, die den Großteil der Familienarbeit leisten. Nach der Geburt eines Kindes kehrt meist die traditionelle Rollenverteilung wieder, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gestaltet sich schwierig.

Für Ausbildung, berufliche Mobilität und Flexibilität sowie zum Erhalt biographischer Wahlmöglichkeiten wird die Geburt eines Kindes möglichst lange hinausgezögert. Bei erheblich steigendem Infertilitätsrisiko von Frau und Mann ab dem 30. Lebensjahr führt das Aufschieben des Kinderwunsches häufig in eine endgültige, ungewollte Kinderlosigkeit.

Dabei wünschen sich fast alle jungen Menschen Kinder. Umfragen belegen den hohen Stellenwert, der Familie und Kindern auch heute beigemessen wird. Welche Gründe sind es, die junge Menschen angesichts der zahlreichen Optionen der Lebensgestaltung zu dieser Einstellung bewegen?

Es gibt bisher wenige wissenschaftliche Studien, die die psychologischen Motive des Einzelnen und eines Paares, sich Kinder zu wünschen und diesen Wunsch in die Tat umzusetzen, erforschen. Gründe hierfür sind die bisher noch ausstehende, wissenschaftliche Definition des Kinderwunsches sowie das komplexe, zahlreiche Fachgebiete (z. B. Psychologie, Soziologie, Medizin, Ökonomie, Politik usw.) berührende Bedingungsgefüge, in dem die Ursachen für die Entstehung und Verwirklichung des Kinderwunsches zu suchen sind.

In der vorliegenden Arbeit soll eine umfassende Untersuchung des Kinderwunsches von weiblichen und männlichen Schülern und Studenten aus Ost- und Westdeutschland durchgeführt werden. Dabei wird dem Wunsch nach Kindern ein multikausales, bio-psycho-soziales Erklärungsmodell zugrunde gelegt. Es sollen die **Ausprägung des Kinderwunsches, Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch** erfasst werden. Außerdem wird das **Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand** auf der einen sowie **Kindern und Familie** auf der anderen Seite untersucht. Es werden Prädiktoren beschrieben, die mit einem hohen bzw. niedrigen Kinderwunsch einher gehen.

Der **Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probandinnen** wird einer gesonderten Betrachtung unterzogen und erstmals wissenschaftlich erforscht. Schätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) zufolge leiden in Deutschland mehr als 100.000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an der Magersucht (Anorexia nervosa). Rund 600.000 Frauen sind von der Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) betroffen. Weltweit zeigt sich ein starker Anstieg der Prävalenzraten. Die genauen Ursachen und Risikofaktoren sind, trotz vieler Studien, noch nicht eindeutig aufgeklärt. Die bisherigen Forschungsergebnisse belegen, dass Essstörungen sehr schwere Krankheitsbilder darstellen. Sie sind durch die höchste Mortalitätsrate aller psychiatrischen Erkrankungen und die Tendenz zur Chronifizierung gekennzeichnet. Sie erweisen sich als schwer therapierbar und oft als therapieresistent. Um geeignete präventive und therapeutische Konzepte entwickeln zu können, müssen die Entstehungsbedingungen und die Ätiopathogenese dieser Krankheiten genauer untersucht werden.

Die Erforschung des Kinderwunsches als Bestandteil der Geschlechtsrollenidentifikation, deren gestörte Entwicklung eine zentrale Ursache von Essstörungen darstellt, ist von besonderem Interesse. Die Untersuchung von *subklinisch* essgestörten Probandinnen bietet den Vorteil, dass die Effekte einer schweren, chronischen Erkrankung, insbesondere der Infertilität, fehlen. Auf diese Weise können Ursachen von Folgeerscheinungen unterschieden und Rückschlüsse auf mögliche ätiologische Faktoren gezogen werden. Für diese Ziele werden die Probandinnen hinsichtlich ihres Risikos für die Entwicklung einer Essstörung klassifiziert. Außerdem wird zwischen subklinischen Essstörungen anorektischer und bulimischer Tendenz differenziert.

2. Bisheriger Erkenntnisstand

In diesem Kapitel sollen zunächst die demographischen Entwicklungen, die z.B. die Geburtsraten, die Altersstruktur der Bevölkerung oder das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes in der gegenwärtigen deutschen Gesellschaft beeinflusst haben, dargestellt werden. Weiterhin werden politische, ökonomische und soziologische Faktoren, die als Hintergrund des Wunsches nach einem Kind bzw. für das Leben mit Kindern in Deutschland gelten können, näher erläutert. Psychologische Motive spielen bei dem Wunsch nach und der Entscheidung für oder gegen eigene Kinder eine wichtige Rolle. Der bisherige wissenschaftliche Erkenntnisstand hierzu wird vorgestellt. Am Ende dieses einführenden Kapitels erfolgt eine gesonderte Betrachtung des Kinderwunsches bei essgestörten Personen.

2.1. Demographische Entwicklungen in Deutschland

2.1.1. Geburtenziffern

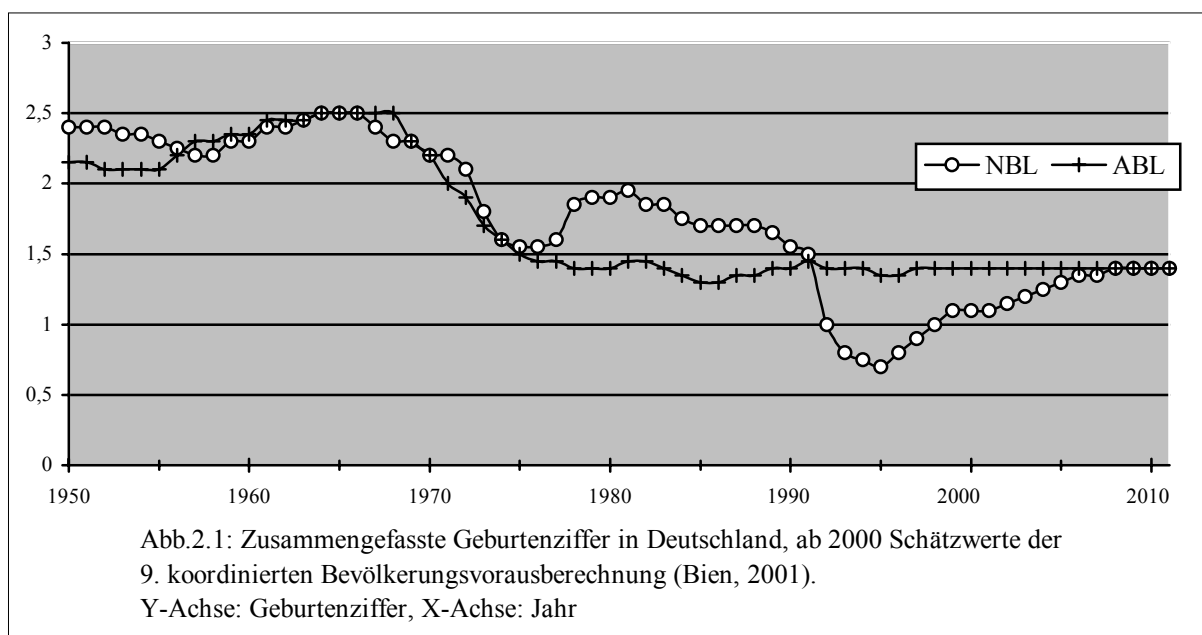
Um 1900 hatten in Deutschland 1000 Frauen durchschnittlich 4500 Kinder (Dorbritz, 1999). In den folgenden Jahrzehnten erfuhr dieser Wert, bedingt durch zwei Weltkriege, eine starke Wellenbewegung. 1965 gebaren 1000 Frauen sowohl in der BRD als auch in der DDR durchschnittlich 2500 Kinder. Dies war nach 1945 der vorläufige Höchstwert (Dorbritz, 1999).

Seit 1965 fiel die Zahl der Geburten in der BRD bis 1975 auf einen Wert von ca. 1400 Kindern auf 1000 Frauen (Dorbritz, 1999). In den alten Bundesländern hat sich seither die Geburtenziffer bei **1,3 bis 1,4** eingepegelt (Engstler, 1999). Die Geburtenziffer ist gleich Anzahl der lebend geborenen Kinder pro Jahr je 1000 Frauen zwischen 15 und 50 Jahren. Die absolute Zahl der lebend geborenen Kinder allein ist als Maß für die Reproduktionsaktivität nicht hinreichend, da sie, aufgrund unterschiedlicher Jahrgangsstärken der jeweiligen Elterngeneration, selbst bei gleicher Geburtenziffer stark schwanken kann.

In der DDR verlief der Abwärtstrend der Kinderzahlen etwas unregelmäßiger und langsamer. Kurz vor der politischen Wende 1989 wurden dort rund 1600 Kinder von 1000 Frauen geboren (Dorbritz, 1999). Nach 1989 fielen alle bevölkerungsrelevanten Daten in den neuen Bundesländern drastisch ab. Dies wird von Dorbritz (1999) als „**demographic shocks**“ bezeichnet und als *„der kollektive Verzicht auf Eheschließungen, Geburt von Kindern und Ehescheidungen als Reaktion auf den umfassenden Austausch aller sozialen Institutionen in*

Ostdeutschland“ (S. 19) definiert. 1992 wurden auf dem Gebiet der ehemaligen DDR von 1000 Frauen 830 Kinder geboren (Dorbritz, 1999), d.h. nur noch die Hälfte von 1989. 1994 wurde der vorläufig niedrigste Stand der Geburtenziffer mit **0,7** erreicht (Bien, 2001). 1995 erhöhte sich die Zahl der Geburten im Vergleich zum Vorjahr erstmals wieder (Engstler, 1999). 1998 betrug die Geburtenziffer in den neuen Bundesländern **1,1** (Bien, 2001).

In der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird eine konstante Geburtenziffer von 1,4 für die BRD prognostiziert, d.h. ein Anstieg der Geburtenziffer in den neuen Bundesländern auf das Niveau der alten Bundesländer. Nach Schätzungen von Bevölkerungswissenschaftlern wäre für den Fortbestand der Bevölkerung eine Geburtenziffer von 2,1 notwendig (Bien, 2001).



In der EU stieg, Angaben des Eurostat (Eurostat, 2001) zufolge, im Jahr 2000 die Zahl der Lebendgeburten um 1,3% im Vergleich zum Vorjahr. Während in Irland (14,6), Frankreich (13,1), Luxemburg und den Niederlanden (je 13,0) die meisten Kinder je 1000 Einwohner geboren wurden, verzeichneten Deutschland (9,2), Italien und Österreich (je 9,7) die niedrigsten Bruttogeburtenziffern (Bruttogeburtenziffer = Anzahl der geborenen Kinder je 1000 Einwohner und Jahr). Ohne Zuwanderung wäre die Bevölkerung in Deutschland im Vergleich zum Jahr 1999 um knapp eine Million Einwohner geschrumpft (Eurostat, 2001).

Da in Deutschland mehr Menschen pro Jahr sterben als geboren werden, würde, nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, Juli 2000), die Einwohnerzahl Deutschlands im Jahr 2050 auf ca. 65 Millionen sinken und damit

um 17 Millionen innerhalb von 50 Jahren abnehmen. In dieses Modell wurde bereits eine jährlichen Zuwanderung von 100.000 Immigranten eingerechnet.

2.1.2. Altersstruktur der Bevölkerung

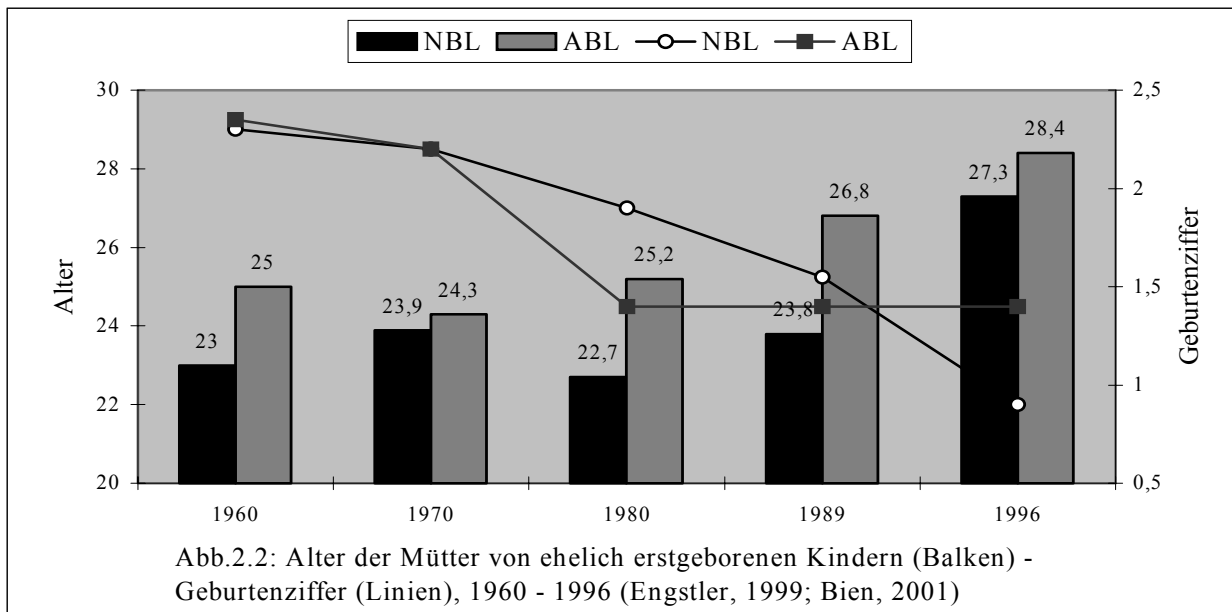
1997 waren 28,1 Millionen Menschen in Deutschland (34,3% der Gesamtbevölkerung) in einem Alter von bis zu 30 Jahren. Der Anteil der Kinder im Pflichtschulalter (6 bis unter 18 Jahren) fiel von 20% (1950) auf 14% (1997). Der Anteil der 15- bis unter 30jährigen ging im selben Zeitraum von 21% auf 18% zurück (Statistisches Bundesamt, März 2000).

Der Vergleich der „Alterspyramide“ der Bevölkerung des Deutschen Reiches im Jahr 1910 und der Bevölkerung Deutschlands 1997 zeigt, dass die typische Pyramidenform des Jahres 1910, deren breiter Fuß den damaligen Kinderreichtum widerspiegelt (45,5% der Bevölkerung waren unter 21 Jahre alt), von einer urnenartigen Form abgelöst wurde. Auf einem schmalen Sockel geburtenschwacher Jahrgänge der letzten 25 Jahre formen die Jahrgänge des „Babybooms“ der sechziger Jahre einen starken Mittelbau (Statistisches Bundesamt, März 2000).

Die künftige Alterspyramide wird zunehmend einem Pilz ähneln. Ein Anstieg der Geburten ist nicht in Sicht, die Lebenserwartung wird wahrscheinlich weiter zunehmen. 2020 entfallen schätzungsweise zwei Personen im Erwerbsalter auf einen über 60jährigen Menschen (Statistisches Bundesamt, März 2000). Im Jahr 2050 wird es doppelt so viele Menschen geben, die über 59 Jahre alt sind als Personen, die unter 20 Jahre alt sind. Dies entspräche einer Umkehrung des Verhältnisses von 1950 (Statistisches Bundesamt, Juli 2000).

2.1.3. Durchschnittliches Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes

Das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes stieg an. 1970 wurde eine verheiratete Frau durchschnittlich mit 24,3 Jahren in der BRD und mit 23,9 Jahren in der DDR das erste Mal Mutter. 1996 hatte sich das Alter der erstgebärenden, verheirateten Frauen auf 28,4 Jahre in den alten Bundesländern (ABL) bzw. 27,3 Jahre in den neuen Bundesländern (NBL) erhöht. Ein ähnlicher Anstieg zeigte sich auch bei den unverheirateten Frauen bei der Geburt des ersten Kindes. 1996 waren Frauen in den NBL, die zum ersten Mal Mutter wurden, durchschnittlich dreieinhalb Jahre älter als Erstgebärende kurz vor der politischen Wende. Ostdeutsche Frauen bekommen allerdings immer noch ein bis zwei Jahre früher als westdeutsche Frauen ihr erstes Kind (Engstler, 1999). Abbildung 2.2 verdeutlicht das Absinken der Geburtenziffern bei gleichzeitigem Anstieg des Alters der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes.



2.1.4. Durchschnittliches Alter bei der ersten Heirat

Das Erstheiratsalter steigt seit 1975 kontinuierlich an. Damals heirateten in der BRD Männer mit durchschnittlich 25,3 Jahren und Frauen mit durchschnittlich 22,7 Jahren. Die ostdeutschen Brautpaare waren noch etwas jünger (Männer ca. 24 Jahre, Frauen knapp 22 Jahre). Noch 1989 waren Frauen in der DDR bei ihrer Eheschließung im Mittel 23,7 Jahre alt (Engstler, 1999). Das Alter, in dem eine erste Ehe eingegangen wird, nähert sich zwischen Brautpaaren aus den alten (Frauen: 27,7 Jahre, Männer: 30,1 Jahre [Statistisches Bundesamt, März 2000]) und neuen Bundesländern (Frauen: 26,7 Jahre, Männer: 29 Jahre) an. Dies ist auf eine deutliche Zunahme des Eheschließungsalters in den NBL zurückzuführen (Engstler, 1999).

2.1.5. Kinderlosigkeit

Die Kinderlosigkeit nimmt zu. Von 1957 (4,4 Mio.) bis 1999 (7,7 Mio.) ist in den ABL der Anteil der Ehepaare ohne Kinder an allen Familien von 29,1% auf 42,7% angestiegen. Der Anteil der Familien mit Kindern fiel entsprechend von 70,9% auf 57,3%. In den NBL kann man seit 1991 eine vergleichbare Entwicklung erkennen (Statistisches Bundesamt, Juni 2000). Im früheren Bundesgebiet blieben 13% der 1945 geborenen Frauen und 15% des Frauenjahrgangs 1950 kinderlos. Schätzungsweise wird der Anteil der kinderlosen Frauen des Jahrgangs 1960 auf ein Viertel bzw. des Jahrgangs 1965 auf bis zu einem Drittel aller Frauen steigen (Dorbritz, 1999). Frauen, die räumlich besonders mobil sind, sind sogar zu über 50% kinderlos (Jurczyk, 2002). Auffällig hoch ist auch der Anteil der kinderlosen Frauen mit

Fachhochschul- und Hochschulabschluß. 40% der 35-39jährigen westdeutschen Akademikerinnen haben keine Kinder (Engstler, 1999).

Die DDR war demgegenüber durch zwei Besonderheiten gekennzeichnet:

1. Trotz relativ niedriger Kinderzahlen (auch die DDR gehörte zu den „low fertility countries“) gab es einen ausgeprägten Trend zur Familiengründung. Kinderlosigkeit war selten (Geburtsjahrgang 1955: 6,2%, Geburtsjahrgang 1960: 10,6%) (Dorbritz, 1999).
2. Die Fertilität variierte hinsichtlich des Bildungsabschlusses der Frauen kaum. 1996 waren 91% der 35-39jährigen ostdeutschen Akademikerinnen Mütter (Engstler, 1999).

Seit der Wende ist ein Trend zur Angleichung der Häufigkeit und der Bildungsabhängigkeit von Kinderlosigkeit ostdeutscher Frauen an westdeutsche Verhältnisse festzustellen (Dorbritz, 1999, Engstler, 1999).

2.1.6. Familienformen, in denen Kinder aufwachsen

1996 lebten 57% der Bevölkerung Deutschlands in einem Zwei-Generationen-Familienhaushalt mit Kindern. 2% der Einwohner lebten in einem Haushalt mit drei oder mehr Generationen (Engstler, 1999).

1998 zählte das Statistische Bundesamt fast 9,4 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. Davon waren 80% Ehepaare, 15% Alleinerziehende ohne Lebenspartner und 5% nichteheliche Lebensgemeinschaften (Statistische Bundesamt, März 2000).

Die Zahl der Einzelkinder nahm in den ABL in den letzten Jahren ab. Westdeutsche Paare bekommen zunehmend entweder keine oder mindestens zwei Kinder. In den NBL setzt sich dagegen der Trend, der schon in der DDR kennzeichnend war, zur Beschränkung auf ein Kind fort (Engstler, 1999).

1998 wuchsen in ganz Deutschland 24,3% der Kinder ohne, 48% mit einem Geschwister auf, 19% mit zwei und 8,7% mit drei oder mehr Geschwistern auf (Statistisches Bundesamt, März 2000).

2.1.7. Eheschließungen

Die Anzahl der Frauen und Männer, die zum ersten Mal eine Ehe schließen, geht zurück. Ca. 95% des Geburtsjahrganges 1930 heiratete. Dagegen wird geschätzt, dass ca. 20% der Frauen und knapp 30% der Männer aus den ABL und 10% der Frauen und knapp 20% der Männer aus den NBL des Geburtsjahrganges 1960 nicht heiraten werden. Die Heiratsrate sinkt zwar in allen Bildungsgruppen, aber überdurchschnittlich viele Frauen und Männer mit einem Hochschulabschluß bleiben ledig (Engstler, 1999).

2.1.8. Scheidungen

Deutschland gehört zu den Ländern mit einem **hohen Scheidungsniveau**. Seit 1992 nahm in den ABL die Scheidungshäufigkeit erneut zu. 1992 wurden ca. 30%, 1996 35,3% der Ehen geschieden (Dorbritz, 1999).

Das Scheidungsniveau in der DDR, in der u.a. andere rechtliche Voraussetzungen für Scheidungen galten, erreichte bereits in den achtziger Jahren hohe Werte (1986: 39,2%). Als Teil der „demographic shocks“ sank die Scheidungshäufigkeit 1992 auf einen Tiefstand (7,8%). Bis 1996 hatte sich dieser Wert wieder „erholt“ und belief sich auf 21,3% mit steigender Tendenz (Dorbritz, 1999).

Bei 188.000 Ehescheidungen insgesamt erlebten 1997 163.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren die Scheidung ihrer Eltern (Statistisches Bundesamt, März 2000). Nach einer amtlichen Statistik aus dem Jahr 1995 waren in den ABL 14% der minderjährigen Kinder des Ehejahrganges 1975 von der Scheidung ihrer Eltern betroffen (Engstler, 1999).

2.1.9. Alternative Familienformen

Nach Ergebnissen des Mikrozensus **1996 lebte die Mehrheit (59,9%) der erwachsenen Bundesbürger in Ehe** (Glatzer, 1998). Allerdings befinden sich die Haushalts- und Familienformen in Deutschland in den letzten Jahrzehnten in einem Prozess der Pluralisierung und Singularisierung (Peukert, 1991). **Die Familienform Ehe nimmt zugunsten einer Vielzahl von Alternativen in den letzten Jahren ab.**

Viele Menschen leben allein (19,4% der erwachsenen Bevölkerung). Fast jeder zweite Haushalt in Großstädten mit mehr als einer halben Million Einwohner ist ein „Single-Haushalt“ (Statistisches Bundesamt, März 2000).

1996 gab es 1,64 Millionen **Alleinerziehende** in Deutschland, davon 85,5% Frauen. Ca. drei Fünftel von ihnen sind verheiratet getrennt lebend oder geschieden, ein Fünftel verwitwet und ein Fünftel ledig (Engstler, 1999).

Weder Singles noch Alleinerziehende weisen jedoch vergleichbare Zuwachsraten wie die **nichtehelichen Lebensgemeinschaften** auf (Glatzer, 1998). 2,1 Millionen Menschen lebten 1999 in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft. Dies bedeutet eine Steigerung um 47,5% gegenüber 1991. Seit 1972 hat sich die Zahl der „wilden Ehen“ um das elffache erhöht (Statistisches Bundesamt, Juni 2000). Überdurchschnittlich viele junge Menschen leben in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, die häufig einer Ehe vorausgeht (Statistisches Bundesamt, März 2000).

Die NBL zeichnen sich dadurch aus, dass der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften weitaus höher ist als in den ABL. Glatzer (1998) verweist darauf, dass die Situation in den NBL damit mehr den protestantisch geprägten, nordeuropäischen Ländern entspricht, während die Zahlen in den ABL mehr den konfessionell gemischten, mitteleuropäischen Ländern gleichen, aber noch deutlich über den Verhältnissen in den katholischen, südeuropäischen Ländern liegen.

Als weitere Besonderheit in den NBL wachsen zunächst 40% der Kleinkinder bei einem unverheirateten Elternpaar auf. Mit zunehmenden Alter der Kinder nimmt dieser Anteil aber wieder ab, da viele Eltern später heiraten. In den ABL sind die jüngeren Paare in nichtehelicher Lebensgemeinschaft überwiegend kinderlos (Glatzer, 1998). Die Kinder werden meist erst nach der Eheschließung geboren.

Gemeinsam ist den Alleinerziehenden und den unverheirateten Paaren (durchschnittlich 1,44 Kinder je Paar) sowohl in den ABL als auch in den NBL, dass sie weniger kinderreich als verheiratete Eltern (ABL: durchschnittlich 1,73 Kinder je Paar, NBL: 1,60) sind (Engstler, 1999; Statistisches Bundesamt, Juni 2000).

2.1.10.: Zusammenfassung: Demographische Entwicklungen

In den letzten Jahrzehnten waren die demographischen Entwicklungen in Deutschland von einer sinkenden Geburtenziffer, zunehmender Alterung der Gesellschaft, steigendem Alter der Paare bei Geburt des ersten Kindes und Heirat, wachsender Kinderlosigkeit, sinkender Eheschließungs- und steigender Scheidungsraten geprägt. Kinder wachsen zu 80% bei verheirateten Eltern auf. Die Familienform Ehe dominiert, nimmt aber zugunsten einer Vielzahl von Alternativen ab. Die demographische Situation in der DDR war durch zahlreiche Besonderheiten gekennzeichnet. Die politische Wende 1989 führte zu einem drastischen Abfall aller bevölkerungsrelevanter Daten in den neuen Bundesländern. Eine Erholung bzw. eine Angleichung an die Verhältnisse in den alten Bundesländern ist abzusehen.

2.2. Politische Hintergründe des Kinderwunsches

Das Grundgesetz stellt in Artikel 6, §1 Ehe und Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung (Bundeszentrale für politische Bildung, 1991).

Die Politik der letzten zwei Jahrzehnte vernachlässigte Familien (Altersvorsorge, Steuerrecht usw.), so dass das Bundesverfassungsgericht in einem Aufsehen erregenden Grundsatzurteil vom 10. November 1998 eine Benachteiligung von Familien gegenüber anderen

Lebensformen (siehe auch Kap.2.3.) feststellte und den Gleichheitssatz des Grundgesetzes verletzt sah. Es wurde eine umfangreiche finanzielle Entlastung von Familien gefordert (Süddeutsche Zeitung, 1999).

Die Bundesregierung kam diesen Forderungen bisher teilweise nach, indem sie z.B. das Kindergeld in zwei Stufen um 50 DM pro Monat für das erste und zweite Kind erhöhte, den steuerlichen Grundfreibetrag und die Einkommensgrenze für das Erziehungsgeld an hob. Auch die Flexibilisierung des Erziehungsurlaubs (jetzt „Elternzeit“ genannt) und der Anspruch auf Teilzeitarbeit sind Teile eines Familienförderungsprogrammes, das vielfältige Familienformen annehmen und eine gleichberechtigte Rollenverteilung fördern will (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2000). Dennoch stellen soziale Ungleichheiten zwischen einem Familien und einem Nicht-Familiensektor (siehe auch Kap.2.4.1.) und die schwierige Vereinbarkeit von Kindern und Beruf weiterhin eine Belastung für die Familien dar, die die Entscheidung für und das Leben mit Kindern erschweren (Bien et al., 2000).

Es gibt weiterhin Reformbedarf. Ein wichtiger Teilsapekt sind die außerfamiliären Kinderbetreuungsangebote. Im europaweiten Vergleich liegt Deutschland hinter vielen anderen Ländern, in denen ein umfassenderes Angebot an Tageseinrichtungen und Kindergärten für Kinder von 0-6 Jahre gegeben ist. Auch Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder im Schulalter bzw. Ganztageschulen sind in Deutschland seltener als in anderen europäischen Ländern (Engstler, 1999, BMFSFJ, 2000). In den NBL ist die Versorgung mit Kinderbetreuungseinrichtungen traditionell noch breiter, dennoch lassen im Vergleich zur Geburtenhäufigkeit überproportional sinkende Landeszuschüsse und sinkende Tageseinrichtungsplätze, z.B. in Thüringen (Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaats Thüringen, 2000), vermuten, dass sich die Verhältnisse den ABL angleichen werden.

Untersuchungsergebnisse der Bundesanstalt für Arbeit zur „Elternzeit“ zeigen, dass nur die Hälfte aller Erziehungsurlauberinnen nach drei Jahren wieder erwerbstätig wird, davon nur ein Viertel auf ihrer alten Stelle (Engstler, 1999). Neben den Reformen von Gesetzen und der staatlichen Leistungen bedarf es einer beharrlichen Überzeugungsarbeit in den Betrieben für ein kinderfreundlicheres Umfeld.

2.3. Ökonomische Hintergründe des Kinderwunsches

2.3.1. Was kosten Kinder?

(Potenzielle) Eltern haben eine Vorstellung über die Kosten von Kindern. Diese Erwägungen beeinflussen die Entscheidung für oder gegen (weitere) Kinder (Becker, 1982)

Die finanziellen Aufwendungen, die Eltern für ihre Kinder tragen müssen, sind schwer standardisiert zu berechnen. Es besteht keine Einigkeit darüber, welche Kostenfaktoren einbezogen werden sollen und wie ihr Wert zu veranschlagen ist. Galler (1988) weist darauf hin, dass Eltern nicht nur für Nahrungsmittel, Kleidung, Körperpflege, zusätzlichen Wohnraum, Energiekosten usw. der Kinder aufkommen müssen. Durch die Betreuung von Kindern vermindern sich auch das Einkommen, die Erwerbschancen (s.a. Kap.2.3.4.) und die Altersvorsorge. Die sogenannten „Opportunitätskosten“ erhöhen sich mit dem Ausbildungsniveau der Frau, die für ein Kind die Erwerbstätigkeit reduziert oder unterbricht (Habich & Berger-Schmitt, 1998).

Lampert (1996) schätzte, dass ein Kind bis zum 18. Geburtstag 306.000 DM kostet, also 1400 DM monatlich. Gestiegene Lebenshaltungskosten (Roloff, 1999) und die wachsende Kommerzialisierung der Kinderwelt (Weidacher, 1993) lassen vermuten, dass Eltern heute eher noch höhere Beträge aufwenden müssen. Dabei decken die staatlichen Leistungen nur ca. 15% (Lampert, 1996) bis 32% (BMFSFJ, 1995) der Aufwendungen der Eltern.

Den Autoren des 10. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ, 1998) zufolge *„wissen Eltern, dass man sich Kinder 'leisten' können muss, und erwarten nicht, alle Kosten erstattet zu bekommen“* (S.87). Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang aber der Vergleich mit kinderlosen Erwachsenen. Gegenüber deren materiellen Möglichkeiten (s.a. Kap.2.3.3.) fühlen sich Menschen, die Verantwortung für Kinder übernehmen, benachteiligt (BMFSFJ, 1998).

2.3.2.. Subjektive Bewertung der ökonomischen Situation durch die Familien

Wie die Ereignisse nach der politischen Wende 1989/90 in den NBL bewiesen, führt eine Situation, in der viele Menschen eine große Ungewissheit über die nahe Zukunft spüren, zu einem Einfrieren aller demographischen Aktivitäten (Dorbritz, 1999).

Roloff (1999) stellte fest, dass nicht nur die Einkommenshöhe, sondern auch die subjektive Einschätzung der Einkommenssituation den Kinderwunsch beeinflusst. Die förderliche Auswirkung eines zufriedenstellenden Einkommens auf die Verwirklichung des Kinderwunsches wird angenommen. Der direkte, positive Zusammenhang ist allerdings in

wissenschaftlichen Untersuchungen schwer nachzuweisen. Im „Family Fertility Survey“ zeigte sich im Gegenteil, dass Kinderwunsch und Zahl der gewünschten Kinder negativ mit dem Einkommen eines Paares korrelieren. Kiefl & Schmid (1985) sehen einen möglichen Erklärungsansatz in der Erwerbstätigkeit der Frau, die gleichermaßen zur Erhöhung des Familieneinkommens als auch zur Verminderung des Kinderwunsches und der Kinderzahl beiträgt.

2.3.3. Armut bei Kindern, Jugendlichen und Familien

Im folgenden wird als arm definiert, wer entweder Sozialhilfe bezieht oder dessen Einkommen, im Falle von Familien das gewichtete Pro-Kopf-Einkommen, die Hälfte oder weniger des durchschnittlichen Verdienstes in der BRD ausmacht (BMFSFJ, 1998).

Die BRD kann als „75-15-10-Gesellschaft“ charakterisiert werden. 75% der Bürger leben in gesicherten ökonomischen Verhältnissen, 15% erleben zeitweilige und wiederholte, 10% langfristige Armut (Habich et al., 1991).

Dabei ist in Deutschland nach der Altersarmut der 60er Jahre die Armut junger Menschen zum besonderen Problem geworden (BMFSFJ, 1998). 1997 waren 55% der 2,89 Mill. Sozialhilfeempfänger unter 30 Jahre alt. 7,17% der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren lebten von Sozialhilfe. Dieser Anteil übertraf mit deutlichem Abstand den Wert anderer Altersgruppen (Statistisches Bundesamt, März 2000). In der alten BRD lag 1980 der Anteil der Sozialhilfeempfänger in der Altersgruppe der unter 15-jährigen unter 2,5% (Engstler, 1999).

Nach dem Familiensurvey des Deutschen Jugendinstituts von 1995 gelten 15,4% der Kinder als arm (Bertram, 1998). Für Eltern bergen **Kinder neben der Arbeitslosigkeit das höchste Armutsrisiko**. Verglichen mit dem durchschnittlichen Einkommen leben **20% der Familien mit Kindern bis zu sechs Jahren in den NBL bzw. 13% in den ABL in Armut**. Wenn man das durchschnittliche Einkommen der gesamten Bundesrepublik zugrunde legt, erhöht sich der Anteil in den NBL auf 25% (Bertram, 1998).

Obwohl die Armut von Kindern und Jugendlichen eng mit der Armut der Eltern verknüpft ist, muss sie dennoch unter speziellen Aspekten betrachtet werden. Armut schränkt die Erfahrungs-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten des Kindes erheblich ein (BMFSFJ, 1998). Schlechte ökonomische Verhältnisse führen zu physischen (z.B. durch Fehlernährung) und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, Störungen der Sozialentwicklung (Klocke, 1996) und zu niedrigerer Bildung (BMFSFJ, 1998). Schwere Formen von Kindesvernachlässigung findet man vor allem unter armen Familien (Wolff, 1997).

Kindesvernachlässigung hat häufig schwere Störungen der sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung der Betroffenen zur Folge (BMFSFJ, 1998).

2.3.4. Familienformen und Armut

Die - in den ABL früher übliche - Versorgerehe, in der der Mann alleine für den Lebensunterhalt der Familie einer Erwerbsarbeit nachging, wurde von der Zweiverdienerfamilie als dominierendes Familienmodell abgelöst. Alle anderen familiären Lebensformen weisen dagegen ein erhöhtes Armutsrisiko auf (Bertram, 1998). Auch die Autoren des 10. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ, 1998) kommen zu dem Schluss, dass die **Familienform** das Armutsrisiko von Kindern am stärksten beeinflusst.

Der Anteil von armen Kinder ist in Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil viermal höher als in Familien mit einem Elternpaar (BMFSFJ, 1998). Bertram (1998) führt den höheren Anteil von Kindern in prekären, wirtschaftlichen Verhältnissen in Ostdeutschland nicht nur auf das geringere Einkommen, sondern auch auf den höheren Anteil von Alleinerziehenden in den NBL zurück.

Ein weiterer Risikofaktor für Armut ist die **Kinderzahl**. Je mehr Kinder eine Familie hat, desto eher bezieht sie Sozialhilfe (Engstler, 1999). Die Mediane des Pro-Kopf-Nettoeinkommens sinken von ca. 2000 DM bei kinderlosen Ehepaaren bis zu ca. 700 DM bei Verheirateten mit drei oder mehr Kindern (Roloff, 1999). 1994 erreichten Familien mit ein oder zwei Kindern nach sechs Ehejahren nur 80% des Einkommens, das vergleichbare kinderlose Paare erzielten, wobei alle staatlichen Leistungen bereits einbezogen sind (Schneewind & Vaskovics, 1996).

Ausländische Familien sind besonders von Armut betroffen. Dies liegt an höheren Kinderzahlen, höherer Arbeitslosigkeit und im Falle von Asylbewerbern an niedrigeren Sozialhilfesätzen. Etwa ein Drittel aller ausländischen Kinder in Deutschland gilt als arm (BMFSFJ, 1998).

2.3.5. Kinder und Erwerbsarbeit

Die Einwohner Deutschlands wenden mehr Zeit für unbezahlte Arbeit, z.B. Betreuung von Kindern, Pflege von Familienangehörigen, ehrenamtliche Tätigkeiten, als für bezahlte Erwerbsarbeit auf. Der volkswirtschaftliche Wert von unbezahlter Arbeit ist beträchtlich (Engstler, 1999). Im gesellschaftlichen Diskurs wird allerdings die unbezahlte Arbeit, die größtenteils von Frauen geleistet wird, im Vergleich zur Erwerbsarbeit, der in der Mehrzahl Männer nachgehen, unterbewertet (BMFSFJ, 1995).

Erwerbstätigkeit bietet den Beschäftigten eine zeitlich vorhersehbare Einkommenssicherheit, Bestätigung, soziale Kontakte, Zeitstrukturierung usw. und ist damit ein zentraler Bestandteil der Gesellschaft, auf den nur wenige freiwillig verzichten wollen und können (BMFSFJ, 1995).

Dorbritz und Roloff (1999) sehen, als Ergebnis des „Family Fertility Survey“ (FFS) in Deutschland, **in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen zentralen Schlüssel zur Einschätzung des Fertilitätsverhaltens potenzieller Eltern.** Mit diesem Problem müssen sich zur Zeit fast ausschließlich Frauen auseinandersetzen. Die Erwerbsbeteiligung von Männern variiert fast überhaupt nicht mit ihrer familiären Situation. Sie ist in Ost- und Westdeutschland nahezu gleich (Engstler, 1999, Roloff, 1999). Bei den Frauen gibt es dagegen erhebliche Unterschiede, abhängig von Familienstatus, Kinderzahl und der Herkunft aus den NBL oder den ABL.

In den ABL stieg die Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Kindern in den letzten Jahrzehnten an. Diese Zunahme war umso deutlicher, je älter das jüngste Kind in der Familie war. Sie geht aber ausschließlich auf einen Anstieg der Teilzeittätigkeiten von unter 20 Wochenstunden zurück (Engstler, 1999). Aufgrund unterschiedlicher Erwerbsarbeitsgewohnheiten und niedrigerer Einkommen der Ehemänner gingen ostdeutsche Frauen häufiger vollzeit arbeiten (Roloff, 1999). Nach Daten des Mikrozensus 1995/98 mussten Ehefrauen in den NBL 10-15 Stunden länger pro Woche arbeiten als Ehefrauen in den ABL und trugen fast die Hälfte zum Familieneinkommen bei, während das Einkommen der westdeutschen Ehefrau durchschnittlich 30-40% des Familienetats ausmachte (Bertram, 1998).

In den NBL waren nach Ergebnissen des „Family Fertility Survey“ (Roloff, 1999) bei den Frauenerwerbsquoten (d.h. Erwerbstätige und Erwerbslose) kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Familienständen festzustellen. Der Anteil von erwerbslosen Frauen mit Kindern ist zwar relativ hoch, aber der Kreis der Nichterwerbspersonen bleibt konstant bei nur ca. 5%.

In den ABL hängen die Frauenerwerbsquoten dagegen stark von Familienstand und Mutterschaft ab. Nichtverheiratete Frauen zählten ähnlich häufig zu den Erwerbspersonen wie Frauen aus den NBL. Verheiratete Frauen mit Kinder waren nur in etwas über der Hälfte der Fälle erwerbstätig. Sie waren auch zu 45% durch ihre Ehemänner überwiegend materiell abgesichert (NBL: 4%) und rund ein Drittel von ihnen besaß kein eigenes Einkommen (NBL: 3%) (Roloff, 1999).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, **dass je jünger und zahlreicher die Kinder einer Mutter sind, desto seltener ist ihre Erwerbstätigkeit. Merkmal der Frauen in den NBL ist die hohe Erwerbsquote bei hoher Erwerbslosigkeit** (ein Fünftel bis ein Viertel

[Roloff, 1999]). **In den ABL hängt dagegen die Erwerbsquote vom Familienstand ab.** Die Hausfrauenrolle wird von vielen verheirateten Frauen gelebt und auch von einem Drittel über den Eintritt der Kinder in die Schule hinaus akzeptiert (Bertram, 1998).

Zum allgemeinen ökonomischen Hintergrund des Kinderwunsches und der Familien ist von den Autoren des 10. Kinder- und Jugendberichtes folgender Grundsatz formuliert worden: *„Familien brauchen gesicherte und vorhersehbare Rahmenbedingungen für ein Leben ohne andauernde Sorge um eine Verschlechterung der familialen Existenzbedingungen“* (BMFSFJ, 1998, S.93).

Die Sicherheit, die die marktwirtschaftliche wie auch die sozialistische Industriegesellschaft den Familien durch stabile Beschäftigungsverhältnisse in der Vergangenheit garantierte, wird aber aus ökonomischen, kulturellen und politischen Gründen nicht mehr zu halten sein (Bertram, 1998). Trends, wie junge Erwachsene im Familiengründungsalter auf die Herausforderungen des wirtschaftlichen Wandels reagieren, sollen im nächsten Kapitel angesprochen werden.

2.3.6. Zusammenfassung: Politische und ökonomische Hintergründe

Das Bundesverfassungsgericht stellte 1998 in einem Grundsatzurteil fest, dass Familien in zahlreichen Bereichen gegenüber anderen Lebensformen finanziell benachteiligt sind. Kinder sind teuer: bis zum 18. Lebensjahr muss mit Kosten in Höhe von mindestens 150.000€ gerechnet werden. Kinder bergen für Eltern neben der Arbeitslosigkeit das höchste Armutsrisiko. In der BRD lebten 1995 ein Siebtel (ABL) bis ein Viertel (NBL) der Familien mit Kindern in Armut. Besonders betroffen sind Alleinerziehende, kinderreiche und ausländische Familien. Je jünger und zahlreicher die Kinder sind, desto seltener ist die Mutter erwerbstätig. Dies stellt vor allem in den neuen Bundesländern ein Problem dar, da die Frauen bis zu 50% zum Familieneinkommen beitragen (ABL: 30-40%).

2.4. Soziologische Hintergründe des Kinderwunsches

2.4.1. Individualisierung

Der gestiegene Lebensstandard, qualifiziertere Bildungsabschlüsse von Männern und v.a. von Frauen, höhere berufliche und räumliche Mobilität und Differenzierung von Wertorientierungen bilden die Grundlage für eine zunehmende Individualisierung der Lebensgestaltung. Zuvor kollektiv vorbestimmte Lebensentwürfe und –wege verlieren an

Verbindlichkeit, die „Normalbiographie“ weicht der selbstbestimmten und selbstgestalteten „Bastelbiographie“ (Habich & Berger-Schmitt, 1998).

Der Prozess der **Pluralisierung** und **Individualisierung** kann an veränderten Familien- (s.a. Kap.2.1.6.) und Haushaltsformen abgelesen werden (Glatzer, 1998). Die Anzahl der Haushalte steigt, gleichzeitig werden die Haushalte immer kleiner. Die Zunahme der Einpersonenhaushalte ist vor allem auf den Anstieg von jungen, alleinlebenden Erwachsenen zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, Juni 2000).

Pluralisierung und gesteigerte biographische Wahlmöglichkeiten bleiben aber häufig nur erhalten, solange die Option Elternschaft ausgeschlossen wird. Gegenwärtig kommt es zu einer Polarisierung der Lebensformen in einen schrumpfenden „Familiensektor“ und einen wachsenden „Nicht-Familiensektor“ (Strohmeier, 1993, Dorbritz & Roloff, 1999).

2.4.2. Familie und Beruf

Sowohl junge Frauen als auch junge Männer wünschen sich Familie und Erwerbstätigkeit. Zukunftsvorstellungen, Lebenskonzepte und biographische Planungen beider Geschlechter unterscheiden sich kaum (Fischer et al., 2000). Die Bildungsexpansion seit Anfang der sechziger Jahre trug entscheidend dazu bei, dass der Individualismus gestärkt wurde und eine traditionelle Rollenzuschreibung von Mann und Frau von der Mehrheit der Bevölkerung nicht mehr akzeptiert wird (Bertram, 1998, Habich & Berger-Schmitt, 1998).

Der ähnliche Verlauf der weiblichen und männlichen Erwerbsbiographie hängt nicht mehr vom Familienstand der Frau ab. Allerdings kommt es zu einer Differenzierung der weiblichen und männlichen Berufsverläufe mit der Geburt eines Kindes (Lauterbach, 1994). Die traditionelle Rollenverteilung kehrt wieder, der Vater wird zum alleinigen Brotverdiener, während die Mutter für Haushalt und Kinder sorgt (Fthenakis & Engfer, 2000). Der Beschäftigungsumfang von Müttern und Vätern differiert deutlich: 61% der Mütter und 86% der Väter sind aktiv erwerbstätig. 35% der Mütter sind hauptsächlich wegen ihrer familiärer Verpflichtungen teilzeittätig. Nur 3% der Väter arbeiten Teilzeit und dies meist nicht aus familiären Gründen (Breiholz et al., 2003). Der „Karriereknick“ der Frauen durch das Aussetzen mit dem Beruf und/oder (häufig unterqualifizierter) Teilzeitarbeit stellt am Arbeitsmarkt einen Wettbewerbsvorteil für Männer dar (Fthenakis & Engfer, 2000).

Junge Frauen wollen sich aber meist nicht mehr nur auf die Versorgung durch den Ehemann verlassen (Habich & Berger-Schmitt, 1998). Wegen Ausbildung und Beruf verzichten sie entweder ganz auf Kinder oder verschieben Schwangerschaft und Geburt eines Kindes in ein höheres Alter. Jedes siebte Kind wird von einer Mutter über 35 Jahre geboren. Allerdings

kann **aus einer temporär gewollten Kinderlosigkeit eine endgültige, ungewollte Kinderlosigkeit** werden, denn sowohl bei der Frau als auch beim Mann steigt überhalb des 30. Lebensjahres das Infertilitätsrisiko an (Richter, 2000).

Untersuchungen bestätigen, dass sich nur ein geringer Anteil (weniger als 6%) junger Menschen keine Kinder wünscht (Bien, 2001). Dies steht nur auf den ersten Blick im Widerspruch zu dem prognostizierten Kinderlosenanteil von 30%. **Der Weg in die Kinderlosigkeit erfolgt über das ständige Hinausschieben der Erfüllung des Kinderwunsches** (Pohl, 1999). Gegenwärtig spricht viel dafür, dass sich Elternschaft sozial weiter aufsplittet: Die eher gut Verdienenden, die Dienstleistungen anderer bezahlen können, und eher Einkommensschwache ohne attraktive berufliche Zukunftsperspektive bekommen weiterhin Kinder. Die gesellschaftliche Mitte ist – trotz hoher Zustimmungswerte zu Familie auf der Einstellungsebene – damit beschäftigt, ihre Berufschancen zu wahren (Jurczyk, 2002). Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist von entscheidender Bedeutung für die Realisierung des Kinderwunsches und der Familiengründung (Habich & Berger-Schmitt, 1998, Dorbritz & Roloff, 1999). Maßnahmen der Familienpolitik (z.B. Schaffung von Kinderbetreuungseinrichtungen), der Wirtschaft (z.B. Bereitstellung von qualifizierten Teilzeitarbeitsstellen, flexible Arbeitszeiten, Kinderbetreuung am Arbeitsplatz) und ein Abbau der strukturellen Rücksichtslosigkeit (Dorbritz, 1999) einer „kinderentwöhnten Gesellschaft“ (von Renesse, 2000) würden zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen und ein kinderfreundlicheres Umfeld schaffen.

2.5. Psychologische Hintergründe des Kinderwunsches

2.5.1. Subjektiver Stellenwert von Familie und Kindern

Zwei Drittel bis drei Viertel der Kinder (LBS-Kinderbarometer, 1999) und Jugendlichen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998) wünschen sich später eigene Kinder. Auch bei den Erwachsenen hat das Familienleben in ganz Deutschland einen hohen Stellenwert. Familie, Liebe und Zuneigung stehen nach Umfragen des Wohlfahrtssurvey in der Wichtigkeitsrangfolge nach der Gesundheit an zweiter Stelle. Die subjektive Wertigkeit erhöhte sich seit 1980 sogar deutlich. Die gestiegenen Ansprüche an die Ehe entsprechen aber nicht immer der Realität. Daraus resultierende Unzufriedenheit in der Partnerschaft können die sinkende Bereitschaft zur Heirat und zur Abnahme der Ehestabilität teilweise erklären (Hondrich, 1998, Weick, 1999).

Die Zufriedenheit mit der Familie ist bei unverheirateten Partnern, Ehepaaren ohne Kinder und bei Ehepaaren mit Kindern über 18 Jahre am höchsten. Das weist darauf hin, dass in Erziehungsphasen die Familienzufriedenheit etwas absinkt (Weick, 1999). Die Traditionalisierung der Rollenverteilung zwischen Frau und Mann nach der Geburt eines Kindes trägt entscheidend zur Verschlechterung der Partnerschaft bei. Eine ungleiche und von den Frauen als ungerecht erlebte Verteilung von Aufgaben und Belastungen fördert die Unzufriedenheit der Frauen und wirkt sich auch auf die Partnerschaftszufriedenheit des Mannes aus (Fthenakis & Engfer, 1997). Väter, die in der Erziehungsverantwortung an sich ähnliche Ansprüche wie an die Partnerin stellen, engagieren sich stärker in der Elternrolle und tragen so zur Zufriedenheit ihrer Partnerin bei (Fthenakis & Engfer, 2000).

2.5.2. Motive des Kinderwunsches

Erst die Einführung suffizienter, hormonaler Verhütungsmethoden (1961 in der BRD) ermöglichte die Erforschung von bewussten und unbewussten Motiven des Kinderwunsches. Vorher konnten Sexualität und Fertilität praktisch nicht von einander getrennt werden (Jagenow & Mittag, 1984). Eltern können ihren Kinderwunsch planen und müssen sich bewusst für oder gegen eigene Kinder entscheiden. Hohe Ansprüche an die pädagogische Reife der Eltern sind an die Entscheidung für eigene Kinder gekoppelt (Beck-Gernsheim, 1998).

In Umfragen sind die Probanden meist in der Lage, viele vernünftige, nachvollziehbare Gründe gegen eigene Kinder anzuführen. Die Entscheidung für ein Kind ist weit stärker ein irrationaler Vorgang als die gegen ein Kind. Kinder stellen für die Meisten einen positiven Wert dar, der mit Freude, Liebe und Lebensglück assoziiert wird (Starke, 2000).

Extrinsische, ökonomische Motive, die früher den Kinderwunsch determinierten, sind heute durch emotional-intrinsische Motive abgelöst worden. Eltern versprechen sich von ihren Kindern **emotionale Stabilisierung**. Die Familie ist emotionaler Anker und Rückhalt in einer individualisierten Welt (Fischer et al., 2000; Stöbel-Richter et al., 2001). Kinder bedeuten aber auch soziale Anerkennung und höheren Status. Dies spielt vor allem in den ABL eine Rolle. Andererseits nehmen hier Eltern und solche, die es noch werden wollen persönliche Einschränkungen, die mit Kindern verbunden sind, stärker wahr und äußern mehr Zweifel hinsichtlich ihrer Erziehungsfähigkeiten. Der Kinderwunsch der Westdeutschen kann als stärker ambivalent besetzt bezeichnet werden als der der Ostdeutschen. Ambivalenter, latenter und unbewusster Kinderwunsch scheint insgesamt eine wichtige Rolle zu spielen. Trotz Verfügbarkeit suffizienter Verhütungsmethoden wurden in den ABL ein Drittel und in den

NBL die Hälfte aller Schwangerschaften retrospektiv als ungeplant bezeichnet (Stöbel-Richter et al., 2001).

2.5.3. Prädiktoren des Kinderwunsches

Paare, die viele Kinder haben oder sich viele Kinder wünschen, zeichnen sich durch Zufriedenheit mit der Paarbeziehung, Familienorientierung und geringerer Beschäftigung mit der eigenen Person aus. Einflüsse aus der Herkunftsfamilie, wie hohe Priorität für das Leben in Familie und mit Kindern und Fortführung der Familientradition, sprechen für eine höhere Familienorientierung. Diese Paare schreiben sich selbst mehr Kompetenz im Umgang mit Kindern zu und schätzen ihre finanzielle Situation als günstig ein (Schneewind et al., 1996).

Gloger-Tippelt (1993), die sich mit dem Kinderwunsch von Frauen beschäftigte, fand weitere Faktoren, die für einen hohen Kinderwunsch sprechen: Hohe Unsicherheitstoleranz, starke religiöse Bindung, traditionelle Geschlechtsrollenorientierung und hohe Geschwisterzahl.

Weniger positive, kindbezogene Erwartungen und hohe Berufsorientierung, vor allem der Frau, sprechen für einen niedrigeren Kinderwunsch. Die Berufsorientierung wurzelt wiederum stark in der Herkunftsfamilie (Schneewind et al., 1996). Ein niedrigerer Kinderwunsch ist bei Frauen zu finden, die sich durch einen hohen Ausbildungsgrad, hohen Sozialstatus der Herkunftsfamilie, geringere Zahl von Geschwistern, Karrierestreben, starke Leistungsmotivation und eine androgyne Geschlechtsrollenorientierung auszeichnen (Gloger-Tippelt, 1993).

Menschen, die bewusst kinderlos bleiben möchten, weisen häufig eine besonders enge Paarbeziehung auf, die auf dem Hintergrund einer wenig stabilen Persönlichkeitsstruktur offenbar keinen Belastungen durch ein Kind ausgesetzt werden soll (Schneewind et al., 1996).

Schneewind et al. (1996) verweisen hinsichtlich des Kinderwunsches auf die besondere Rolle des Mannes: Persönlichkeits-, Partnerschafts- und Familienentwicklung sind bei Vätern enger als bei Müttern verknüpft. Werden sie als positiv eingeschätzt, erweisen sich die Männer als „Motor“ generativer Entscheidungen in der Familie. Eine weitere Besonderheit des Kinderwunsches von Männern ist, dass sich gerade karriereorientierte Männer Kinder wünschen (Roth, 1988).

2.5.4. Zusammenfassung: Soziologische und psychologische Hintergründe

Zunehmende Pluralisierung und Individualisierung prägen die Lebensgestaltung junger Menschen. Gesteigerte biographische Wahlmöglichkeiten bleiben aber häufig nur erhalten, solange die Option Elternschaft ausgeschlossen wird. Fast alle jungen Menschen wünschen

sich dennoch Kinder. Die Realisierung des Kinderwunsches wird allerdings wegen Ausbildung und Beruf hinausgeschoben, so dass, bei deutlich sinkender Fertilität ab dem 30. Lebensjahr, aus der vorübergehend gewollten häufig eine endgültige, ungewollte Kinderlosigkeit entsteht. Emotional-intrinsische Motive aber auch der Wunsch nach sozialer Anerkennung und höherem Status sind die oft unbewussten Beweggründe für den Kinderwunsch.

2.6. Zusammenfassende Bemerkungen zu Familie und Kindern

Familie und Kinder sind nicht „out“. Sie genießen auch bei der Jugend einen hohen Stellenwert (Fischer et al., 2000). Die Familie ist weiterhin eine sehr bedeutende gesellschaftliche Einrichtung, die sich nicht in der Krise, sondern in einem Anpassungsprozess an heutige, gesellschaftliche Realitäten befindet (Schneider, 2000, Starke, 2000). Auch der Aufschub der ersten Geburt sowie niedrige Geburtenraten sind nicht generell problematisch, sondern ebenfalls eine teilweise sinnvolle Anpassung (Bien et al., 2000).

Die Gesellschaft kann nicht pauschal als „kinderfeindlich“ bezeichnet werden. Für die große Mehrheit sind Kinder ein sehr positiver Wert (Starke, 2000). Kinder und Jugendliche selbst schätzen ihr Umfeld und ihre Zukunftsaussichten meist optimistisch ein (Fischer et al., 2000). Allerdings muss man eine „strukturelle Elternunfreundlichkeit“ (Starke, 2000) konstatieren, die sich in folgenden Kernproblemen äußert (Bien et al., 2000):

- Schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Soziale und ökonomische Nachteile des Familiensektors gegenüber dem Nicht-Familiensektor
- Veränderungsresistente Arbeitsteilung zwischen Frauen und Männern
- Unterbewertung der Familienarbeit

2.7. Besondere Betrachtung des Kinderwunsches bei Essstörungen und ihren subklinischen Vorformen

2.7.1. Essstörungen

Im folgenden soll ein kurzer Überblick zu den Krankheiten Magersucht (**Anorexia nervosa**) und Ess-Brechsucht (**Bulimia nervosa**) aus dem Formenkreis der Essstörungen gegeben werden.

Schätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) zufolge leiden in Deutschland mehr als 100 000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an der Magersucht. Rund 600 000 Frauen sind von der Ess-Brechsucht betroffen. Zunehmend erkranken auch Männer an diesen -bisher als Frauenkrankheiten bezeichneten- psychosomatischen Störungen. Weltweit zeigt sich ein starker Anstieg der Prävalenzraten.

Essstörungen sind Erkrankungen der westlichen Industriegesellschaften (Bönsch & Rathner, 1992; Steinhausen, 2000). Zur Erklärung der Ätiologie wird ein **multikausales, bio-psycho-soziales Ursachenmodell** angenommen (Rastam & Gilberg, 1992, Cooper, 1995, Steinhausen, 2000). Das geltende Schönheits- und Schlankheitsideal (Steinhausen, 2000), divergierende Rollenerwartungen an Frauen (Rathner, 1996, Brunner & Franke, 1997), Schwierigkeiten in der Adoleszenz (Buddeberg-Fischer, 2000), Diäten (Pudel & Westenhöfer, 1991), Körperschemastörungen (Steinhausen, 2000), biologisch-genetische Ursachen (Bulik et al., 2000; Katzman et al., 2000), hohe Leistungsorientierung (Steinhausen, 2000), Leistungssport (Brownell, 1995), familiäre Besonderheiten (Cierpka & Reich, 1997) und eine gestörte Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle (Klingenspor, 1987, 1989) spielen in individuell und krankheitsspezifisch unterschiedlicher Art und Weise eine Rolle bei der Entstehung von Anorexie und Bulimie.

Die bisherigen Forschungsergebnisse belegen, dass Essstörungen sehr schwere Krankheitsbilder darstellen. Sie sind durch die höchste Mortalitätsrate aller psychiatrischen Erkrankungen (Patton, 1988, Vitiello & Lederhändler, 2000) und die Tendenz zur Chronifizierung gekennzeichnet. Außerdem erweisen sie sich als schwer therapierbar und oft als therapieresistent (Steinhausen, 2000). Ein kurzes Intervall zwischen dem Krankheitsausbruch und dem Beginn der Therapie verbessert die Prognose erheblich (Krüger et al., 1997, Steinhausen, 2000).

Diese Beobachtungen unterstreichen die Notwendigkeit, das Interesse der heutigen Forschung verstärkt auf die Prävention von Essstörungen zu richten. Um geeignete präventive Konzepte entwickeln zu können, müssen die Ätiopathogenese, die Entstehungsbedingungen und der

frühe Verlauf dieser Krankheiten genauer untersucht werden. Möglichkeiten hierzu bietet ein neuer Ansatz in der Forschung, der sich mit den subklinischen Erscheinungsformen dieser Erkrankungen beschäftigt.

2.7.2. Subklinische Essstörungen

Subklinische Essstörungen sind **Vorformen von Essstörungen**. Bei ihnen sind nicht alle Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling et al., 1997) oder DSM-IV (Sass et al., 1996) erfüllt. Nach diesen Klassifikationssystemen werden sie unter „Nicht Näher Bezeichnete Essstörung“ (DSM-IV) bzw. „Atypische Anorexia nervosa“ und „Atypische Bulimia nervosa“ (ICD-10) eingeordnet.

Zu den subklinischen Essstörungen gehören ein gestörtes Essverhalten, chronisches oder intermittierendes Diäthalten, andere gewichtsregulierende Verhaltensweisen und die abnorme gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht (Buddeberg-Fischer, 2000). Aus diesen Vorformen können sich Essstörungen im klinischen Vollbild entwickeln.

Die Übergänge zwischen normalen und pathologischen Essmustern sind fließend (**Kontinuum-Hypothese** [Fries, 1974; Meermann & Vandereycken, 1987]), die Abgrenzung voneinander ist oft schwierig. Die Bedingungen, die zum Übergang vom normalen Essen, in gestörtes Essverhalten bis hin zur Essstörung führen, sind nur sehr unzureichend geklärt (Stein-Hilbers & Becker, 1996).

Die **Prävalenzraten** für subklinische Essstörungen variieren in den einzelnen Studien **zwischen 1% und 25%** in der Risikopopulation der 15 –30 jährigen Frauen (Button & Whitehouse, 1981, Szmukler, 1985, Monck et al., 1990, Patton et al., 1990, Graber et al., 1994, Buddeberg-Fischer, 2000).

2.7.3. (Subklinische) Essstörungen und Kinderwunsch

Die gestörte Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle ist ein Bestandteil der Entstehungsbedingungen von Essstörungen (Reich, 1997). Bem (1974) entwickelte das Konzept der „**psychischen Androgynität**“ als Voraussetzung für psychische Gesundheit. Das Verhalten ist damit weniger rollendeterminiert, sondern vielmehr der Situation angepasst.

Bulimikerinnen favorisieren häufig ein Ideal konventioneller Weiblichkeit und Attraktivität (Habermas & Müller, 1986; Klingenspor, 1987,1989; Ratzke, 1995). Bei Anorektikerinnen stehen Selbstkontrolle, Autonomie und Askese – eher männlich attribuierte Charakteristika – im Vordergrund. Bezüglich ihres Körpers bevorzugen sie ein geschlechtsloses, asketisch-

leistungsfähiges Ideal. Das Essverhalten ist gegen die Entwicklung einer reifen Weiblichkeit gerichtet (Habermas & Müller, 1986; Reich 1997).

Wichstrom (1995) konnte in einer Studie an über 12 000 norwegischen Schülern zeigen, dass Jugendliche mit einem gestörten Essverhalten eine höhere Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle aufwiesen als Probanden mit einem normalen Essverhalten.

Kinderwunsch, Geburt von Kindern und Mutterschaft werden als Zeichen von Weiblichkeit und femininer Geschlechtsrollenidentifikation gewertet. Regel (1998) konnte in einer Untersuchung zu Einstellungen und Motiven des Kinderwunsches zeigen, dass sich klinisch manifest erkrankte Essgestörte weniger emotionale Stabilisierung und soziale Anerkennung und mehr Einschränkung ihrer Selbstverwirklichung und persönlichen Entwicklung von Kinder versprechen als eine Vergleichsgruppe. Sie wertet dies als Ablehnung der weiblichen und Annäherung an die männliche Geschlechtsrolle.

Der Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probanden wurde bisher noch nicht erforscht. Zur Verifizierung der Annahme, dass eine gestörte Geschlechtsrollenidentifikation bei der Ätiopathogenese von Essstörungen eine wichtige Rolle spielt, ist es notwendig den Kinderwunsch als wichtigen Bestandteil der weiblichen Geschlechtsrolle bei subklinisch essgestörten Probanden zu untersuchen. Untersuchungen zum Kinderwunsch bei klinisch manifest erkrankten Essgestörten sind insofern methodisch problematisch, als bei der Anorexie fast immer und bei der Bulimie häufig Störungen im Menstruationszyklus bzw. eine Amenorrhoe vorliegen (Steinhausen, 2000). Es kann somit nicht unterschieden werden, ob geäußerte Motive und Einstellungen zum Kinderwunsch Bestandteil von krankheitsauslösenden Faktoren sind oder ob sie als Reaktion auf die zumindest zeitweise erlebte Infertilität gewertet werden müssen. Studien an *subklinisch* essgestörten Probandinnen könnten zur Klärung dieser Frage beitragen, da der Kinderwunsch vor dem akuten Krankheitsstadium (und damit der körperlichen Folgeerscheinungen) dokumentiert wird.

3. Ziele der Untersuchung, Fragestellungen und Hypothesen

3.1. Zielsetzungen

Es sollte eine umfassende Untersuchung des Kinderwunsches hinsichtlich der Ausprägung und Stärke, der Motive und Einstellungen sowie soziodemographischer Einflussfaktoren an einer Zufallsstichprobe von weiblichen und männlichen Gymnasiasten und Studenten durchgeführt werden. Prädiktoren für die Ausprägung des Kinderwunsches sollten ermittelt werden. Ein besonderes Interesse dieser Studie galt der Untersuchung des Kinderwunsches von Versuchspersonen, die eine subklinische Essstörung aufwiesen.

Die Studie verfolgte fünf Einzelziele:

1. Die **Ausprägung und die Stärke des Kinderwunsches** der Befragten sollten quantitativ erfasst werden. Dabei sollten drei Gruppen mit einem niedrigem, mittlerem und hohem Kinderwunsch gebildet und Unterschiede in den soziodemographischen Teilstichproben beachtet werden.
2. Die **Kinderwunschemotive und die Einstellungen der Probanden zum Kinderwunsch** sollten ermittelt und deren Korrelation mit der Ausprägung des Kinderwunsches erfasst werden.
3. Es sollte untersucht werden, wie sich die Versuchspersonen im **Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand auf der einen und Familie auf der anderen Seite** entscheiden. Die Korrelationen mit der Stärke des Kinderwunsches sollte überprüft werden.
4. Es sollten **Prädiktoren** für die Ausprägung des Kinderwunsches ermittelt werden.
5. **Subklinisch essgestörte Probandinnen** sollten hinsichtlich der Ziele 1-4 mit im Essverhalten unauffälligen Studienteilnehmern verglichen werden. Der **Einfluss einer anorektischen oder bulimischen Tendenz** der subklinischen Essstörung auf den Kinderwunsch sollte erfasst werden.

3.2. Fragestellungen und Hypothesen

Zu den folgenden Fragestellungen wurden auf der Basis des bisherigen Erkenntnisstandes (Kap.2) Hypothesen formuliert, die in der vorliegenden Untersuchung überprüft werden sollten.

1. Wie sind die Ausprägung und die Stärke des Kinderwunsches in einer Stichprobe von Schülern und Studenten verteilt?

1.1. Vergleich soziodemographischer Teilstichproben

Hypothese: Versuchsteilnehmer mit den soziodemographischen Eigenschaften „Schüler“ und „Herkunft aus den ABL“ haben einen geringer ausgeprägten Kinderwunsch.

Begründung: Der „Nicht-Familiensektor“ nimmt in unserer Gesellschaft zu (Strohmeier, 1993, Dorbritz & Roloff, 1999). Kinderlos und ungebunden zu bleiben stellt für Jüngere eine attraktive Alternative zu Familie und Kindern dar. In weiteren Studien waren Ostdeutsche kinder- und familienorientierter eingestellt als Westdeutsche (Roloff, 1995).

1.2. Auffälligkeiten bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Hypothese: Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für eine Essstörung geben einen vergleichsweise weniger starken Kinderwunsch an.

Begründung: Klinisch erkrankte Essgestörte zeigen eine gestörte Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle (Reich, 1997) und verknüpfen mit Kindern weniger positive Erwartungen (Regel, 1998).

1.3. Einfluss einer anorektischen oder bulimischen Tendenz der subklinischen Essstörung

Hypothese: Subklinisch essgestörte Frauen mit anorektischer Tendenz haben einen geringer ausgeprägten Wunsch nach eigenen Kindern. Subklinisch essgestörte Frauen mit bulimischer Tendenz zeigen einen starken Kinderwunsch.

Begründung: Bulimikerinnen identifizieren sich stark mit der weiblichen Geschlechtsrolle (Klingenspor 1987, 1989), während Anorektikerinnen diese eher ablehnen (Habermas & Müller, 1986; Reich, 1997). Der Kinderwunsch wird als ein wichtiger Bestandteil der Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle angenommen.

2. Welche Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch gibt es in der Stichprobe?

2.1. Korrelation der einzelnen Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch mit der Ausprägung des Kinderwunsches

Hypothese: Der Wunsch nach emotionaler Stabilisierung und sozialer Anerkennung sowie die Akzeptanz sozialer Stereotype im Zusammenhang mit eigenen Kindern gehen mit einer hohen Ausprägung des Kinderwunsches einher. Ängste vor persönlichen und materiellen Einschränkungen durch eigene Kinder korrelieren mit einem niedrigen Kinderwunsch.

Begründung: Eltern versprechen sich von ihren Kindern emotionale Stabilisierung (Stöbel-Richter & Brähler, 1998; Fischer et al., 2000). Kinder bedeuten aber auch soziale

Anerkennung und höheren Status (Stöbel-Richter & Brähler, 1998). Vorbestimmte kollektive Lebenswege weichen zunehmender Pluralisierung, Individualisierung und Flexibilisierung (Habich & Berger-Schmitt, 1998). Die gesteigerten biographischen Wahlmöglichkeiten bleiben aber häufig nur erhalten, solange die Option Elternschaft ausgeschlossen wird (Strohmeier, 1993; Dorbritz & Roloff, 1999). Kinder gelten neben der Arbeitslosigkeit als das größte Armutsrisiko (Bertram, 1998).

2.2. Vergleich soziodemographischer Teilstichproben

Hypothese: Schüler und Probanden aus den ABL befürchten eher, sich mit Kindern nicht mehr selbst verwirklichen zu können und in ihren Möglichkeiten beschränkt zu werden. Studienteilnehmer aus den NBL beklagen häufiger die fehlende gesellschaftliche Unterstützung. Für Männer spielt soziale Anerkennung und Aufwertung durch Kinder eine größere Rolle als bei Frauen.

Begründung: Stöbel-Richter & Brähler (1998) wiesen in einer repräsentativen Studie nach, dass vor allem Jüngere und westdeutsche Studienteilnehmer Kinder verstärkt in der Angst vor persönlichen und materiellen Einschränkungen wahrnahmen. Ostdeutsche beklagten häufiger die mangelnde gesellschaftliche Unterstützung, die im Kontrast zur DDR-Versorgung deutlich geringer geworden ist. Roth (1988) zeigte, dass für Männer Kinder soziales Prestige versprechen.

2.3. Auffälligkeiten bei den Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Hypothese: Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Essstörung verbinden mit Kindern eher persönliche und materielle Einschränkungen und weniger positive Erwartungen als die Vergleichsgruppe.

Begründung: Regel (1998) konnte nachweisen, dass sich klinisch erkrankte Essgestörte weniger emotionale Stabilisierung und soziale Anerkennung sowie mehr Einschränkung ihrer Selbstverwirklichung von Kindern erwarten als eine Vergleichsgruppe mit unauffälligen Essverhalten.

2.4. Einfluss einer anorektischen oder bulimischen Tendenz der subklinischen Essstörung

Hypothese: Subklinisch essgestörte Frauen mit anorektischer Tendenz verknüpfen mit Kindern eher persönliche und materielle Einschränkungen und weniger positive Erwartungen wie emotionale Stabilisierung und soziale Anerkennung. Subklinisch essgestörte Frauen mit bulimischer Tendenz erhoffen sich von Kindern eher positive Effekte.

Begründung: Anorektikerinnen können häufig durch starken Ehrgeiz, Perfektionismus und eine hohe Leistungsorientierung in Schule, Studium und Beruf (Steinhausen, 2000) und ein starkes Streben nach Autonomie (Habermas & Müller, 1986) charakterisiert werden. Positive

Effekte für die eigene Persönlichkeit und Anerkennung durch andere werden eher im „Nicht-Familiensektor“ gesucht. Bulimikerinnen dagegen versuchen, eigene mangelnde emotionale Stabilität (Steinhausen, 2000) durch den offensichtlichen Nachweis ihrer Weiblichkeit und Fruchtbarkeit auszugleichen.

3. Wie stellt sich das Spannungsfeld von Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie in der Stichprobe dar?

3.1. Welche Präferenzen gehen mit einer hohen bzw. niedrigen Ausprägung des Kinderwunsches einher?

Hypothese: Die Ausprägung des Kinderwunsches korreliert negativ mit einer hohen Wertschätzung von Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und positiv mit einer Präferenz von Familie.

Begründung: Paare, die viele Kinder haben oder sich viele Kinder wünschen, zeichnen sich u.a. durch eine hohe Familienorientierung aus (Schneewind et al. 1996). Schneewind et al. (1996) und Gloger-Tippelt (1993) wiesen nach, dass eine hohe Berufsorientierung, vor allem der Frau, für einen niedrigeren Kinderwunsch spricht.

3.2. Vergleich soziodemographischer Teilstichproben

Hypothese: Für Schüler und Studienteilnehmer aus den ABL spielt der Komplex Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand eine wichtigere Rolle als für Studenten und Probanden aus den NBL. Letztere können sich die Verwirklichung ihrer Lebenspläne auch mit relativ mehr Kindern vorstellen.

Begründung: Gegenwärtig ist ein Trend zur Polarisierung der Lebensformen in einen schrumpfenden „Familiensektor“ und einen wachsenden „Nicht-Familiensektor“ zu beobachten (Dorbritz & Roloff, 1999, Strohmeier, 1993). Im „Family Fertility Survey“ wurde ein Konzept der widerstreitenden Lebensmotive entwickelt: Partnerschaft/Familie/Kinder stehen in Konkurrenz und Konflikt mit Selbstverwirklichung und Beruf. Es wurde festgestellt, dass westdeutsche Teilnehmer, die beruflicher Karriere und Selbstverwirklichung einen hohen Stellenwert zumessen, Kinder als Beschränkung von Lebenszielen auffassen. Ostdeutsche Probanden favorisierten demgegenüber ein Nebeneinander und Vereinbaren von Familie und anderen Lebensbereichen (Habich & Berger-Schmitt, 1999).

3.3. Auffälligkeiten bei den Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Hypothese: Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand sind für Probandinnen mit einem Risiko für eine Essstörung wichtiger und Familie unwichtiger als für Versuchsteilnehmer ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung.

Begründung: Steinhausen (2000) betont die Leistungsorientierung von Essgestörten. Regel (1998) wies weniger positive Erwartungen von essgestörten Versuchsteilnehmerinnen in Bezug auf eigene Kinder und Familie nach.

3.4. Einfluss einer anorektischen oder bulimischen Tendenz der subklinischen Essstörung

Hypothese: Subklinisch essgestörte Probandinnen mit eher anorektischen Verhaltensweisen betonen die Wichtigkeit von Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand. Sie können sich die Verwirklichung ihrer Lebensvorstellungen nur mit vergleichsweise weniger Kindern vorstellen. Subklinisch essgestörte Probandinnen mit eher bulimischen Verhaltensweisen betonen dagegen die Wichtigkeit von Familie.

Begründung: siehe Begründung unter 2.4. dieses Kapitels.

4. Welche Prädiktoren haben einen Einfluss auf die Ausprägung des Kinderwunsches?

Hypothese 4.1.: Eine hohe Geschwisterzahl, Konfessionszugehörigkeit, eine niedrigere Bildungsschicht der Eltern, zusammenlebende Eltern und eine geringere Leistungsorientierung in der Schule und im Studium sprechen für einen hohen Kinderwunsch. Eine niedrige Geschwisterzahl, Konfessionslosigkeit, eine höhere Bildungsschicht der Herkunftsfamilie, getrennt lebende Eltern, eine höhere Leistungsorientierung in Schule und Beruf und Models als weibliche Vorbilder sprechen für einen niedrigen Kinderwunsch.

Begründung: Außer den Modelvorbildern basieren alle angeführten Annahmen zu den Prädiktoren und ihrem Einfluss auf den Kinderwunsch auf den Untersuchungen von Schneewind et al. (1996) und Gloger-Tippelt (1993), die in Kap.2.5.3. näher beschrieben sind. Die Orientierung an einem Model spricht eher für ein Ideal von Attraktivität, Karriere und Bestätigung auf dem Nicht-Familiensektor. Kinder stören dieses Lebenskonzept eher (Starke, 2000).

Hypothese 4.2.: Eine traditionelle Geschlechtsrollenorientierung, v.a. der weiblichen Versuchsteilnehmerinnen ist mit einem hohen Kinderwunsch assoziiert. Weibliche Probanden, die sich hinsichtlich der Geschlechtsrolle eher mit den als „androgyn“ bzw. „männlich“ bezeichneten Merkmalen identifizieren können, geben einen eher niedrig ausgeprägten Kinderwunsch an.

Begründung: Gloger-Tippelt (1993) und Schneewind et al. (1996) stützen die Annahme, dass eine traditionelle Geschlechtsrollenorientierung wesentlich den Wunsch nach Kindern einschließt, während eine androgyne bzw. männliche Geschlechtsrollenorientierung häufig mit einem niedrigem Kinderwunsch assoziiert sind.

4. Methodik

4.1. Untersuchungsgruppen

Es wurde eine Zufallsstichprobe von Schülern aus vier Gymnasien in Jena und einem Gymnasium in Göttingen und von Studenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Westsächsischen Fachhochschule Zwickau untersucht.

Die Altersgruppe der Untersuchungsteilnehmer wurde so ausgesucht, dass das Stadium der konkreten Verwirklichung des Kinderwunsches bzw. einer bereits existierenden Elternschaft möglichst noch nicht erreicht worden war, aber andererseits von einer mehr oder weniger intensiven Beschäftigung mit den Themen Partnerschaft, Familienplanung und Kinderwunsch ausgegangen werden konnte.

Die Studienteilnehmer waren zum Befragungszeitpunkt „gesund“ in dem Sinne, dass sie ihrer Ausbildung nachgehen konnten und am Ausbildungsort den Fragebogen beantworteten. Sie befanden sich nicht in klinischer Behandlung.

Die Gesamtstichprobe wurde unterteilt in:

1. soziodemographische Gruppen (Frauen-Männer, Schüler-Studenten, Herkunft aus den neuen Bundesländern-aus den alten Bundesländern-aus dem Ausland)
2. Probanden mit einem hohen, mittleren oder niedrigen Risiko für die Entwicklung einer Essstörung
3. Studienteilnehmerinnen mit einer anorektischen oder bulimischen Tendenz des gestörten Essverhaltens

Die Einteilung in Risikogruppen für die Entwicklung einer Essstörung und die Differenzierung nach Probandinnen mit anorektischen bzw. bulimischen Verhaltensweisen wurden der Promotionsarbeit von K. Aschenbrenner (2003) entnommen. Sie untersuchte innerhalb des Projektes die gleiche Stichprobe auf das Vorkommen und die Risikofaktoren von subklinischen Essstörungen.

Zur genaueren Beschreibung der Stichprobe siehe auch Kap.4.4.

4.2. Studiendesign

Die Untersuchung entspricht einer epidemiologischen Querschnittsstudie. Querschnittsuntersuchungen sind deskriptive Studien. Es lassen sich Aussagen zur Häufigkeit bestimmter Merkmalsausprägungen treffen. Die Anwendung erlaubt das Aufstellen von Hypothesen über den Zusammenhang von möglichen Prädiktorvariablen und einem Ereignis.

Die Zufallsstichprobe wurde mit standardisierten Selbsteinschätzungs-Fragebögen untersucht. Diese Befragungsmethode erlaubt die Quantifizierbarkeit und internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Außerdem ist sie auch bei großen Stichproben mit einem vertretbaren Maß an Zeit und Personal durchführbar. Der Body Mass Index wurde objektiv durch die Bestimmung der Größe und des Gewichts ermittelt. Zusätzlich wurden selbst formulierte Items in den Fragebogen aufgenommen.

Die Untersuchung zum Kinderwunsch und zur Geschlechtsrolle bei klinisch manifest erkrankten Essgestörten liefert Ergebnisse, mit denen Ursache und Wirkung nicht eindeutig getrennt werden können. Bei der Anorexie liegt fast immer und bei der Bulimie häufig eine Amenorrhoe (Reich, 1997; Steinhausen, 2000) und damit Unfruchtbarkeit vor. Es bleibt ungeklärt, ob die geäußerten Kinderwunschl motive und die Einstellungen zum Kinderwunsch und zur Geschlechtsrolle Folge der schweren Krankheit oder Mitursache sind. Es ist in diesem Zusammenhang zu betonen, dass in der vorliegenden Studie klinisch nicht erkrankte Personen befragt wurden. Erste Anzeichen eines gestörten Essverhaltens und subklinische Essstörungen sprechen bei den Jugendlichen und den jungen Erwachsenen noch nicht für eine manifeste Erkrankung und lassen Rückschlüsse auf mögliche ätiologische Faktoren zu (Schloen, 1997). Die Effekte einer chronischen, schweren Erkrankung fehlen bei diesem Untersuchungsdesign, so dass zwischen den Ursachen und den Folgen der Krankheiten unterschieden werden kann.

Aufgrund der inhaltlichen Fragestellungen wurden gerichtete und ungerichtete Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen formuliert, die mit Hilfe des beschriebenen Studiendesigns geprüft werden sollten. Für die Überprüfung der Unterschiedshypothesen wurde die untersuchte Population in verschiedene Teilstichproben differenziert und auf die Unterscheidung hinsichtlich einer oder mehrerer unabhängiger Variablen untersucht. Die Gruppeneinteilung bezieht sich bei einem Teil der Hypothesen auf bereits existierende Teilpopulationen, wie z.B. das Geschlecht, die Herkunft, das Alter, die Schulform oder das Studienfach der Jugendlichen. Studien mit diesen Charakteristika werden als quasi-experimentelle Untersuchungen bezeichnet. Zusammenhangshypothesen deklarieren

Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Prädiktorvariablen und der Ausprägung der abhängigen Variablen (Bortz, 1999).

4.3. Messinstrumente und Operationalisierung der Hypothesen

Die Probanden der Studie wurden mit einer Fragebogen-Batterie (siehe Anhang) untersucht. Diese enthielt außer den Messinstrumenten für die vorliegende Studie zusätzliche Fragebögen der Promotionsarbeit von K. Aschenbrenner (2003). Die Untersuchungsinstrumente der beiden Studien waren dabei untereinander gemischt angeordnet. Die Fragebögen waren für die Schüler und die Studenten inhaltlich gleich. Für die Gymnasiasten wurden die Fragen in der „Du-Form“ formuliert und der Altersklasse sprachlich angepasst. Auf diese Weise konnte ein besseres Verständnis der Messinstrumente -die zum Teil für Erwachsene entwickelt wurden- gewährleistet werden. Die Studenten wurden in der Höflichkeitsform („Sie“) befragt, die Fragebögen wurden sprachlich nicht verändert. Im folgenden werden die einzelnen Messinstrumente in der Reihenfolge der Hypothesen sowie die Operationalisierung der Hypothesen näher erläutert:

4.3.1. Ausprägung und Stärke des Kinderwunsches

Die Ausprägung des Kinderwunsches der Probanden wurde durch einen **Summenwert** (Tab.4.1), der aus der Bewertung mehrerer selbst gestellter Fragen zum Kinderwunsch gebildet wurde, festgestellt. Dieser Summenwert stellte einen Versuch dar, die Ausprägung des Kinderwunsches nicht nur über die übliche Frage, ob und wieviele Kinder sich die Probanden wünschen, zu ermitteln. Es sollte auch berücksichtigt werden, in welchem Alter eigene Kinder angestrebt werden und welche Priorität Kinder im Lebensplan des Versuchsteilnehmers einnehmen. Damit sollte erreicht werden, dass eine gewisse Ernsthaftigkeit und eine realistische Chance auf Verwirklichung des Wunsches nach eigenen Kindern in die Operationalisierung der Ausprägung und der Stärke des Kinderwunsches einfließen. Der Summenwert diente als Grundlage für eine **Einteilung in Gruppen mit einem niedrigem, mittlerem oder hohem Kinderwunsch** (Tab.4.1).

Tab.4.1: Ausprägung des Kinderwunsch

Nummerierung im Fragebogen	Frage	Antwortmöglichkeiten	Bewertung
E1	Möchten Sie irgendwann einmal eigene Kinder?	Ja Nein Weiß nicht	3 Punkte 0 Punkte 0 Punkte
Die Antworten der Probanden, die das Item E1 mit „nein“ beantwortet haben, wurden bei den folgenden Items mit Null Punkten bewertet.			
E2	Wieviele eigene Kinder möchten Sie insgesamt haben?	Eins Zwei Drei oder mehr Keine	1 Punkt 2 Punkte 3 Punkte 0 Punkte
E3	In welchem Alter möchten Sie spätestens Ihr erstes Kind bekommen?	Vor 20 20-24 25-29 30-35 nach 35	1 Punkt 1 Punkt 1 Punkt 0 Punkte 0 Punkte
E9	Kinder zu haben ist im Vergleich zur Partnerschaft für mich	Wichtiger Genauso wichtig Weniger wichtig	2 Punkte 1 Punkt 0 Punkte
E10	Kinder zu haben ist im Vergleich zu beruflichem Erfolg für mich	Wichtiger Genauso wichtig Weniger wichtig	2 Punkte 1 Punkte 0 Punkte
E12	Ich bin bereit, zugunsten eines eigenen Kindes, für folgenden Zeitraum meine Berufstätigkeit zu unterbrechen	Gar nicht Ein halbes Jahr Ein Jahr Mehrere Jahre Immer	0 Punkte 1 Punkt 2 Punkte 2 Punkte 2 Punkte
Maximal mögliche Punktzahl:			13 Punkte
Gruppenbildung:			niedriger Kinderwunsch: 0-5 Punkte mittlerer Kinderwunsch: 6-9 Punkte hoher Kinderwunsch: 10-13 Punkte

4.3.2. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch

Stöbel-Richter und Brähler stellten 1998 den Leipziger Fragebogen zu Einstellungen zum Kinderwunsch (LEK) und den Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschnotiven (LKM) vor. Die Fragebögen ermöglichen es, sowohl die gesellschaftlichen als auch die persönlichen Wertvorstellungen und Verhaltensmuster im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch abzubilden. Der LEK in der 16-Item-Version erfasst mit seinen Skalen „Soziale Stereotype“

(Items C1, C3, C5, C6, C12, C14), „Fehlende gesellschaftliche Unterstützung“ (C2, C4, C7, C9, C10, C15) und „Pessimistische Zukunftserwartungen“ (C8, C11, C13, C15) die Einstellungen zum Kinderwunsch auf gesellschaftlicher Ebene. Der LKM in der 24-Item-Version erfragt mit den Skalen „Wunsch nach emotionaler Stabilisierung“ (Items D2, D4, D6, D9, D19, D21), „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ (D3, D10, D14, D20, D22, D24), „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ (D1, D8, D13, D15, D17, D23) und „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ (D5, D7, D11, D12, D16, D18) die Kinderwunschnotive auf persönlicher Ebene. Die Gütekriterien der Skalen sind für beide Fragebögen sehr zufriedenstellend (Stöbel-Richter & Brähler, 1998).

Mit Hilfe der Skalenwerte, die die Probanden bei LEK (Item C1-16) und LKM (D1-24) aufwiesen, wurden die Einstellungen zum Kinderwunsch und die Kinderwunschnotive der Stichprobe untersucht. Als Summenwert der vier Skalen des LKM wurde zusätzlich ein Kinderwunsch-Index berechnet, der Ausdruck der Aktualität aber auch Ambivalenz des persönlichen Kinderwunsches ist.

4.3.3. Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie

Im Rahmen eines Projektes der United Nations Economic Commission for Europe (UN/ECE) wurde in Deutschland 1992 der „Family Fertility Survey“ (FFS) durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung durchgeführt (Pohl, 1995). Dem FFS wurden einige Abschnitte für die vorliegende Studie (Teil F, G, H im Fragebogen) entnommen. Die Probanden sollten Fragen zu den Komplexen Selbstverwirklichung, Beruf, Karriere, Wohlstand und Familie beantworten (Teil F und G). Es sollte untersucht werden, wie sich die Versuchsteilnehmer im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand auf der einen und Familie auf der anderen Seite entscheiden. Im Fragebogenabschnitt H1-10 sollten die Studienteilnehmer angeben, mit wievielen Kindern sie sich die Verwirklichung ihrer vorgenannten Lebensziele vorstellen können. Für die Komplexe „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, „Familie“ und „Kinderzahl/Lebensziele“ wurden Summenwerte der Einzelitems gebildet, um die Auswertung übersichtlicher und die Kontrastierung der Komplexe deutlicher zu machen. Tab.4.2 gibt eine Übersicht über die Bewertung der Antwortmöglichkeiten der Items.

Tab.4.2: Bewertung der Items des FFS

Item	Antwortmöglichkeit	Bewertung
Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand		
F1 (genug Zeit für sich und eigene Interessen)	Sehr wichtig	Je 2 Punkte
F2 (glücklich mit eigenem Leben)	Ziemlich wichtig	Je 1 Punkt
F4 (anerkannt außerhalb der Familie)	Unwichtig	Je 0 Punkte
F5 (genügend Geld haben)		
F6 (nach Selbstverwirklichung streben)		
F8 (im Beruf Erfolg haben)		
H6 (Mir ist es wichtig, einen Beruf zu haben, durch den ich etwas Sinnvolles bewirken kann)	Stimme zu	Je 2 Punkte
	Lehne ab	Je 0 Punkte
H7 (Um beruflich vorwärts zu kommen bin ich bereit, so viele Opfer wie nötig zu bringen)	Weiss nicht	Je 0 Punkte
Maximale Punktzahl		16 Punkte
Familie		
F3 (gleichmäßige Aufteilung der Hausarbeit)	Sehr wichtig	Je 2 Punkte
F7 (genug Liebe und Aufmer. für seine Kinder)	Ziemlich wichtig	Je 1 Punkt
F9 (intaktes und glückliches Familienleben)	Unwichtig	Je 0 Punkte
H3 (Es wäre gut, wenn in Zukunft der Familie mehr Bedeutung zugemessen würde)	Stimme zu	Je 2 Punkte
	Lehne ab	Je 0 Punkte
H4 (Eine glückliche Partnerschaft ist für mich das Wichtigste im Leben)	Weiss nicht	Je 0 Punkte
H5 (Ich bemühe mich intensiv um eine gute Beziehung zu meinem Partner und stelle dafür auch die Verwirklichung einiger meiner persönlichen Ziele zurück)		
Maximale Punktzahl		12 Punkte
Die Items F10, H1 und H2 wurden nicht einbezogen, weil sie keinem der oben genannten Summenwerte eindeutig zugeordnet werden konnten.		
Um die Komplexe Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie besser vergleichen zu können, wurden die Summenwerte durch die Anzahl der Items, aus denen sie gebildet wurden, dividiert.		
„Kinderzahl/Lebensziele“		
G1-10 (Überschrift: Wieviele Kinder kann man Ihrer Meinung nach höchstens haben, um dies noch zu verwirklichen.Items siehe F1-10)	Kein Kind	Je 1 Punkte
	Ein Kind	Je 2 Punkte
	Zwei Kinder	Je 3 Punkte
	Drei oder mehr Kinder	Je 4 Punkte
Minimale Punktzahl		10 Punkte
Maximale Punktzahl		40 Punkte

Außerdem wurden die Fragebogenteile F und H einer Faktorenanalyse unterzogen. Es ergab sich dabei nur ein interpretierbarer Faktor, aus dem die Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ gebildet wurde (Kronbachs Alpha = 0,69, siehe Tab.4.3).

Tab.4.3: Faktorenanalyse des Fragebogenteils F

Items	Ladungen der Items auf den interpretierbaren Faktor
F1 (genug Zeit für sich und eigene Interessen)	0,394
F2 (glücklich mit eigenem Leben)	0,247
F3 (gleichmäßige Aufteilung der Hausarbeit)	0,190
F4 (anerkannt außerhalb der Familie)	0,541
F5 (genügend Geld haben)	0,597
F6 (nach Selbstverwirklichung streben)	0,566
F7 (genug Liebe und Aufmerksamkeit für seine Kinder)	0,0064
F8 (im Beruf Erfolg haben)	0,65
F9 (intaktes und glückliches Familienleben)	0,0082
Anteil der Varianzaufklärung in Prozent	26,09%
Items mit fettgedruckten Ladungen wurden zur Skalenbildung herangezogen.	

4.3.4. Prädiktoren des Kinderwunsches

Folgende Items wurden mit der Ausprägung des Kinderwunsches, deren Operationalisierung im Kap. 4.3.1. beschrieben wurde, verglichen und auf Zusammenhänge untersucht:

Soziodemographische Merkmale: Konfession (Item A8), Schulabschluss Mutter (A10), Berufsausbildung Mutter (A11), Bildungsschicht Mutter, Arbeitsform Mutter (A12), Schulabschluss Vater (A13), Berufsausbildung Vater (A14), Bildungsschicht Vater, Arbeitsform Vater (A15), Eltern verheiratet (A16), Eltern zusammen lebend (A17), Geschwister (A19), Wohnform (A21).

Eintritt in die Pubertät: Der Beginn der Pubertät wurde bei den weiblichen Probanden mit der Frage nach dem Alter, in dem die Menarche stattfand (T1), und bei den männlichen Probanden mit der Frage nach dem Alter, in dem der Stimmbruch einsetzte (T5), operationalisiert. Außerdem sollten die Versuchsteilnehmer angeben, ob ihre Pubertät ihrer Meinung nach früher, gleichzeitig oder später als die der Altersgenossen begann (T6).

Leistungsorientierung: Die Studienteilnehmer sollten eine Einschätzung ihrer Schul- bzw. Studienleistungen im Vergleich mit ihren Kollegen abgeben (T7).

Substanzenabusus: Die Probanden wurden befragt, ob und wie häufig sie Zigaretten (T8), Alkohol (T9) und illegale Drogen (T10) konsumieren.

Weibliche Vorbilder: Die Versuchsteilnehmer hatten zehn weibliche Persönlichkeiten aus den Bereichen Politik, Mode, Religion und Kunst zur Auswahl (T17). Die Probanden sollten angeben, welche Persönlichkeit ihnen am ehesten ein Vorbild ist (Tab.4.4).

Tab.4.4: Weibliche Vorbilder

Name der Person	Bedeutung zum Untersuchungszeitpunkt	Bereich
Angela Merkel	Generalsekretärin der CDU; NBL	Politikerin
Nadja Auermann	„Model und Mutter“ aus Deutschland; ABL	Model
Whoopie Goldberg	afroamerikanische Schauspielerin	Schauspielerin
Dagmar Schipanski	Kandidatin für das Amt des Bundespräsidenten; NBL	Politikerin
Rita Süßmuth	Bundestagsabgeordnete der CDU für den Wahlkreis Göttingen; ehemalige Bundestagspräsidentin; ABL	Politikerin
Mutter Theresa	bereits gestorben; wohltätige Nonne aus Indien; Leiterin eines nach ihr benannten Ordens	Altruistische Person
Bärbel Bohley	Politikerin in der Bürgerrechtsbewegung während der politischen Wende in Deutschland 1989; NBL	Politikerin
Claudia Schiffer	Model aus Deutschland; ABL	Model
Christa Wolf	Schriftstellerin aus den NBL	Schriftstellerin
Cindy Crawford	US-amerikanisches Model	Model

Geschlechtsrollenidentifizierung: Die Erfassung der Identifikation mit Geschlechtsrollen wurde durch die Anwendung des Bem Sex-Role-Inventary (BSRI; Bem, 1974), Items M1-60, in seiner deutschen Neukonstruktion (Schneider-Düker, 1978; zur Beschreibung der Subskalen siehe Tab.4.5) realisiert. Dieses Messinstrument stellt eine Weiterentwicklung traditioneller Erhebungsinventare dar und gehört zu den am häufigsten benutzten Fragebögen zur Bestimmung der Geschlechtsrollenidentität (Klingenspor, 1991; Ratzke, 1995). Seine guten psychometrischen Eigenschaften sind nachgewiesen (Schneider-Düker & Kohler, 1988). Der Fragebogen wurde entworfen, um das Konzept der psychischen Androgynität zu untersuchen (Ratzke, 1995). Die Maskulinitäts- und Femininitätsskala werden dabei nicht als sich ausschließende Pole eines einzigen Kontinuums betrachtet, sondern sie sind als zwei voneinander unabhängige Dimensionen konzipiert (Klingenspor, 1987; Ratzke, 1995; Schneider-Düker & Kohler, 1988). Die Probanden wurden aufgefordert, sich selbst hinsichtlich von jeweils zwanzig maskulinen, femininen und neutralen Eigenschaften auf einer Sieben-Punkte-Skala einzustufen. Auf diese Weise wurde das Ausmaß der Ähnlichkeit der Selbstbeurteilung mit sozialen Stereotypen untersucht (Ratzke, 1995).

Ursprünglich wurde die t-Test-Methode (Bem, 1974) zur Auswertung empfohlen, später wurde die Median-Split-Methode (Spence et al., 1975) vorgeschlagen. Das zuerst genannte Auswertungsverfahren wurde in der Vergangenheit stark kritisiert (Ratzke, 1995; Spence et al., 1975; Strahan, 1975), für die zuletzt erwähnte Methode liegen für den deutschen Sprachraum keine gültigen Mediane vor (Schneider-Düker & Kohler, 1988; Ratzke, 1995). Der Auswertungsmodus der vorliegenden Studie orientierte sich an der Methode von Ratzke (1995). Es wurden die Skalenwerte der verschiedenen Skalen des BSRI errechnet (=Summe der entsprechenden Bewertung der Einzelitems, Tab.4.5) und die Mittelwerte in den einzelnen Risikogruppen miteinander verglichen. Außerdem wurde ein an der ursprünglichen Idee von Bem (1974) orientierter Androgynitätswert (=Skalenwert der Femininitätsskala – Skalenwert der Maskulinitätsskala) berechnet. Ein hoher Betrag des Androgynitätswertes kennzeichnete eine stark einseitige Geschlechtsrollenorientierung.

Tab.4.5: BSRI-Skalen

BSRI-Skalen:

1.Maskulinität, 2.Femininität, 3.Soziale Erwünschtheit, (jeweils 20 Items)

Auswertungsmodus:

„nie“=1 Punkt, „gewöhnlich nicht“=2 Punkte, „eher selten“=3 Punkte, „manchmal“=4 Punkte, „oft“=5 Punkte, „meistens“=6 Punkte, „immer“=7 Punkte

Es ist auf die negative Polung von zehn Items der Skala 3 zu achten.

4.3.5. Subklinische Essstörungen

Zur Bestimmung des Essverhaltens wurde der Eating Attitudes Test (EAT) (Garner und Garfinkel, 1979) in seiner deutschen Übersetzung als EAT-26 Münster (Meermann & Vandereycken, 1987) eingesetzt. Im Fragebogen waren die Items des EAT mit Q1-Q26 nummeriert. Die einzelnen Items wurden addiert und ein EAT-Summenwert gebildet. In Anlehnung an die Untersuchung von Buddeberg-Fischer (2000) wurden nach dem EAT-Summenwert drei Risikogruppen für die Entwicklung einer Essstörung gebildet:

EAT 0-9 Punkte: Niedriges Risiko

EAT 10-19 Punkte: Mittleres Risiko

EAT \geq 20 Punkte: Hohes Risiko

Ein Proband wurde in der vorliegenden Studie als subklinisch essgestört bezeichnet, wenn sein EAT-Summenwert \geq 10 Punkte betrug (siehe auch Kap. 4.6.).

Außerdem wurden subklinisch essgestörte Probandinnen in Studienteilnehmerinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz unterteilt und auf Unterschiede in der Ausprägung

des Kinderwunsches untersucht. Die Einteilung erfolgte nach einer Methode, die im Rahmen des Gesamtprojekts von K. Aschenbrenner (2003) entwickelt wurde. Für die Bildung der Untergruppen wurden zwei Skalen (Tab.4.6 und Tab.4.7) eingesetzt, die aus Items bestehen, die Diagnosekriterien des ICD-10 und des DSM IV abfragen. Außerdem wurden zwei Fragebogensubskalen des EAT verwendet. Die Verwendung einer Kombination von selbstgebildeten und standardisierten Skalen sollte eine Einteilung der subklinisch essgestörten Probanden in die Gruppen nach strengen Kriterien gewährleisten. Es sollten die eindeutige Ausrichtung der Störungen hinsichtlich einer bulimischen oder anorektischen Form erfasst und die Einordnung von Mischbildern vermieden werden (siehe auch Kap. 4.6.).

Tab.4.6: Skala „Anorexie“ (nach K. Aschenbrenner, 2003)

Diagnostisches Item	Bewertung in Punkten
1. BMI < 19 und >17,5 <= 17,5	1 2
2. S8: Gewichtsveränderungen „Ja, ich habe abgenommen (über 5kg)“	2
3. T3: Wann war die letzte Regelblutung? „innerhalb der letzten 3 Monate“ „innerhalb der letzten 6 Monate“ „seit mehr als 6 Monaten nicht“	0,5 1 2
4. Körperschemastörung (BMI-Gruppen+S6) Starkes Untergewicht und fühlt sich gerade richtig im Gewicht Starkes Untergewicht und fühlt sich eher übergewichtig Untergewicht und fühlt sich eher übergewichtig	2 2 2
Alle nicht aufgeführten Antwortmöglichkeiten erhalten 0 Punkte. Durch Addition der Punkte der Einzelitems ist ein maximaler Skalenwert von 8 Punkten möglich.	

Tab.4.7: Skala „Bulimie“ (nach K. Aschenbrenner, 2003)

Diagnostisches Item	Bewertung in Punkten
1. S2 („ja“)/ S3: Fressanfälle „täglich“ „2-6 mal pro Woche“ „seltener“	3 2 1
2. S8: Gewichtsveränderungen „Ja, beides, mein Gewicht wechselt stark“	2
3. T2: Ist die Regelblutung regelmäßig? „Nein“	1
Alle nicht aufgeführten Antwortmöglichkeiten erhalten 0 Punkte. Durch Addition der Punkte der Einzelitems ist ein maximaler Skalenwert von 6 Punkten möglich.	

Zur Operationalisierung der Einteilung in subklinisch Essgestörte mit anorektischer bzw. bulimischer Tendenz siehe Tab.4.8.

Tab.4.8: Operationalisierung der Einteilung in die Untergruppen mit anorektischer bzw. bulimischer Tendenz (nach K. Aschenbrenner, 2003)

Subklinische Essstörung mit anorektischer Tendenz	Subklinische Essstörung mit bulimischer Tendenz
$SA = \frac{\text{Punktwert auf der Skala „Anorexie“}}{\text{Maximal möglicher Punktwert}}$ $S3 = \frac{\text{Punktwert auf der Skala „EAT 3“}}{\text{Maximal möglicher Punktwert}}$	$SB = \frac{\text{Punktwert auf der Skala „Bulimie“}}{\text{Maximal möglicher Punktwert}}$ $S2 = \frac{\text{Punktwert auf der Skala „EAT 2“}}{\text{Maximal möglicher Punktwert}}$
$EAT \geq 10$ Differenz 1 = $SA - SB$ Differenz 2 = $S3 - S2$ $SD = \text{Differenz 1} + \text{Differenz 2}$	
$SD \text{ ist } \geq +0,25$ Differenz 1 ist $\geq +0,1$ Differenz 2 ist ≥ 0	$SD \text{ ist } \leq -0,25$ Differenz 1 ist $\leq -0,1$ Differenz 2 ist ≤ 0
SA ist der Skalenwert „Anorexie“ SB ist der Skalenwert „Bulimie“ $S2$ ist der Skalenwert „EAT Skala 2“ $S3$ ist der Skalenwert „EAT Skala 3“ SD ist die Summe der Differenzen	

4.3.6. Soziodemographische Fragen

Zur Erfassung soziodemographischer Daten der Probanden wurde ein ausführlicher Fragebogenteil konzipiert (A1-23). Dieser enthielt Angaben zu *Alter, Geschlecht, Herkunft, Konfession, Geschwistern, Wohnform, Familienstand und eigenen Kindern der Jugendlichen* und zu *Alter, Familienstand, Lebensform, Schulabschluss, Berufsausbildung und Arbeitsform der Eltern* der Probanden. Es gab Probanden der Kategorien Alte Bundesländer (ABL), Neue Bundesländer (NBL) und Ausland (A). Dazu wurden die Probanden gefragt, wo sie die meiste Zeit verschiedener Lebensabschnitte verbracht haben (Items A3-A7). Um einer der o.g. Herkunfts-Kategorien zugeordnet werden zu können, musste der Untersuchungsteilnehmer am betreffenden Ort geboren sein. Zur Klassifizierung in eine der beiden deutschen Kategorien musste der Proband von der Geburt bis einschließlich 10. Lebensjahr am selben Herkunftsort gewohnt haben. Die zuletzt genannte Bedingung zur Einordnung der

Jugendlichen in die Kategorien ABL und NBL garantierte, dass der Proband seit seiner Geburt eine ausreichend lange Zeit in einem der Teile Deutschlands gelebt hat und auf diese Weise von seiner Umgebung geprägt wurde.

4.4. Untersuchungsablauf

Die konzeptuelle Planung dieser Untersuchung, die Erstellung eines Exposés sowie die Ausarbeitung der Fragebögen erfolgten in den Monaten September 1998 bis Februar 1999. Aufgrund der erhöhten Prävalenzrate von Essstörungen in Populationen mit gesteigertem Leistungsanspruch sollten in der vorliegenden Untersuchung Schüler von Gymnasien und Studenten befragt werden. Die Probanden waren vor und während der Befragungen nicht explizit darüber informiert, dass es sich unter anderem um eine Studie zu Essstörungen handelte. Es wurde eine „Umfrage zu Ernährungsgewohnheiten und Einstellungen zu Kinderwunsch und Familie von Jugendlichen“ angekündigt. Durch diese Maßnahme sollte eine Teilnahmeverweigerung von Probanden mit einem gestörten Essverhalten verhindert werden. Diese Personen neigen dazu, Untersuchungen wie der vorliegenden fernzubleiben (Buddeberg-Fischer, 2000).

4.4.1. Pilotstudie

Ende Februar 1999 fanden im Rahmen einer Pilotstudie drei Voruntersuchungen statt. 18 Gymnasiasten (Mädchen und Jungen) der Klassenstufen 6-12 und 14 Studenten (Frauen und Männer) verschiedener Studienfächer (Psychologie, Pharmazie und Biochemie) der Universität Jena wurden für diese Vorstudien, bei denen die Probanden den vorbereiteten Fragebogen ausfüllten und danach für eine inhaltliche und formale Diskussion des Erhebungsinstrumentes zur Verfügung standen, gewonnen. Als Entlohnung erhielten die Jugendlichen 20 Mark. Weitere 7 Gymnasiastinnen aus Weimar vervollständigten den Fragebogen zu Hause ohne eine nachfolgende Diskussionsmöglichkeit und finanzielle Belohnung. Die Pilot-Befragungen wurden von den Teilnehmern mit großem Interesse aufgenommen. Gerade durch den erheblichen Umfang des Fragebogen-Pakets fühlten sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ernst genommen. Die Schüler und Studenten empfanden es als sehr wichtig, dass „Jugendliche endlich einmal zu diesen Themen befragt und gehört werden“ sollten.

4.4.2. Rekrutierung der Schülerstichprobe

Um die Möglichkeit der Befragung vollständiger Klassen innerhalb der Schulen zu erhalten, bedurfte es der amtlichen Genehmigung der Erhebungen. Im Februar 1999 wurde die Studie in den Jenaer Gymnasien durch das Staatliche Schulamt Jena genehmigt. Für den Vergleich der Ergebnisse der Gymnasiasten in den neuen Bundesländern mit denen der alten Bundesländer wurde in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen eine Befragung in der Stadt Göttingen geplant. Göttingen bot sich bezüglich der ähnlichen Größe und soziodemographischen Struktur für einen Vergleich mit Jena an. Die Untersuchung an den Göttinger Gymnasien wurde Ende August 1999 durch die Bezirksregierung Braunschweig genehmigt. Die Rekrutierung der Schulen erfolgte in Jena in den Monaten Februar bis April 1999 und in Göttingen im September und Oktober 1999. Das Befragungsprojekt wurde den Schulleitern der Gymnasien in Jena und Göttingen durch die Untersuchungsleiter („Untersuchungsleiter“ bzw. „Projektmitarbeiter“ waren K. Aschenbrenner und der Autor der vorliegenden Arbeit) persönlich vorgestellt. Die Direktoren aller Jenaer Gymnasien (außer Christliches Gymnasium) wurden zur Beteiligung an dem Projekt aufgerufen. Der Schulleiter des Sportgymnasiums wurde gezielt angesprochen, um auch Probanden, die Leistungssport betreiben, untersuchen zu können. Vier Gymnasien (inklusive Sportgymnasium) waren zur Mitarbeit bereit. In Göttingen kooperierte nur ein Gymnasium. In der vorliegenden Studie sollten Gymnasiasten der Klassenstufen 9-12 untersucht werden. Jüngere Altersstufen, bei denen die Erkrankungen bereits auftreten können, wurden nicht befragt, da bei diesen Schülern nicht von einem ausreichenden sprachlichen und inhaltlichen Verständnis des Fragebogens ausgegangen werden konnte. Nach Rücksprache mit den Direktoren wurde von der Befragung der 12. Jahrgangsstufe abgesehen, da sich diese Schüler in der Vorbereitungsphase für ihre Abiturprüfungen befanden. Nachdem die Schulleiter ihre Zustimmung zur Durchführung der Befragungen erteilt hatten, wurden „Elternbriefe“ an die Schüler verteilt, um das Einverständnis der Erziehungsberechtigten einzuholen. Der Rücklauf der Elternbriefe wurde nur in den Klassen überprüft, die später tatsächlich befragt wurden. Mehr als 99% der Eltern erklärten sich zur Teilnahme ihres Kindes bereit.

Da die Befragungen in Jena nicht in der regulären Unterrichtszeit durchgeführt werden konnten (Auflage vom Schulamt), wurde mit den Schulleitern die Vereinbarung getroffen, „Ausfallstunden“, d.h. Schulstunden bei plötzlicher Erkrankung oder Abwesenheit des betreffenden Lehrers, zu nutzen. Die Untersuchungsleiter standen „auf Abruf“ (telefonisch) kurzfristig für die Schulen bereit. Im Untersuchungszeitraum konnten deshalb nur die Klassen

befragt werden, bei denen unvorhergesehene Ausfallstunden auftraten. Außerdem musste zumindest einer der Untersuchungsleiter verfügbar sein. Aus dem bisher gesagten lässt sich feststellen, dass es sich bei der Untersuchung der Schüler um eine Zufallsstichprobe handelte. Die genannte Vereinbarung mit den Schulleitern hatte folgende Vorteile für die Durchführung der Untersuchung: 1. Die Schüler erfuhren die Tatsache der Ausfallstunden und der „Vertretung“ (Durchführung der Befragung) in den meisten Fällen am Tag der Untersuchung und oft erst direkt zu Beginn der betreffenden Schulstunde. Das absichtliche Fernbleiben von der Schule am Tag der Untersuchung konnte ausgeschlossen werden. 2. Während der Befragungen war kein Lehrer anwesend. Dieser Fakt wurde von den teilnehmenden Schülern an der Pilotstudie als unbedingte Voraussetzung für die Schaffung einer anonymen und unbefangenen Atmosphäre beim Ausfüllen der Fragebögen betrachtet. Aufgrund der guten Erfahrungen mit dem Procedere in Jena, fanden die Untersuchungen in Göttingen ebenfalls in Ausfallstunden statt. Die Schüler nahmen an den Befragungen freiwillig teil. Von insgesamt 377 zur Teilnahme an der Befragung vorgesehenen Schülern füllten 369 Personen den Fragebogen aus dies entsprach einer Teilnahmequote von 97,9% der Schüler. Bei drei Schülern fehlte das Einverständnis der Eltern, fünf weitere Schüler (zwei Jungen, drei Mädchen) verweigerten die Teilnahme selbst. Aufgrund von Krankheit und anderen Gründen fehlten am Untersuchungstag durchschnittlich zwei Schüler pro befragter Klasse.

4.4.3. Rekrutierung der studentischen Stichprobe

Die Rekrutierung der studentischen Stichprobe fand im Zeitraum März-Juni 1999 statt. Es sollten vor allem Studiengänge mit einer Zulassungsbeschränkung zur Befragung ausgewählt werden, da die erhöhten Leistungsanforderungen für diese Fächer eine größere Prävalenzrate gestörten Essverhaltens erwarten ließen. Für die Planung des Vergleichs der Studenten aus den alten und den neuen Bundesländern wurde angenommen, dass es innerhalb der studentischen Population Personen beider Herkunftsorte gibt. Bei zulassungsbeschränkten Studiengängen, die durch die ZVS (Zentrale Vergabestelle für Studienplätze in Dortmund) verteilt werden, gibt es erfahrungsgemäß eine große Anzahl von Studenten aus den alten Bundesländern. Um die Ergebnisse der zulassungsbeschränkten, stark leistungsorientierten Universitätsstudiengänge den Ergebnissen einer Teilstichprobe von Studenten mit weniger hohen Leistungsanforderungen gegenüberstellen zu können, wurde in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Zwickau eine Erhebung organisiert. Je nach Studienfach ergaben sich verschiedene Procedere zur Rekrutierung der Probanden (Tab.4.9). Auch bei den Studenten handelte es sich um eine Zufallsstichprobe.

Tab.4.9: Rekrutierung der verschiedenen studentischen Teilstichproben (ZB= zulassungsbeschränkt)

Studienfach	Vorgehensweise
Medizin ZB, Vergabe durch ZVS	Die Medizinstudenten wurden in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie der Universität Jena während einer Pflicht-Seminarstunde im Fach Medizinische Psychologie befragt. Es wurden sechs Seminargruppen an verschiedenen Terminen untersucht. Alle beim Seminar anwesenden Studenten nahmen an der Untersuchung freiwillig teil.
Die weiteren Untersuchungen wurden in der Freizeit der Probanden absolviert. Die Probanden der Universität Jena der folgenden Studienfächer wurden mit 10 DM pro Person für das Ausfüllen eines Fragebogens entlohnt.	
Ernährungs- wissenschaften ZB, Vergabe durch Universität	Die Erhebung wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Jena durchgeführt. Die Untersuchung fand im Anschluss an eine der Vorlesungen für Ernährungsphysiologie im 3. Studienjahr statt. Etwa drei Viertel der an diesem Tag zur Vorlesung anwesenden Studenten blieben für die nachfolgende Erhebung.
Biologie/ Biochemie ZB, Vergabe durch ZVS/ Universität	Die Studenten wurden in Kooperation mit dem Institut für Biologie der Universität Jena im Anschluss an ein Biologie-Praktikum des 2. Studienjahres der betreffenden Studienfächer befragt. Die Teilnehmerate war sehr gering (etwa ein Drittel der angesprochenen Studenten).
BWL/ Jura ZB, Vergabe durch ZVS	Bei einem ersten Versuch wurde die Befragung in einer BWL-Vorlesung durch die Untersuchungsleiter angekündigt und zu einem späteren Termin mit sehr wenigen Studenten (12) durchgeführt. Beim zweiten Anlauf wurden im gesamten Universitätsgebäude der BWL- und Jura-Studenten Aushänge und Handzettel verteilt. Gleichzeitig war diese Befragung für Jura-Studenten ausgeschrieben. Bei diesen Studenten wurde die Erhebung zusätzlich in verschiedenen Vorlesungen angekündigt. 157 Studenten nahmen innerhalb von zwei Stunden an der Studie teil (120 Probanden waren gesucht worden).
Fachhochschule Zwickau	Ein Professor hatte die Untersuchung über mehrere Wochen hinweg in seinen Vorlesungen angekündigt. Es handelte sich um Studenten der Fächer Öffentliche Wirtschaft, Languages and Business Administration und Gesundheits- und Pflegewissenschaften.

4.4.4. Durchführung der Befragungen

Die Durchführung der Befragungen fand bei den Schülern in Jena im Zeitraum April-Juni 1999 statt. In Göttingen wurden die Erhebungen im Oktober 1999 durchgeführt. Die Studenten wurden im Zeitraum April bis Juli 1999 befragt. An jedem Befragungstermin war mindestens einer der Untersuchungsleiter anwesend. Bei der großen Mehrzahl der Erhebungen waren beide Projektmitarbeiter gegenwärtig, so dass die Größe und das Gewicht der weiblichen Probanden von einer Frau und der männlichen Probanden von einem Mann gemessen werden konnten. Diese Methode erwies sich als nützlich, die ohnehin großen Schamgefühle der Untersuchungsteilnehmer beim Gang zur Waage zu reduzieren.

Zu Beginn einer Befragung wurde den Schülern und Studenten für die Bereitschaft zur Teilnahme gedankt. Das Thema der Untersuchung wurde kurz genannt, ohne den Zusammenhang mit den Essstörungen zu erwähnen. Die Jugendlichen wurden gebeten, den Fragebogen offen und ehrlich auszufüllen. Aufgrund des Umfangs der Fragebogen-Batterie wurde auf eine zügige Bearbeitung hingewiesen. Die Wichtigkeit der vollständigen Beantwortung aller Fragen und die Anonymität der Aktion wurden betont. Weiterhin wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Untersuchungsleiter für Rückfragen zur Verfügung stünden und die Auswertung der Studie an die Schulen geschickt würde bzw. persönlich oder über die Homepage am Institut für Medizinische Psychologie erfragt werden könne. Die Untersuchungsteilnehmer wurden aufgefordert, während des Ausfüllens der Bögen einzeln zur Messstation zu kommen. Die Erfassung der Größe und des Gewichts erfolgte in Kleidung aber ohne Schuhe. Die Werte wurden von den Projektleitern selbst in den jeweiligen Fragebogen eingetragen.

Am Ende der Untersuchung, die 45-60 Minuten in Anspruch nahm, erhielten die Schüler, die Medizinstudenten und die Studenten der Fachhochschule zur Belohnung Bonbons. Diese Geste wurde -besonders von den Schülern- dankbar angenommen. Die übrigen Probanden erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung (siehe Tab.4.9). Auch in der Hauptuntersuchung erregte die Studie bei den Jugendlichen beider Geschlechter großes Interesse und Aufmerksamkeit. Das Ausfüllen der Fragebögen wurde diszipliniert und ernsthaft durchgeführt. Die große Mehrzahl der Bögen wurde vollständig beantwortet eingereicht. Die Untersuchungsleiter wurden nach den Befragungen oft zu Gesprächen über die Fragebogeninhalte aufgefordert.

4.5. Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtzahl der Probanden dieser Studie betrug 736. Es musste kein Fragebogen vollständig von der Auswertung ausgeschlossen werden. Einzelfälle wurden aufgrund fehlender Angaben bei der Betrachtung bestimmter Fragestellungen nicht einbezogen. Die Probanden konnten in Teilstichproben entsprechend Abb.4.1 untergliedert werden. Es wurden 437 weibliche Probanden [59,4% der Gesamtstichprobe (GSP)] und 299 männliche Probanden (40,6% der GSP) untersucht. Zur Verteilung der Geschlechter bei den Schülern und Studenten siehe Abb.4.2.

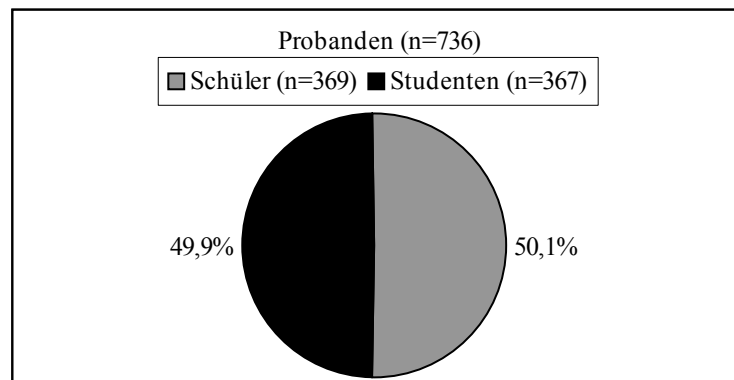


Abb.4.1: Teilstichproben in der Gesamtstichprobe

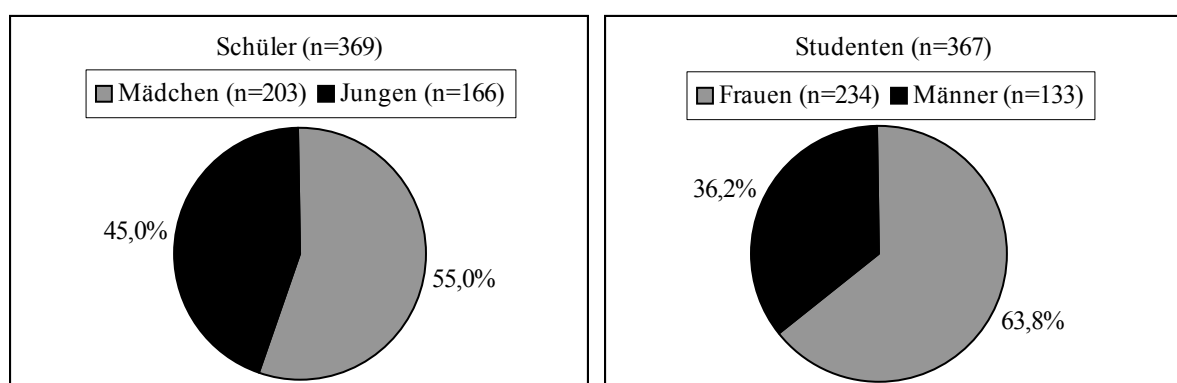


Abb.4.2: Verteilung der Geschlechter bei den Sch黠lern und Studenten

Die Sch黠lerstichprobe umfasste eine **Altersspanne** von 12-20 Jahren, der Mittelwert lag bei 15,83 Jahren ($s=0,92$ Jahre). Bei den Studenten gab es Probanden von 18-32 Jahren, der Mittelwert war 21,80 Jahre ($s=1,93$ Jahre). Es wurden Sch黠ler aus vier Jenaer **Gymnasien** untersucht. In Göttingen nahm ein Gymnasium an der Studie teil. Insgesamt wurden 18 vollständige Klassen der Jahrgangsstufen 9-11 befragt. Die Verteilung der Probanden auf die Gymnasien ist aus Tab.4.10 ersichtlich. Bei den Studenten wurden Jugendliche aus sieben verschiedenen **Studienfächern** untersucht. Zur Verteilung der Teilnehmer auf die einzelnen Studienfächer siehe Tab.4.11.

Tab.4.10: Verteilung der Schüler innerhalb der Gymnasien (n=369)

	Anzahl Probanden	Prozent (%)	Anzahl der Klassen	Klassenstufen
Ernst-Haeckel-Gymnasium Jena	96	26,0	5	vier Klassen 10 eine Klasse 11
Max-Planck-Gymnasium Göttingen	86	23,3	4	zwei Klassen 10 zwei Klassen 11
Sportgymnasium Jena (Guths-Muths-Gymnasium)	70	19,0	4	zwei Klassen 9 zwei Klassen 10
Angergymnasium Jena	59	16,0	3	drei Klassen 9
Ernst-Abbe-Gymnasium Jena	33	8,9	2	eine Klasse 9 eine Klasse 10
Pilotstudie Jena	18	4,9	1 Proband 6.Kl., 2 Prob. 8.Kl., 3 Prob. 9.Kl., 2 Prob. 10. Kl., 7 Prob. 11. Kl., 3 Prob. 12. Kl.	
Pilotstudie Weimar	7	1,9		unbekannt
Total	369	100	18	Kl. 6-12

Jahrgangsstufe 9:	6 Klassen	114 Probanden
Jahrgangsstufe 10:	9 Klassen	168 Probanden
Jahrgangsstufe 11:	3 Klassen	62 Probanden
Pilotstudie Jena:		18 Probanden
Pilotstudie Weimar:		7 Probanden

Tab.4.11: Verteilung der Studenten innerhalb der Studienfächer (n=366; fehlende Angabe f.A. n=1)

	Anzahl der Probanden	Prozent (%)
Jura	115	31,4
Medizin	92	25,1
BWL	54	14,8
Fachhochschule Zwickau	36	9,8
Ernährungswissenschaften	34	9,3
Biochemie/ Biologie	21	5,8
Pilotstudie [Pharmazie (6), Biochemie (4), Psychologie (4)]	14	3,8
Total	366	100

Durch die in Kap.4.3.5. beschriebene Operationalisierung der Variable „**Herkunft**“ konnten 98,1% der laut Fragebogen in Ostdeutschland geborenen Probanden in die Kategorie „Neue Bundesländer“ (NBL) eingeordnet werden, in „Alte Bundesländer“ (ABL) ließen sich 96,9% der in Westdeutschland geborenen Personen klassifizieren. Bei der Kategorie „Ausland“

wurden 100% der im Ausland geborenen Untersuchungsteilnehmer erfasst. Es ergab sich die in Tab.4.11 dargestellte Aufteilung. In der Kategorie „Ausland“ lebten 22 (84,6%) Probanden mindestens bis zu ihrem 5. Lebensjahr im Ausland. Ab dem 6. Lebensjahr wohnten 12 (46,2%) der im Ausland geborenen Probanden in Deutschland. 8 (30,8%) der Ausländer gaben an, bis heute die meiste Zeit im Ausland verbracht zu haben. 15 (57,7%) der Ausländer lebten heute hauptsächlich in den Alten Bundesländern, in den Neuen Bundesländern wohnten 3 (11,5%). Die Kategorie „Nicht klassifizierbar“ bestand aus 12 Schülern (10 in Ostdeutschland geboren, 2 in Westdeutschland) und 3 Studenten (2 in Westdeutschland geboren, 1 in Ostdeutschland). Die Schüler aus den „Alten Bundesländern“ und dem „Ausland“ befanden sich hauptsächlich in der Stichprobe aus dem Gymnasium in Göttingen [68 (91,9%) von 74 westdeutschen Schülern; 12 (85,7%) von 14 ausländischen Schülern]. In der Gruppe des Göttinger Gymnasiums gab es 2 Schüler der Kategorie „Neue Bundesländer“. Die Studenten aus den „Alten Bundesländern“ und dem „Ausland“ befanden sich zum Großteil in der Stichprobe der Medizinstudenten [32 (65,3%) von 49 westdeutschen Studenten; 10 (83,3%) von 12 ausländischen Studenten].

Tab.4.12: Herkunftskategorien in der Gesamtstichprobe (n=733; f.A. n=3)

	Zahl der Probanden	Prozent (%)
Neue Bundesländer (NBL)	569	77,6
Alte Bundesländer (ABL)	123	16,8
Ausland	26	3,5
Nicht klassifizierbar	15	2,0
Total	733	100

Die Mehrzahl der Probanden stammte aus Elternhäusern der höheren **Bildungsschichten**. 58,7% der Mütter und 68,8% der Väter hatten das Abitur oder ein Studium absolviert. Die Eltern der ausländischen Jugendlichen hatten signifikant häufiger höhere Bildungsabschlüsse als die Eltern aus den NBL und den ABL. Die Mütter der Probanden aus den NBL (51,1%) wiesen signifikant häufiger als die Mütter aus den ABL (45,9%) ein abgeschlossenes Studium auf. Letztere hatten häufiger das Abitur (ohne ein abgeschlossenes Studium). Die Mütter der Probanden aus den beiden Landesteilen hatten weniger häufig studiert als die Väter. Die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit der Mütter und Väter mit Studium war in den ABL (Mütter: 45,9%; Väter: 61,3%) größer als in den NBL (Mütter: 51,1%; Väter: 63,5%). Bezüglich der Verteilung in die Bildungsschichten gab es bei den ost- und westdeutschen Vätern kaum Unterschiede. Die Mütter und Väter der Schüler hatten signifikant häufiger ein

abgeschlossenes Studium absolviert als die Eltern der Studenten. Letztere wiesen häufiger einen Abschluss der 8./9. Klasse auf als die Eltern der Schüler.

Mehr als die Hälfte der Probanden (57,9%) in der Gesamtstichprobe waren konfessionslos, 29% waren evangelisch, 10,7% katholisch und 2,5% hatten eine andere Religion. Beim Vergleich der **Konfessionen** in den einzelnen Herkunftskategorien ergaben sich hochsignifikante Unterschiede. In den NBL waren 69,2% der Probanden konfessionslos, in den ABL waren es 14,8% und im Ausland 15,4%.

Der Mittelwert betrug für das **Alter der Mutter** bei den Schülern 42,70 Jahre ($s=5,06$ Jahre) und bei den Studenten 48,50 Jahre ($s=5,45$ Jahre). Bei den Schülern lag der Mittelwert für das **Alter des Vaters** bei 45,05 Jahren ($s=5,94$), bei den Studenten bei 50,63 Jahren ($s=5,94$). Die Mütter und Väter der Probanden aus den NBL waren signifikant jünger als die Eltern aus den ABL und dem Ausland.

Wurden die Ergebnisse hinsichtlich der **Arbeitsform der Eltern** in den NBL und in den ABL miteinander verglichen, resultierten für die Arbeitsform der Mutter hochsignifikante Unterschiede in den Herkunftskategorien. Fast dreiviertel der Mütter in den NBL waren vollzeit berufstätig, in den ABL waren es ein Viertel der Mütter. Die Mütter aus den ABL waren viel häufiger teilzeit berufstätig (38,5%), erwerbstätig zu Hause (10,7%) und Hausfrau (23,8%) als die Mütter aus den NBL (teilzeit: 12,7%; erwerbstätig zu Hause: 1,8%; Hausfrau: 3,9%). In den NBL waren 7,5% der Mütter arbeitslos, in den ABL waren es 1,6%. Die Väter waren in beiden Teilen Deutschlands gleich häufig vollzeit berufstätig (83%). In den ABL arbeiteten die Väter etwas häufiger teilzeitig oder waren berufstätig zu Hause als in den NBL. Bei beiden Herkunftskategorien gab es so gut wie keine Hausmänner. Bei den Probanden aus den ABL gab es keine arbeitslosen Väter, in den NBL waren 7,2% der Väter arbeitslos. Die Ergebnisse der ausländischen Mütter ähnelten denen der Mütter aus den ABL (vollzeit: 24%; teilzeit: 28%; erwerbstätig zu Hause: 0%; Hausfrau: 32%; arbeitslos: 8%; pensioniert: 8%). Die Verteilung bei den ausländischen Vätern war folgende: vollzeit: 50%; teilzeit: 20,8%; erwerbstätig zu Hause: 0%; Hausmann: 0%; arbeitslos: 16,7%; pensioniert: 12,5%.

81,8% der **Eltern** der Probanden in der Gesamtstichprobe waren verheiratet, 6% waren nicht **verheiratet** und 12,3% der Eltern waren geschieden. Bei 3,8% der Probanden war ein Elternteil oder waren beide Eltern bereits gestorben. Die Eltern der Studenten (85,2%) waren signifikant häufiger verheiratet als die Eltern der Schüler (78,3%). Die Häufigkeiten der geschiedenen und gestorbenen Eltern waren bei den Schülern und den Studenten gleich. In den Herkunftskategorien gab es keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Familienstandes der Eltern.

Bei der Frage nach den „echten **Geschwistern**“ gaben 57,7% der Probanden in der Gesamtstichprobe einen Bruder oder eine Schwester an, 13% hatten zwei Geschwister, 8,6% hatten mehr als zwei Geschwister und 20,8% der Probanden waren Einzelkinder. Zwischen den Schülern und den Studenten gab es bei diesem Item keine bemerkenswerten Unterschiede. Innerhalb der Herkunftskategorien gab es hochsignifikante Unterschiede im Verteilungsmuster. In den NBL gab es häufiger Familien mit zwei Kindern (60,5%; ABL: 46,3%) oder Einzelkindern (22,3%; ABL: 16,5%) als in den ABL. In den ABL gab es häufiger Familien mit drei (20,7%; NBL: 11,3) oder mehr als drei Kindern (16,5%; NBL: 5,9%) als in den NBL.

1,2% der **Probanden** der Gesamtstichprobe waren **verheiratet** (0,3% der Schüler; 2,2% der Studenten), 0,3% waren geschieden, 62,4% bezeichneten sich als lediger Single (75,7% der Schüler; 49,2% der Studenten) und 36,1% erklärten ihren Familienstand als ledig mit Partner (23,5% der Schüler; 48,6% der Studenten). Die männlichen Probanden (69,8%) waren häufiger Single als die weiblichen Probanden (57,5%), die Frauen (41,1%) hatten häufiger einen Partner als die Männer (28,5%). Diese Geschlechtsunterschiede fanden sich sowohl bei den Schülern als auch bei den Studenten. 98,6% der Untersuchungsteilnehmer der Gesamtstichprobe hatten keine Kinder.

Die Schüler **wohnten** zu 90,8% bei den Eltern. 5,1% der Schüler wohnten im Internat, das betraf ausschließlich Jugendliche des Jenaer Sportgymnasiums. 1,9% der Schüler wohnten allein in einer Wohnung. 31,6% der Studenten wohnten in einer Wohngemeinschaft, 26% im Studentenwohnheim, 14% bei den Eltern, 13,1% in einer Wohnung mit dem Lebenspartner, 12,3% allein in einer Wohnung, 2,2% hatten ein eigenes Zimmer in einer Fremdwohnung, 0,6% wohnten anders und 0,3% im Kinderheim/ Heim.

4.6. Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe

Nach den Ergebnissen von Aschenbrenner (2003) waren 28,5% der Probandinnen der Stichprobe von einer subklinischen Essstörung betroffen, davon hatten 18,2% ein mittleres und 10,3% ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung. 71,5% der weiblichen Studienteilnehmer zeigten ein unauffälliges Essverhalten (siehe auch Kap. 4.3.5.).

48 der insgesamt 124 subklinisch essgestörten Probandinnen konnten hinsichtlich einer eher anorektischen oder bulimischen Unterform der Störung differenziert werden. Die restlichen 76 subklinisch essgestörten Teilnehmerinnen konnten aufgrund der strengen Einteilungskriterien (siehe auch Kap. 4.3.5.) nicht zugeordnet werden. 21 Frauen (43,8%)

waren von einer subklinischen Essstörung mit anorektischer Tendenz und 27 Frauen (56,3%) von einer Störung mit bulimischer Tendenz betroffen (Aschenbrenner, 2003).

4.7. Statistische Auswertungsverfahren

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte auf dem PC mit dem Statistikprogramm SPSS, englisch-sprachige Version 9.0. Es wurden deskriptive als auch interferenzstatistische Verfahren angewendet. Aufgrund der großen Stichprobengröße (n=736; mögliche Voraussetzungsverletzungen erschienen nicht gravierend) wurde parametrischen Verfahren der Vorzug gegeben. Tab.4.13 stellt im Überblick die verwendeten statistischen Methoden entsprechend der Reihenfolge der Hypothesen dar.

Tab.4.13: Statistische Auswertungsverfahren

Hypothese	Statistische Auswertungsverfahren
1. Ausprägung des Kinderwunsches	<i>Deskriptive Statistik:</i> Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen <i>Interferenzstatistik:</i> Vergleiche von Häufigkeiten (χ^2 -Verfahren), Mittelwertsvergleiche [t-Test, einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA)], Korrelationen nach Pearson
2. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch	<i>Deskriptive Statistik:</i> Mittelwerte, Standardabweichungen <i>Interferenzstatistik:</i> Mittelwertsvergleiche [t-Test, einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA)], Korrelationen nach Pearson
3. Spannungsfeld Selbstverwirklichung/ Karriere/Wohlstand und Familie	<i>Deskriptive Statistik:</i> Mittelwerte, Standardabweichungen <i>Interferenzstatistik:</i> Mittelwertsvergleiche [t-Test, einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA)], Korrelationen nach Pearson, Faktorenanalysen
4. Prädiktoren des Kinderwunsches	<i>Deskriptive Statistik:</i> Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen <i>Interferenzstatistik:</i> Vergleiche von Häufigkeiten (χ^2 -Verfahren), Mittelwertsvergleiche [t-Test, einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA), multivariate Varianzanalysen (MANOVA)], multiple lineare Regressionsanalysen

5. Ergebnisse

5.1. Ausprägung des Kinderwunsches in der Gesamtstichprobe

Die Ausprägung des Kinderwunsches wurde mit einem Summenwert aus sechs Items gemessen. Dieser Summenwert diente als Grundlage einer Einteilung der Stichprobe in Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Kinderwunsch. Die Operationalisierung wurde in Kap. 4.3.1. dargestellt.

Der Mittelwert der Ausprägung des Kinderwunsches betrug 8,38 ($s=2,98$). 15,4% der Probanden wurden in die Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch (0-5 Punkte) eingeteilt. 39% ließen sich der Gruppe mit mittlerem (6-9 Punkte) und 45,6% der Gruppe mit hohem Kinderwunsch (10-13 Punkte) zuordnen.

5.1.1. Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches in den soziodemographischen Teilstichproben

Tendenziell zeigten die weiblichen Studienteilnehmer ($M=8,53$) einen höheren Kinderwunsch als die männlichen Studienteilnehmer ($M=8,16$). Die Schüler ($M=8,28$) hatten einen gering niedrigeren Kinderwunsch als die Studenten ($M=8,48$). Der Kinderwunsch der Probanden aus den alten Bundesländern ($M=7,32$, $s=3,78$) war signifikant niedriger als der Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern ($M=8,67$, $s=2,65$) (siehe Abb.5.1).

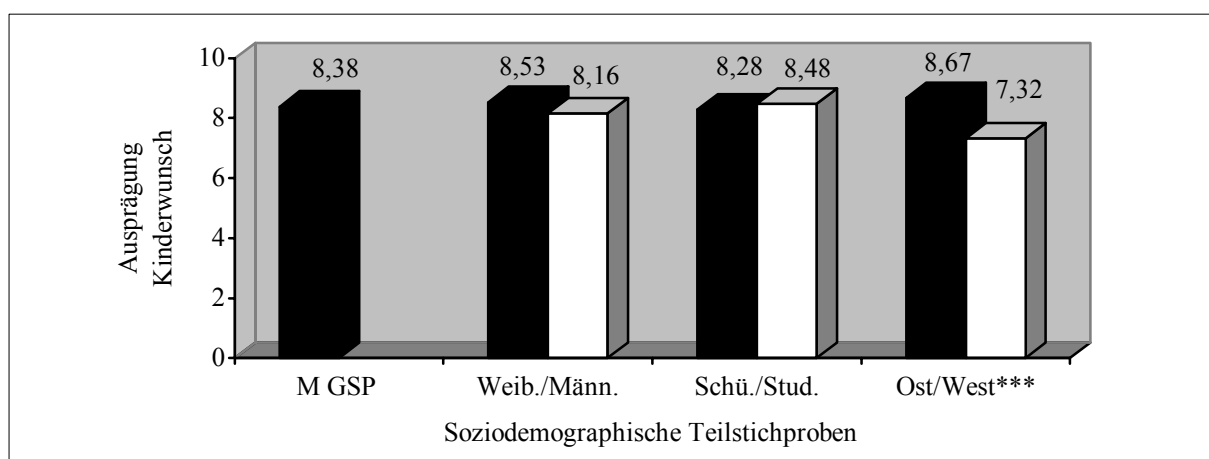


Abb.5.1: Ausprägung des Kinderwunsches in den soziodemographischen Teilstichproben [M GSP = Mittelwert Gesamtstichprobe (n=736); Weibl. (n=437) /Männ. (n=299) =n.s. (nicht signifikant), Schü. (n=369) /Stud. (n=367) =n.s., Ost (n= 569) /West (n=123): $t=3,784$, $df=148$, $p<0,001$ (***)]

Die Versuchsteilnehmer, die im Ausland geboren waren ($M=7,73$) oder keiner der Herkunftskategorien ($M=7,33$) zugeordnet werden konnten, nahmen eine Mittelposition ein.

5.1.2. Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches von subklinisch essgestörten und nicht-essgestörten Probandinnen

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte nur äußerst gering negativ und nicht signifikant mit dem Grad einer subklinischen Essstörung, gemessen mittels des EAT-Summenwertes ($r = -0,049$). Bei der Ausprägung des Kinderwunsches in den EAT-Risikogruppen ergab sich keine eindeutige und signifikante Tendenz. Beim Vergleich der Kinderwunschgruppen zeigte sich eine Tendenz, dass Probandinnen mit niedrigem Kinderwunsch ein höheres Risiko für eine Essstörung (EAT-Summenwert=8,76) aufwiesen als Probandinnen mit mittlerem (8,03) und hohem Kinderwunsch (7,92). Dies war allerdings nicht signifikant.

5.1.3. Vergleich der Ausprägung des Kinderwunsches von subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen mit anorektischer bzw. bulimischer Tendenz in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Subklinisch essgestörte Probandinnen mit anorektischer Tendenz zeigten einen signifikant niedrigeren Kinderwunsch ($M=6,57$, $s=3,88$) als Probandinnen, die kein erhöhtes Risiko für Essstörungen ($M=8,66$, $s=2,93$) aufwiesen. Der Kinderwunsch von Bulimikerinnen ($M=9,22$, $s=2,85$) war tendenziell höher als der Kinderwunsch von Studienteilnehmerinnen mit unauffälligem Essverhalten. Die Ausprägung des Kinderwunsches der subklinisch Essgestörten mit anorektischer Tendenz war signifikant niedriger als bei Probandinnen mit bulimischer Tendenz (siehe Abb.5.2). Subklinisch Essgestörte mit anorektischer Tendenz befanden sich häufiger in der Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch. Subklinisch Essgestörte mit bulimischer Tendenz zeigten häufiger einen mittleren und einen hohen Kinderwunsch als Studienteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz.

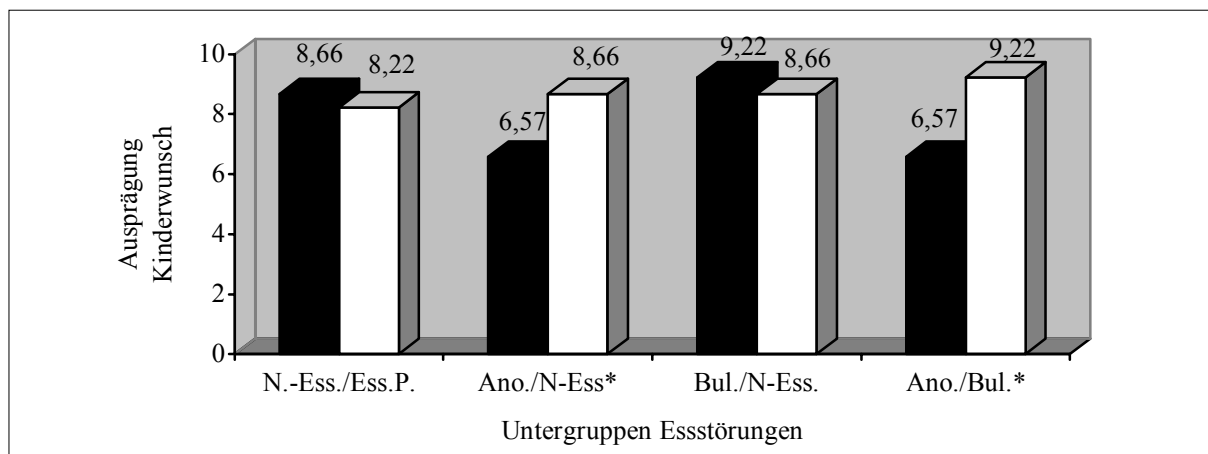


Abb.5.2: Ausprägung des Kinderwunsches bei subklinisch essgestörten Probandinnen [N.-Ess./Ess.P.= Nicht-essgestörte (n=311)/ essgestörte Probandinnen (n=124)=n.s.; Ano./N-Ess.= Subklinisch essgestörte Probandinnen mit anorektischer Tendenz (n=21)/ nicht-essgestörte Probandinnen (n=311): $t=-2,423$, $df=21,564$, $p<0,05$ (*); Bul./N-Ess.= Subklinisch essgestörte Probandinnen mit bulimischer Tendenz (n=27)/ nicht-essgestörte Probandinnen (n=311)=n.s.; Ano./Bul.= Subklinisch essgestörte Probandinnen mit anorektischer Tendenz (n=21)/ Subklinisch essgestörte Probandinnen mit bulimischer Tendenz (n=27): $t=-2,628$, $df=35,466$, $p<0,05$ (*)]

5.1.4. Zusammenfassung: Ausprägung des Kinderwunsches

15,4% der Probanden zeigten eine niedrige, 39% eine mittlere und 45,6% eine hohe Ausprägung des Kinderwunsches. Der Kinderwunsch der Probanden aus den alten Bundesländern war signifikant niedriger ausgeprägt als der Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern. Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte nicht mit dem EAT-Summenwert, der das Risiko für eine Essstörung misst. Die Differenzierung nach der Art der Essstörung zeigte jedoch, dass subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz einen signifikant niedrigeren Kinderwunsch hatten als nicht-essgestörte Probandinnen und subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz. Letztere wiesen einen tendenziell ausgeprägteren Kinderwunsch auf als Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für Essstörungen.

5.2. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch

Die Kinderwunschnotive und die Einstellungen zum Kinderwunsch der Probanden wurden mit dem Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschnativen (LKM) und dem Leipziger Fragebogen zu Einstellungen zum Kinderwunsch (LEK) ermittelt (siehe Kap. 4.3.2).

Die Skalen des LEK spiegeln die Einstellungen zum Kinderwunsch auf gesellschaftlicher Ebene wider. Die Probanden beklagten vor allem die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit Kindern (LEK2, $M=2,44$, $s=0,84$). Pessimistische Zukunftserwartungen (LEK3, $M=1,82$, $s=0,63$) und soziale Stereotype (LEK1, $M=1,73$, $s=0,84$) spielten eine große Rolle bei den Einstellungen der Probanden zum Kinderwunsch.

Die Skalen des LKM bilden persönliche Wertvorstellungen und Verhaltensmuster im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch ab. Die Studienteilnehmer erhofften sich durch eigene Kinder vor allem eine emotionale Stabilisierung (LKM1, $M=2,56$, $s=0,85$) und soziale Anerkennung (LKM3, $M=0,60$, $s=0,59$). Die Versuchsteilnehmer äußerten aber auch eine deutliche Angst vor materiellen Beeinträchtigungen (LKM4, $M=1,75$, $s=0,73$) und vor persönlichen Einschränkungen (LKM2, $M=0,90$, $s=0,60$).

5.2.1. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch im Zusammenhang mit der Ausprägung des Kinderwunsches

Die Ausprägung des Kinderwunsches in der Stichprobe korrelierte positiv und signifikant mit der Skala „Soziale Stereotype“ (LEK Skala 1, $r=0,46$, $p<0,01$) und der Skala „Fehlende gesellschaftliche Unterstützung“ (LEK Skala 2, $r=0,10$, $p<0,01$). Negativ und signifikant korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches mit „Pessimistischen Zukunftserwartungen“ (LEK Skala 3, $r=-0,12$, $p<0,01$).

Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte positiv und signifikant mit der Hoffnung auf „emotionale Stabilisierung“ (LKM Skala 1, $r=0,58$, $p<0,01$) und dem „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ (LKM Skala 3, $r=0,16$, $p<0,01$) durch eigene Kinder. Je höher dagegen die „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ (LKM Skala 2, $r=-0,40$, $p<0,01$) und die „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ (LKM Skala 4, $r=-0,32$, $p<0,01$) ausgeprägt war, desto niedriger fiel auch der Kinderwunsch aus.

Eine ähnliche Tendenz zeichnete sich bei den Kinderwunschgruppen ab. Die Gruppe der Probanden mit niedrigem Kinderwunsch befürworteten signifikant weniger die „sozialen Stereotypen“ im Zusammenhang mit Kindern (z.B. „Zu einer/m richtigen Frau/Mann gehört ein Kind“) als die Probanden mit mittlerem und hohem Kinderwunsch. Studienteilnehmer mit

hohem Kinderwunsch beklagten signifikant stärker die „fehlende gesellschaftliche Unterstützung“ (z.B. „Es fehlt die nötige staatliche Unterstützung für Familien mit Kind“) für das Leben mit Kindern als Versuchspersonen mit niedrigem Kinderwunsch. Dagegen hatte die Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch signifikant „pessimistischere Zukunftsaussichten“ (z.B. „Die Zukunftsaussichten sind zu unsicher, um ein Leben mit Kind zu planen“) als die Gruppen mit mittlerem bzw. hohem Kinderwunsch (siehe Abb.5.3).

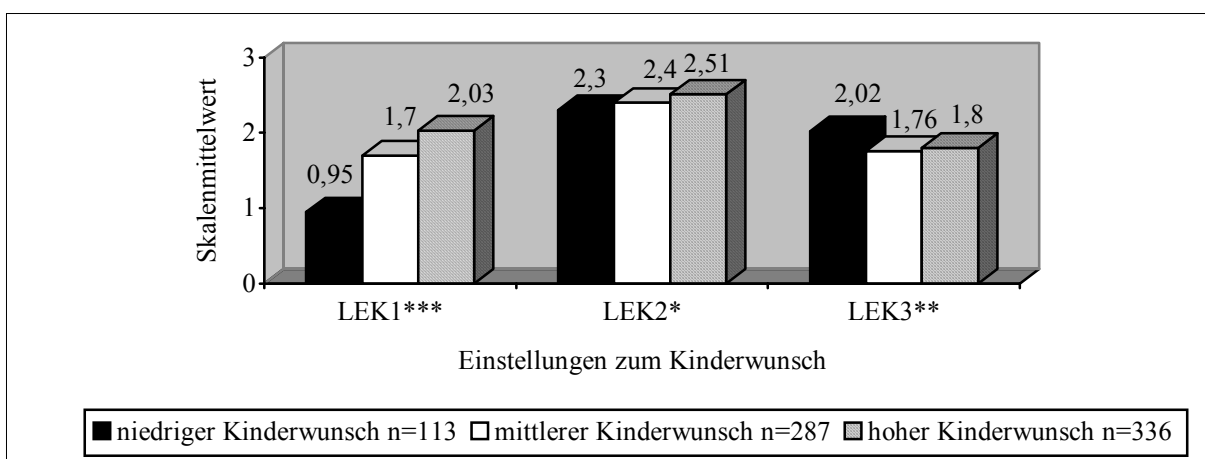


Abb.5.3: Skalenwerte des LEK in den Kinderwunschgruppen (LEK1 = Soziale Stereotype: $df=734$, $F=86,83$, $p<0,001$; LEK2 = Fehlende gesellschaftliche Unterstützung: $df=735$, $F=4,62$, $p<0,05$; LEK3 = Pessimistische Zukunftserwartungen: $df=735$, $F=7,55$, $p<0,01$)

Bei den Kinderwunschmotiven zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Kinderwunschgruppen auf den Skalen LKM1, LKM2 und LKM4. Den „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ (LKM 3) durch eigene Kinder (z. B. „Ein Kind ist für mich notwendig, um als Erwachsener anerkannt zu werden.“) hegten die Probanden der Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch signifikant geringer als die Probanden mit mittlerem und hohem Kinderwunsch. Der Unterschied zwischen letzteren war nicht signifikant.

Die Studienteilnehmer mit hohem Kinderwunsch versprachen sich mehr „emotionale Stabilisierung“ (LKM 1, z.B. „Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meinem/r Partner/in.“) durch eigene Kinder als die Studienteilnehmer mit mittlerem bzw. niedrigem Kinderwunsch. Letztere verbanden dagegen stärker die „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ (LKM 2, z.B. „Mit einem eigenen Kind könnte ich meine Freundschaften nicht so pflegen wie bisher.“) und die „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ (LKM 4, z.B. „Ein Kind zu haben, bedeutet in unserer Gesellschaft ein Handicap.“) mit eigenen Kindern als Versuchspersonen mit mittlerem Kinderwunsch bzw. im geringsten Ausmaß Versuchspersonen mit hohem Kinderwunsch (siehe Abb.5.4).

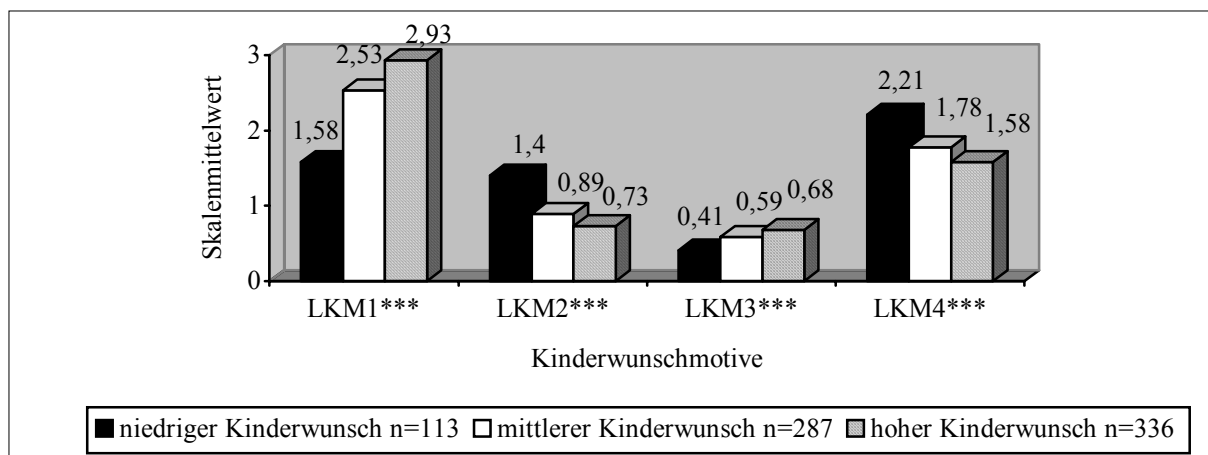


Abb.5.4: Skalenwerte des LKM in den Kinderwunschgruppen (LKM1 = Emotionale Stabilisierung: $df=735$, $F=150,44$, $p<0,001$; LKM2 = Angst vor persönlichen Einschränkungen: $df=735$, $F=59,98$, $p<0,001$; LKM3 = Wunsch nach sozialer Anerkennung: $df=735$, $F=8,72$, $p<0,001$; LKM4 = Angst vor materiellen Beeinträchtigungen: $df=734$, $F=35,19$, $p<0,001$)

5.2.2. Vergleich der Kinderwunschkategorie und der Einstellungen zum Kinderwunsch in den soziodemographischen Teilstichproben

Kinderwunschkategorie und Einstellungen zum Kinderwunsch von weiblichen und männlichen Probanden: Die männlichen Probanden betonten stärker als die weiblichen Probanden die „sozialen Stereotypen“ und den „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ im Zusammenhang mit eigenen Kindern.

Tab.5.1: Kinderwunschkategorie und Einstellungen zum Kinderwunsch von weiblichen und männlichen Probanden

Skala	weibl./männl. Prob.	Anzahl Prob.	Mittelwert	Standardabweich.	Signifikanz
LEK1 Soziale Stereotype	weibliche Prob.	n=436	1,67	0,84	p<0,05
	männliche Prob.	n=299	1,83	0,84	
LEK2 Fehlende gesell. Unterstützung	weibliche Prob.	n=437	2,57	0,68	p<0,001
	männliche Prob.	n=299	2,25	0,71	
LEK3 Pessimist. Zukunftserwartungen	weibliche Prob.	n=437	1,85	0,63	n.s., p=0,05
	männliche Prob.	n=299	1,76	0,61	
LKM1 Emotionale Stabilisierung	weibliche Prob.	n=437	2,56	0,84	n.s.
	männliche Prob.	n=299	2,57	0,87	
LKM2 Angst vor pers. Einschränkungen	weibliche Prob.	n=437	0,90	0,60	n.s.
	männliche Prob.	n=299	0,90	0,59	
LKM3 Wunsch n. sozialer Anerkennung	weibliche Prob.	n=437	0,51	0,54	p<0,001
	männliche Prob.	n=299	0,74	0,64	
LKM4 Angst vor mat. Beeinträchtigungen	weibliche Prob.	n=436	1,80	0,73	p<0,05
	männliche Prob.	n=299	1,69	0,73	

Die weiblichen Studienteilnehmer beklagten stärker die „fehlende gesellschaftliche Unterstützung“ und hatten „pessimistischere Zukunftsaussichten“ sowie eine größere „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ durch Kinder als die männlichen Studienteilnehmer (siehe Tab.5.1).

Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch von Schülern und Studenten: Die befragten Studenten betonten stärker als die Schüler die „sozialen Stereotype“ und die „fehlende gesellschaftliche Unterstützung“. Für die Probanden aus den Schulen spielten die „pessimistischen Zukunftserwartungen“, die „Angst vor persönlichen Einschränkungen“, der „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ und die „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ im Zusammenhang mit eigenen Kindern eine größere Rolle als für die studentischen Probanden (siehe Tab.5.2).

Tab.5.2: Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch von Schülern und Studenten

Skala	Schüler/ Student	Anzahl der Probanden	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanz
LEK1 Soziale Stereotype	Schüler Studenten	n=369 n=366	1,67 1,79	0,82 0,86	n.s. p=0,05
LEK2 Fehlende gesellschaftliche Unterstützung	Schüler Studenten	n=369 n=367	2,37 2,51	0,68 0,73	p<0,01
LEK3 Pessimistische Zukunftserwartungen	Schüler Studenten	n=369 n=367	1,91 1,72	0,63 0,60	p<0,001
LKM1 Emotionale Stabilisierung	Schüler Studenten	n=369 n=367	2,58 2,55	0,88 0,82	n.s.
LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	Schüler Studenten	n=369 n=367	0,97 0,82	0,62 0,57	p<0,01
LKM3 Wunsch nach sozialer Anerkennung	Schüler Studenten	n=369 n=367	0,69 0,52	0,69 0,52	p<0,001
LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	Schüler Studenten	n=368 n=367	1,81 1,69	0,74 0,71	p<0,05

Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern, den alten Bundesländern und dem Ausland: Die „sozialen Stereotypen“ und die „fehlende gesellschaftliche Unterstützung“ im Zusammenhang mit eigenen Kindern hatten für die Probanden aus den neuen Bundesländern eine signifikant größere Bedeutung als für die Probanden aus den alten Bundesländern und für die Probanden, die ausländischer Herkunft waren (siehe Tab.5.3).

Tab.5.3: Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern (NBL), den alten Bundesländern (ABL) und dem Ausland (Aus.)

Skala	NBL/ABL/Aus.	Anzahl der Probanden	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz
LEK1 Soziale Stereotype	NBL	n=568	1,82	0,82	p<0,001
	ABL	n=123	1,38	0,86	
	Aus.	n=26	1,71	1,00	
LEK2 Fehlende gesellschaftliche Unterstützung	NBL	n=569	2,53	0,68	p<0,001
	ABL	n=123	2,12	0,74	
	Aus.	n=26	2,08	0,71	
LEK3 Pessimistische Zukunftserwartungen	NBL	n=569	1,83	0,59	n.s.
	ABL	n=123	1,71	0,73	
	Aus.	n=26	1,95	0,71	
LKM1 Emotionale Stabilisierung	NBL	n=569	2,62	0,81	n.s.
	ABL	n=123	2,32	0,94	
	Aus.	n=26	2,51	0,89	
LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	NBL	n=569	0,89	0,59	n.s.
	ABL	n=123	0,92	0,61	
	Aus.	n=26	1,01	0,79	
LKM3 Wunsch nach sozialer Anerkennung	NBL	n=569	0,61	0,58	n.s.
	ABL	n=123	0,52	0,59	
	Aus.	n=26	0,84	0,63	
LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	NBL	n=568	1,78	0,72	n.s.
	ABL	n=123	1,63	0,72	
	Aus.	n=26	1,67	0,90	

5.2.3. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Der EAT-Summenwert korrelierte positiv und signifikant mit der LEK-Skala „Pessimistische Zukunftserwartungen“ ($r=0,17$, $p<0,01$), der LKM-Skala „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ ($r=0,16$, $p<0,01$) und der LKM-Skala „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“ ($r=0,16$, $p<0,01$).

Bei der Betrachtung der EAT-Risikogruppen zeigte sich, dass die Probandinnen mit einem hohen Risiko für eine Essstörung signifikant „pessimistischere Zukunftsaussichten“ und eine größere „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ aufwiesen als die Probandinnen mit einem niedrigen bzw. mittlerem Risiko. Die Studienteilnehmerinnen aus der Gruppe mit einem hohen Risiko für eine Essstörung äußerten eine signifikant größere „Angst vor

materiellen Beeinträchtigungen“ als die Studienteilnehmerinnen aus der Gruppe mit einem niedrigen Risiko (siehe Tab.5.4).

Tab.5.4: Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch der Probandinnen mit einem niedrigen, mittleren und hohen Risiko für eine Essstörung

Skala	EAT-Risikogruppe	Anzahl der Probanden	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz
LEK1 Soziale Stereotype	0-9 niedriges Risiko	n=310	1,72	0,83	n.s.
	10-19 mittleres Risiko	n=79	1,53	0,84	
	>=20 hohes Risiko	n=45	1,54	0,84	
LEK2 Fehlende gesellschaftliche Unterstützung	0-9 niedriges Risiko	n=311	2,59	0,67	n.s.
	10-19 mittleres Risiko	n=79	2,50	0,75	
	>=20 hohes Risiko	n=45	2,56	0,62	
LEK3 Pessimistische Zukunftserwartungen	0-9 niedriges Risiko	n=311	1,81	0,61	p<0,01
	10-19 mittleres Risiko	n=79	1,84	0,69	
	>=20 hohes Risiko	n=45	2,16	0,62	
LKM1 Emotionale Stabilisierung	0-9 niedriges Risiko	n=311	2,54	0,83	n.s.
	10-19 mittleres Risiko	n=79	2,63	0,83	
	>=20 hohes Risiko	n=45	2,55	0,91	
LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	0-9 niedriges Risiko	n=311	0,85	0,60	p<0,01
	10-19 mittleres Risiko	n=79	0,95	0,59	
	>=20 hohes Risiko	n=45	1,16	0,62	
LKM3 Wunsch nach sozialer Anerkennung	0-9 niedriges Risiko	n=311	0,50	0,54	n.s.
	10-19 mittleres Risiko	n=79	0,53	0,53	
	>=20 hohes Risiko	n=45	0,54	0,54	
LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	0-9 niedriges Risiko	n=310	1,74	0,73	p<0,05
	10-19 mittleres Risiko	n=79	1,88	0,69	
	>=20 hohes Risiko	n=45	2,05	0,74	

5.2.4. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen mit anorektischer bzw. bulimischer Tendenz in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Die subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz betonten tendenziell stärker als die Versuchsteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz die „sozialen Stereotypen“ (n.s. $p=0,09$), den „Wunsch nach emotionaler Stabilisierung“ ($p<0,05$) und den „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ ($p<0,05$) durch eigene Kinder. Die Unterschiede auf den übrigen LEK- und LKM-Skalen waren nicht signifikant.

Subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer Tendenz waren soziale Stereotype tendenziell (n.s. $p=0,069$) und der Wunsch nach sozialer Anerkennung ($p<0,05$) signifikant weniger wichtig als den Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung. Die Unterschiede auf den übrigen LEK- und LKM-Skalen waren nicht signifikant.

Subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz hatten hinsichtlich eigener Kinder pessimistischere Zukunftserwartungen ($p<0,01$) und eine größere Angst vor persönlichen (n.s. $p=0,056$) und materiellen Einschränkungen ($p<0,05$), aber auch eine größere Erwartung an eine emotionale Stabilisierung ($p<0,05$) durch eigene Kinder als Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung.

5.2.5. Kinderwunsch-Index

Als Summenwert der vier Skalen des LKM wurde der „Kinderwunsch-Index“ berechnet (siehe Kap.4.3.2), der die Ambivalenz des persönlichen Kinderwunsches darstellt (siehe Tab.5.5).

Zwischen dem Kinderwunsch-Index der weiblichen und männlichen Probanden zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Die Versuchsteilnehmer aus den Schulen wiesen eine signifikant höhere Ambivalenz des Kinderwunsches auf als die studentischen Versuchsteilnehmer. Die Studienteilnehmer aus den NBL zeigten eine signifikant höhere Ambivalenz des Kinderwunsches als die Studienteilnehmer aus den ABL. Diese Tendenzen in den soziodemographischen Teilstichproben blieben auch bei getrennter Untersuchung von männlichen und weiblichen Probanden stabil.

Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für eine Essstörung hatten einen signifikant höheren Kinderwunsch-Index (=Ambivalenz des Kinderwunsches) als Probandinnen ohne ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung. Die Versuchsteilnehmerinnen zeigten mit dem Ansteigen der EAT-Risikogruppen (niedriges, mittleres und hohes Risiko für eine Essstörung) ein signifikantes Anwachsen der Ambivalenz des Kinderwunsches. Subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz hatten einen signifikant höheren Kinderwunsch-Index als subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz. Letztere zeigten einen im Vergleich zu Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für Essstörungen niedrigeren (n.s.) Kinderwunsch-Index. Subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz wiesen einen signifikant höheren Kinderwunsch-Index als Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für Essstörungen auf (siehe Tab.5.5).

Tab.5.5 Kinderwunsch-Index

Stichprobe	Anzahl	Mittelwert	Standard- abweichung	df	Prüf- größe	Signifikanz
GSP	n=718	35,00	9,90			
weiblich	n=428	34,58	10,16	716	-1,40	n.s. (p=0,16)
männlich	n=290	35,63	9,50		(t)	
Schüler	n=356	36,53	10,22	708	4,124	p<0,001
Student	n=362	33,51	9,36		(t)	
Ost	n=561	35,49	9,86	675	3,069	p<0,01
West	n=116	32,40	10,03		(t)	
nur weibliche Probanden: EAT 0-9 niedriges Risiko	n=306	33,73	10,17	426	-2,776	p<0,01
EAT >=10 erhöhtes Risiko	n=122	36,72	9,84		(t)	
nur weibliche Probanden: EAT 0-9 niedriges Risiko	n=306	33,73	10,17	427	4,450	p<0,05
EAT 10-19 mittleres Risiko	n=78	35,97	9,59		(F)	
EAT >=20 hohes Risiko	n=44	38,05	10,24			
nur weibliche, subklinisch essgestörte Probanden: anorektische Tendenz	n=20	32,20	9,27	45	-2,946	p<0,01
bulimische Tendenz	n=27	39,96	8,68		(t)	
nur weibliche Probanden: subklinisch essgestört mit anorektischer Tendenz	n=20	32,2,	9,27	324	-0,653	n.s.(p=0,51)
nicht-essgestört	n=306	33,73	10,17		(t)	
nur weibliche Probanden: subklinisch essgestört mit bulimischer Tendenz	n=27	39,96	8,68	331	3,088	p<0,01
nicht-essgestört	n=306	33,73	10,17		(t)	

5.2.6. Zusammenfassung: Kinderwunschl motive und Einstellungen zum Kinderwunsch

Die Probanden beklagten vor allem die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit Kindern. Durch eigene Kinder erhofften sich die Studienteilnehmer vor allem eine emotionale Stabilisierung.

Je wichtiger die Probanden soziale Stereotype und emotionale Stabilisierung durch eigene Kindern einschätzten, desto stärker war der Kinderwunsch ausgeprägt. Je stärker dagegen die Angst vor materiellen Beeinträchtigungen und persönlichen Einschränkungen war, desto niedriger fiel der Kinderwunsch aus.

Die männlichen Versuchsteilnehmer betonten stärker als die weiblichen Versuchsteilnehmer den Wunsch nach sozialer Anerkennung durch eigene Kinder. Die weiblichen Studienteilnehmer beklagten stärker als die männlichen Studienteilnehmer die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit Kindern und hatten eine größere Angst vor materiellen Beeinträchtigungen durch eigene Kinder.

Für die Probanden aus den Schulen spielten die pessimistischen Zukunftserwartungen, die Angst vor persönlichen Einschränkungen, der Wunsch nach sozialer Anerkennung und die Angst vor materiellen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit eigenen Kindern eine größere Rolle als für die studentischen Probanden. Letztere bemängelten eher die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit Kindern.

Die Versuchsteilnehmer aus den NBL betonten stärker die sozialen Stereotypen und beklagten mehr die fehlende gesellschaftliche Unterstützung als die Versuchsteilnehmer aus den ABL.

Mit wachsendem Risiko für eine Essstörung stiegen die pessimistischen Zukunftserwartungen und die Angst vor materiellen Beeinträchtigungen und persönlichen Einschränkungen durch eigene Kinder der Studienteilnehmerinnen an. Der Wunsch nach sozialer Anerkennung und nach emotionaler Stabilisierung durch eigene Kinder war bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer Tendenz niedriger ausgeprägt als bei Probandinnen ohne ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung und subklinisch essgestörten Probandinnen mit bulimischer Tendenz. Letztere zeigten hinsichtlich eigener Kinder pessimistischere Zukunftserwartungen und eine größere Angst vor materiellen Beeinträchtigungen, aber auch eine größere Erwartung an eine emotionale Stabilisierung durch eigene Kinder als Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung.

Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für eine Essstörung hatten einen höheren Kinderwunsch-Index (=Ambivalenz des Kinderwunsches) als Probandinnen ohne ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung. Subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz hatten einen signifikant höheren Kinderwunsch-Index als subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz.

5.3. Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie

Dieses Kapitel stellt einen Versuch dar, das Konzept der widerstreitenden Lebensmotive Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand auf der einen und Familie auf der anderen Seite zu überprüfen, Auswirkungen auf die Ausprägung des Kinderwunsches zu erfassen und Präferenzen der Lebensmotive in den soziodemographischen Teilstichproben und bei subklinisch essgestörten Probandinnen zu untersuchen.

Aus den Items der Fragebögenanteile F und H, die Fragen zur Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand beinhalteten (z.B.: „Mir ist es wichtig, im Beruf Erfolg zu haben“), wurde ein Summenwert gebildet. Je höher der Summenwert, desto mehr war der befragte Proband auf Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand orientiert. Ebenso wurden Items, mit denen die Familienorientierung (z.B.: „Mir ist es wichtig, in der Lage zu sein, meinen Kindern genug Liebe und Aufmerksamkeit zu widmen“) erfragt wurde, zu einem Summenwert addiert (siehe auch Kap.4.3.3.). Der Mittelwert der Gesamtstichprobe betrug bei dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand (SKW.)“ 1,39 ($s=0,29$) und bei dem Summenwert „Familie (Fa.)“ 1,46 ($s=0,38$).

Außerdem wurden die Items einer Faktorenanalyse unterzogen. Es ergab sich dabei nur ein interpretierbarer Faktor, aus dem die Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ gebildet wurde (Kronbachs Alpha = 0,69, siehe Kap.4.3.3 und Tab.4.3).

Aus den Items des Fragebogenteils G, in dem die Probanden angeben konnten, mit wievielen eigenen Kindern sie sich die Verwirklichung verschiedener, aufgelisteter Lebensziele vorstellen könnten, wurde ein Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“ gebildet. Je höher dieser Summenwert ausfiel, desto mehr wollten die Versuchsteilnehmer Kinder in ihren geplanten Lebensweg integrieren (siehe auch Kap.4.3.3.). Der Mittelwert der Gesamtstichprobe betrug bei dem Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“ 28,85 ($s=5,67$).

5.3.1. Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie im Zusammenhang mit der Ausprägung des Kinderwunsches

Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte in der Gesamtstichprobe positiv und signifikant ($p<0,01$) mit dem Summenwert „Familie“ (0,34) und „Kinderzahl/Lebensziele“ (0,41). Sie korrelierte negativ und signifikant ($p<0,01$) mit dem Summenwert

„Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ (- 0,28) und der Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ (-0,28).

Bei den weiblichen Probanden korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches im Vergleich zu den männlichen Probanden schwächer positiv mit dem Summenwert „Familie“ (0,27 zu 0,44, $p < 0,01$) und stärker positiv mit dem Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“ (0,44 zu 0,37, $p < 0,01$). Die Ausprägung des Kinderwunsches der weiblichen Studienteilnehmerinnen korrelierte stärker negativ als die der männlichen Studienteilnehmer mit dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ (- 0,34 zu - 0,18, $p < 0,01$) und dem Faktor „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ (- 0,32 zu - 0,21, $p < 0,01$).

5.3.2. Präferenzen im Spannungsfeld zwischen

Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie in den soziodemographischen Teilstichproben

Weibliche und männliche Probanden im Vergleich: Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Probanden.

Schülern und Studenten im Vergleich: Die Studienteilnehmer aus den Schulen betonten Aussagen, die in dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ ($M=1,41$, $s=0,30$) zusammengefasst sind, und der Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ ($M=1,50$, $s=0,40$) signifikant stärker als die studentischen Studienteilnehmer ($M=1,36$, $s=0,29$; $p < 0,05$ bzw. $M=1,36$, $s=0,41$, $p < 0,001$). Letzteren waren Aussagen, die in dem Summenwert „Familie“ ($M=1,49$, $s=0,35$) eingingen, signifikant wichtiger als den Versuchsteilnehmern aus den Schulen ($M=1,44$, $s=0,40$; $p < 0,05$). Die studentischen Probanden (Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“: $M=29,27$, $s=5,4$) gaben auch eine signifikant größere Zahl an Kindern an, mit denen sie sich die Verwirklichung ihrer Ziele noch vorstellen konnten, als die Schüler ($M=28,42$, $s=5,9$; $p < 0,05$).

Probanden aus den neuen Bundesländern, den alten Bundesländern und dem Ausland im Vergleich: Die Unterschiede bezüglich des Summenwertes „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, der Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ und des Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“ waren nicht signifikant. Probanden aus den neuen Bundesländern ($M=1,48$, $s=0,37$) und Probanden mit ausländischer Herkunft ($M=1,49$, $s=0,33$) befürworteten stärker als die Probanden aus den alten Bundesländern ($M=1,38$, $s=0,41$) die Items, die in dem Summenwert „Familie“ zusammengefasst wurden. Der Unterschied zwischen Studienteilnehmern aus den neuen und aus den alten Bundesländern war bei diesem Summenwert signifikant.

5.3.3. Präferenzen im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Die Probandinnen mit einem niedrigen Risiko für eine Essstörung ($M=1,34$, $s=0,28$) befürworteten signifikant geringer als die Probandinnen mit mittlerem ($M=1,44$, $s=0,27$) bzw. hohem Risiko für eine Essstörung ($M=1,51$, $s=0,30$) die Items, die in den Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ eingingen. Die Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ war für die Studienteilnehmerinnen mit einem hohen Risiko ($M=1,65$, $s=0,32$) signifikant wichtiger als für die Studienteilnehmerinnen mit mittlerem Risiko ($M=1,52$, $s=0,39$), und sie war für diese wiederum signifikant wichtiger als für Studienteilnehmerinnen mit einem niedrigen Risiko ($M=1,35$, $s=0,40$). Bei dem Summenwert „Familie“ und dem Summenwert „Kinderzahl/Lebensziele“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probandinnen der drei EAT-Risikogruppen.

Bei der zwei-dimensionalen Betrachtung von Probandinnen mit erhöhtem und nicht-erhöhtem Risiko für eine Essstörung zeigten sich signifikante Unterschiede bei dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, der Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ und dem Summenwert „Familie“ (siehe Abb.5.5). Der Mittelwertsunterschied bezüglich des Summenwertes „Kinderzahl/Lebensziele“ war nicht signifikant.

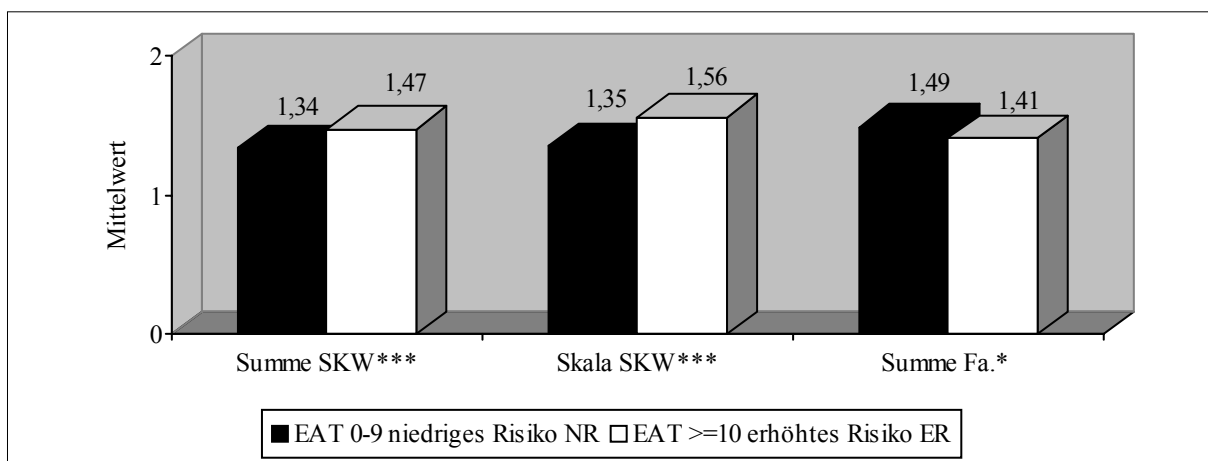


Abb.5.5: Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen (Summe SKW=Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, NR: $s=0,28$, ER: $s=0,28$, $p<0,001$ (***); Skala SKW=Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, NR: $s=0,40$, ER: $s=0,37$, $p<0,001$ (***); Summe Fa.=Summenwert „Familie“, NR: $s=0,37$, ER: $s=0,36$, $p<0,05$ (*)).

Der EAT-Summenwert korrelierte positiv und signifikant mit dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ ($r=0,24$, $p<0,01$) und der Skala

„Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ ($r=0,28$, $p<0,01$). Die Summenwerte „Familie“ und „Kinderzahl/Lebensziele“ korrelierten negativ, aber nicht signifikant mit dem EAT-Summenwert.

5.3.4. Präferenzen im Spannungsfeld zwischen

Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen mit anorektischer bzw. bulimischer Tendenz in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Die Mittelwerte der Summenwerte „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, „Familie“, „Kinderzahl/Lebensziele“ und der Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ von subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz wichen nicht signifikant voneinander ab.

Subklinisch essgestörte Probandinnen mit anorektischer Tendenz ($M=1,51$, $s=0,33$) betonten signifikant stärker als Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung ($M=1,35$; $s=0,40$, $p<0,05$) die Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“ und tendenziell stärker den Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“. Die Versuchsteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung wiesen tendenziell höhere Mittelwerte der Summenwerte „Familie“ und „Kinderzahl/Lebensziele“ auf als subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen mit anorektischer Tendenz.

Subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz (Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“: $M=1,51$, $s=0,27$; Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“: $M=1,58$, $s=0,34$) stuften Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand signifikant höher ein als Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung (Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“: $M=1,35$, $s=0,40$, $p<0,01$; Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“: $M=1,34$, $s=0,28$, $p<0,01$). Der Mittelwert des Summenwertes „Familie“ war nahezu gleich. Der Mittelwert des Summenwertes „Kinderzahl/Lebensziele“ lag bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit bulimischer Tendenz tendenziell niedriger als bei Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung.

5.3.5. Zusammenfassung: Präferenzen im Spannungsfeld zwischen

Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie

Erwartungsgemäß korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches der Probanden positiv mit hoher Familienorientierung und einer erhöhten Bereitschaft, Kinder in den Lebensweg zu integrieren. Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte dagegen besonders bei den

weiblichen Probanden negativ mit einer hohen Orientierung an Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand.

Den Versuchsteilnehmern aus den Schulen waren Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand wichtiger als den studentischen Versuchsteilnehmern. Letztere zogen vergleichsweise stärker die Familie und Kinder vor.

Die Studienteilnehmer aus den NBL waren familienfreundlicher eingestellt als die Studienteilnehmer aus den ABL.

Je höher das Risiko für eine Essstörung ausgeprägt war, desto wichtiger empfanden die Probandinnen Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand. Die Probandinnen ohne ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung waren familienfreundlicher eingestellt.

Subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen sowohl mit anorektischer wie auch mit bulimischer Tendenz betonten stärker Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand als Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen subklinisch essgestörten Versuchsteilnehmerinnen mit anorektischer und bulimischer Tendenz.

5.4. Prädiktoren des Kinderwunsches

Es wurden potentielle Prädiktoren des Kinderwunsches analysiert. Dabei wurden zunächst in einem univariaten Ansatz Zusammenhänge zwischen der Ausprägung des Kinderwunsches und von verschiedenen soziodemographischen Merkmalen, Pubertätsbeginn, Leistungsorientierung, Substanzenabusus, weiblichen Vorbildern und Geschlechtsrollenorientierung deskriptiv und interferenzstatistisch betrachtet (siehe Kap.4.3.1. und 4.3.4.). Weiterhin wurden mittels multipler linearer Regressionsanalysen metrische Skalen auf ihren prädiktiven Vorhersagewert der Ausprägung des Kinderwunsches untersucht.

5.4.1. Univariate Analyse

Bei kategorialen Items wurden Mittelwertsvergleiche der Ausprägung des Kinderwunsches durchgeführt. Außerdem wurde die Häufigkeit des Vorkommens eines Merkmals in den Kinderwunschgruppen untersucht. Metrische Daten wurden mit der Ausprägung des Kinderwunsches korreliert.

Tab.5.7: Soziodemographische Merkmale

Soziodemographisches Merkmal	Verteilung der Probanden in die Kinderwunschgruppen in Abhängigkeit von dem soziodemo. Merkmal (Häufigkeit)	Ausprägung des Kinderwunsches (Mittelwertsvergleich)
Konfessionalität	Keine signif. Häufung	Keine signif. Unterschiede
Schulabschluss der Mutter	<p>8./9. Klasse: niedriger KW: 14,9% mittlerer KW: 59,6% hoher KW: 25,5%</p> <p>10. Klasse: niedriger KW: 13,4% mittlerer KW: 44,1% hoher KW: 42,5%</p> <p>Abitur: niedriger KW: 16,8% mittlerer KW: 32,5% hoher KW: 50,7%</p> <p>$\chi^2=19,39$; $df=4$; $p<0,01$</p>	Keine sig. Unterschiede (einfaktorielle Varianzanalyse, ANOVA)
Berufsausbildung der Mutter	<p>Keine Berufsausbild.: niedriger KW: 18,8% mittlerer KW: 56,3% hoher KW: 25,0%</p> <p>Lehre: niedriger KW: 15,5% mittlerer KW: 43,3% hoher KW: 41,2%</p> <p>Studium: niedriger KW: 14,8% mittlerer KW: 34,1% hoher KW: 51,1%</p> <p>$\chi^2=10,60$; $df=4$; $p<0,05$</p>	Keine signifikanten Unterschiede (einfaktorielle Varianzanalyse, ANOVA)
Bildungsschicht der Mutter	<p>Abschluss 8. Klasse: niedriger KW:15,2% mittlerer KW:60,9% hoher KW: 23,9%</p> <p>Abschluss 10. Klasse: niedriger KW:14,1% mittlerer KW:44,3% hoher KW: 41,6%</p> <p>Abitur, ohne Studium:niedriger KW:23,6% mittlerer KW:29,1% hoher KW: 47,3%</p> <p>Abgeschlo. Studium: niedriger KW: 14,8% mittlerer KW: 34,1% hoher KW: 51,1%</p> <p>$\chi^2=22,03$; $df=6$; $p<0,01$</p>	<p>t-Test: Abgeschlo. Studium (M=8,54) und Abschluss 8. Klasse (M=7,72): $p=0,07$</p> <p>Einfaktorielle Varianzanalyse, (ANOVA): keine signifikanten Unterschiede</p>

Soziodemographisches Merkmal	Verteilung der Probanden in die Kinderwunschgruppen in Abhängigkeit von dem soziodemo. Merkmal (Häufigkeit)	Ausprägung des Kinderwunsches (Mittelwertsvergleich)
Arbeitsform der Mutter	Vollzeit erwerbstätig: niedriger KW: 13,3% mittlerer KW: 37,8% hoher KW: 49,0% Teilzeit erwerbstätig: niedriger KW: 18,5% mittlerer KW: 42,3% hoher KW: 39,2% Hausfrau: niedriger KW: 25,0% mittlerer KW: 28,3% hoher KW: 46,7% arbeitslos: niedriger KW: 10,4% mittlerer KW: 54,2% hoher KW: 35,4% $\chi^2=26,26$; $df=6$; $p<0,01$	Keine signifikanten Unterschiede (einfaktorielle Varianzanalyse, ANOVA)
Schulabschluss des Vaters	Keine signifikante Häufung	Keine signifikanten Unterschiede
Berufsausbildung des Vaters	Keine signifikante Häufung	Keine signifikanten Unterschiede
Bildungsschicht des Vaters	Keine signifikante Häufung	Keine signifikanten Unterschiede
Arbeitsform des Vaters	Keine signifikante Häufung	Keine signifikanten Unterschiede
Familienstand der Eltern	Keine signifikante Häufung	t-Test: Nicht-verheiratete (M=9,16) und verheiratete Eltern (M=8,31): $p=0,07$ Einfaktorielle Varianzanalyse, (ANOVA): Nicht-verheiratete, verheiratete und geschiedene Eltern: keine signifikanten Unterschiede
Anzahl der Geschwister	Keine sig. Häufung	Einfaktorielle Varianzanalyse, (ANOVA): Mehr als zwei Geschwister (M=9,23) verglichen mit kein (M=8,31), ein (M=8,35) und zwei Geschwister (M=8,17): $p<0,05$

Pubertätsentwicklung: Sowohl die Frage nach dem Alter, in dem die Menarche bei den weiblichen Probanden einsetzte als auch die Angaben der männlichen Probanden zu dem Alter, in dem der Stimmbruch stattfand, ergaben keinen signifikanten Zusammenhang mit der Ausprägung des Kinderwunsches der Probanden. Auch die Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer, ob ihre Pubertät früher, gleichzeitig oder später als die der Altersgenossen begann, ergab keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Kinderwunsch der Probanden.

Leistungen in der Schule bzw. der Universität im Vergleich zu den Kollegen: Je besser sich die Probanden im Vergleich zu ihren Kollegen einschätzten, desto höher war der Kinderwunsch. Schüler bzw. Studenten, die sich als sehr gut einschätzten, hatten den größten Kinderwunsch ($M=8,73$, $s=2,94$). Weniger gute Schüler bzw. Studenten hatten einen signifikant niedrigeren Kinderwunsch als die Probanden, die sich als sehr gut, gut oder mittelmäßig einstuften ($df=3$, $F=3,10$, $p<0,05$).

Substanzenabusus: Studienteilnehmer, die angaben, nie zu rauchen, nie Alkohol zu trinken und nie illegale Drogen zu konsumieren, wiesen jeweils den höchsten Kinderwunsch auf. Es zeigte sich jedoch keine eindeutige Tendenz je nach Häufigkeit des Gebrauchs der Substanzen (täglich, mehrmals pro Woche, seltener, nie) und auch keine Signifikanz der Unterschiede. Die Ausnahme bildete der signifikante Unterschied zwischen der Ausprägung des Kinderwunsches von Versuchspersonen, die täglich rauchen ($M=7,77$, $s=3,04$) und denen, die nie rauchen ($M=8,54$; $s=2,93$; $df=554$; $t=-2,46$; $p<0,05$).

Weibliche Vorbilder: Ein hoch signifikanter ($p<0,001$) Unterschied bestand zwischen dem Kinderwunsch der Probanden, die Mutter Theresa als Vorbild angaben (insgesamt höchster Mittelwert= $9,24$, $s=2,56$) und dem Kinderwunsch der Probanden, die das Model Cindy Crawford als Vorbild benannten (insgesamt niedrigster Mittelwert= $7,90$, $s=3,05$).

Der Kinderwunsch der Studienteilnehmer, die erfolgreiche Frauen aus Politik und Literatur als Vorbilder angaben, war ebenfalls relativ niedrig: Es zeigte sich ein Unterschied des vergleichsweise hohen Kinderwunsches von Probanden, die Mutter Theresa vorbildlich fanden zu dem niedrigen Kinderwunsch der Probanden, die Rita Süßmuth ($M=7,95$, $s=3,25$, $p=0,052$), Dagmar Schipanski ($M=8,02$, $s=2,94$, $p<0,01$) und Christa Wolf ($M=8,04$, $s=3,45$, $p<0,05$) als ihr Vorbild angaben.

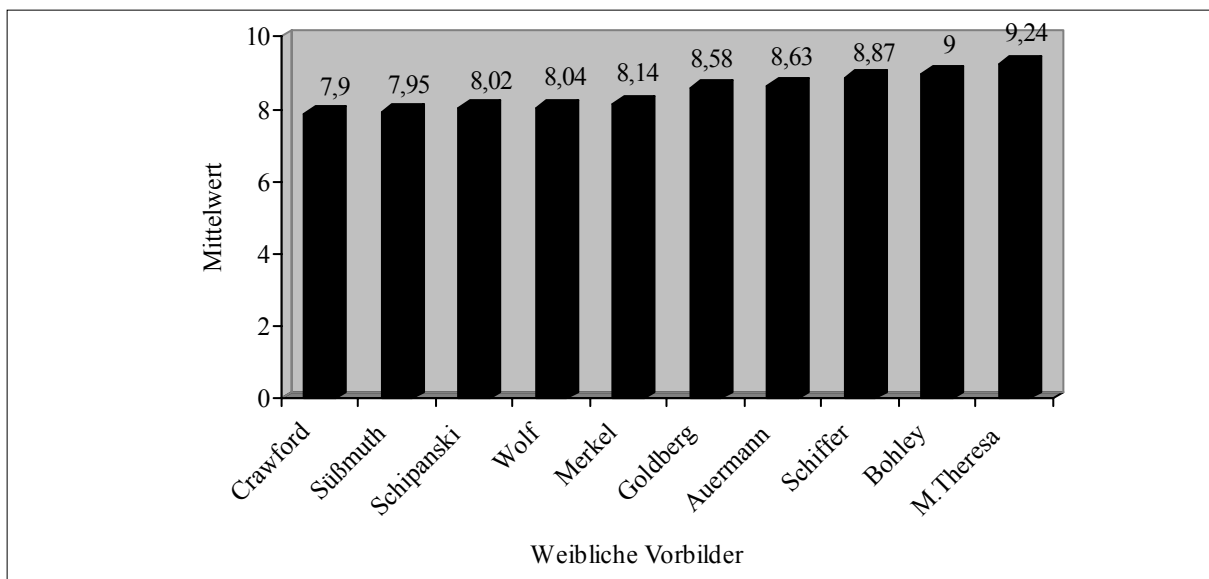


Abb.5.6 Ausprägung des Kinderwunsches und weibliche Vorbildpersönlichkeiten (Cindy Crawford n=138, Rita Süßmuth n=20, Dagmar Schipanski n=52, Christa Wolf n=54, Angela Merkel n=7, Whoopie Goldberg n=177, Nadja Auermann n=71, Claudia Schiffer n=38, Bärbel Bohley n=14, Mutter Theresa n=98; siehe auch Tab.4.6)

Geschlechtsrollenorientierung: Die Geschlechtsrollenorientierung wurde mit dem Bem Sex-Role-Inventory (BSRI) erfasst. Das BSRI misst über die drei Skalen „Femininitätsskala“, „Maskulinitätsskala“ und „Androgynitätsskala“ (=Differenz der Femininitätsskala und der Maskulinitätsskala) die Geschlechtsrollenorientierung der Probanden. Die „neutrale Skala“ bildet die soziale Erwünschtheit und ihren Stellenwert für die Versuchsteilnehmer ab (siehe Kap. 4.3.4).

In der Gesamtstichprobe stieg der Mittelwert auf der Feminitätsskala von Studienteilnehmern, die der Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch ($M=90,15$, $s=12,18$) angehörten über Studienteilnehmer mit mittlerem Kinderwunsch ($M=93,33$, $s=11,57$) zu Studienteilnehmern mit hohem Kinderwunsch ($M=96,77$, $s=10,83$) signifikant ($p < 0,001$) an.

Auf der Maskulinitätsskala war keine eindeutige Tendenz zu verzeichnen. Zwar fällt der Mittelwert von der Gruppe der Probanden mit niedrigem ($M=95,17$, $s=14,43$) zu hohem Kinderwunsch ($M=94,87$, $s=13,04$) ab, doch die Probanden der Gruppe mit mittlerem Kinderwunsch ($M=96,41$, $s=13,57$) wiesen die höchste Ausprägung der maskulinen Geschlechtsrollenorientierung auf.

Mit wachsender Ausprägung des Kinderwunsches stieg der Androgynitätswert in Richtung positiver, d.h. femininer Werte. Der Unterschied zwischen niedrigem ($M=-5,03$, $s=17,68$), mittlerem ($M=-3,08$, $s=15,46$) und hohem Kinderwunsch ($M=1,90$, $s=14,90$) war höchst signifikant ($p < 0,001$).

Die Ausprägung des Kinderwunsches war mit der Betonung der sozialen Erwünschtheit (=neutrale Skala) assoziiert. Der Unterschied zwischen der Gruppe mit niedrigem Kinderwunsch ($M=98,98$, $s=12,50$), mittlerem ($M=102,91$, $s=9,98$) und hohem Kinderwunsch ($M=103,30$, $s=10,84$) war signifikant ($p<0,01$).

Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte positiv und sehr signifikant ($p<0,01$) mit der femininen Skala (0,21), der neutralen Skala (0,12) und dem Androgynitätswert (0,19).

In der Beurteilung der Geschlechtsrollenorientierung und ihrer Funktion als Prädiktor des Kinderwunsches schien eine getrennte Betrachtung der weiblichen und männlichen Probanden angebracht.

Je höher der Kinderwunsch bei den weiblichen Studienteilnehmer ausgeprägt war, desto mehr wurde Items der Feminitätsskala zugestimmt. Der Unterschied zwischen den Probandinnen mit niedrigem Kinderwunsch ($M=93,05$, $s=10,62$), mittlerem Kinderwunsch ($M=96,16$, $s=9,45$) und hohem Kinderwunsch ($M=98,35$, $s=10,64$) war signifikant ($p<0,01$).

Die Identifizierung mit der männlichen Geschlechtsrolle wurde mit zunehmendem Kinderwunsch tendenziell geringer. Dies war allerdings nicht signifikant.

Der Androgynitätswert stieg von einem negativen, eher der männlichen Geschlechtsrolle zugeordneten Mittelwert bei Probandinnen mit niedrigem Kinderwunsch ($M=-2,06$, $s=18,89$) zu einem positiven, eher der weiblichen Geschlechtsrolle zugeordnetem Mittelwert bei Probandinnen mit einem mittlerem ($M=1,21$, $s=14,84$) bzw. hohem Kinderwunsch ($M=6,14$, $s=13,22$) an. Dies war zwischen den Studienteilnehmerinnen mit niedrigem, mittlerem und hohem Kinderwunsch höchst signifikant ($p<0,001$).

Soziale Erwünschtheit (=neutrale Skala) und Kinderwunsch standen bei den weiblichen Probanden nicht im Zusammenhang.

Die Ausprägung des Kinderwunsches der weiblichen Versuchsteilnehmer korrelierte positiv und signifikant ($p<0,01$) mit der Feminitätsskala ($r=0,19$) und dem Androgynitätswert ($r=0,24$). Er korrelierte negativ und signifikant ($p<0,05$) mit der Maskulinitätsskala. Kein Zusammenhang zeigte sich zwischen der Ausprägung des Kinderwunsches der weiblichen Studienteilnehmer und der sozialen Erwünschtheit (=neutrale Skala).

Männliche Probanden mit niedrigem Kinderwunsch ($M=86,32$, $s=13,13$) betonten Eigenschaften, die der Feminitätsskala zugeordnet waren, signifikant ($p<0,01$) weniger als die Studienteilnehmer mit mittlerem Kinderwunsch ($M=90,25$, $s=12,85$) und die Versuchsteilnehmer mit hohem Kinderwunsch ($M=93,63$, $s=10,57$).

Den männlichen Studienteilnehmern, die der Gruppe mit hohem Kinderwunsch zugeordnet wurden, waren die Eigenschaften der sozialen Erwünschtheit (neutrale Skala) ($M=101,59$,

s=11,49) signifikant wichtiger als den Studienteilnehmern, die der Gruppe mit mittlerem (M=99,96, s=9,58) bzw. niedrigem Kinderwunsch (M=93,70, s=12,43) zugeordnet wurden.

Der Zusammenhang von Maskulinitätsskala und Androgynitätswert mit den Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Kinderwunsch war nicht signifikant.

Die Ausprägung des Kinderwunsches der männlichen Probanden korrelierte positiv und signifikant ($p < 0,01$) mit der Feminitätsskala ($r = 0,21$) und der neutralen Skala ($r = 0,25$). Keine signifikante Korrelation zeigte sich zwischen der Maskulinitätsskala bzw. dem Androgynitätswert und der Ausprägung des Kinderwunsches.

5.4.2. Zusammenfassung 1: Prädiktoren des Kinderwunsches (univariate Analyse)

Folgende Merkmale der Probanden waren in der vorliegenden Studie mit einem höheren Kinderwunsch assoziiert: hoher Schul- (Abitur) und Berufsabschluss (Studium) der Mutter, vollzeitige Erwerbsarbeit der Mutter, unverheiratete Eltern, hohe Geschwisterzahl (mehr als zwei), eine Selbsteinschätzung der eigenen Leistungen in der Schule bzw. im Studium als sehr gut bis gut, niedriger Substanzenabusus und Mutter Theresa als Vorbildpersönlichkeit. Bei den weiblichen Versuchsteilnehmern waren eine hohe Identifizierung mit der weiblichen Geschlechtsrolle und ein Überwiegen der Femininität gegenüber der Maskulinität mit einem hohen Kinderwunsch korreliert. Bei den männlichen Versuchsteilnehmern waren eine hohe Identifizierung mit weiblichen Werten und eine hohe Orientierung auf soziale Erwünschtheit mit einem hohen Kinderwunsch korreliert.

Folgende Merkmale der Probanden waren mit einem niedrigen Kinderwunsch assoziiert: niedriger Schul- und Berufsabschluss der Mutter, Mutter als Hausfrau, verheiratete Eltern, wenige oder keine Geschwister, eine Selbsteinschätzung der eigenen Leistungen in der Schule bzw. im Studium als weniger gut und Cindy Crawford, Rita Süßmuth, Dagmar Schipanski und Christa Wolf als Vorbildpersönlichkeiten. Bei den weiblichen Versuchsteilnehmern waren eine hohe Identifizierung mit der männlichen Geschlechtsrolle mit einem niedrigen Kinderwunsch korreliert.

5.4.3. Multivariate Analyse

Einige metrische Skalen, die zur Hypothesentestung in den vorangegangenen Kapiteln eingesetzt wurden und deren Ergebnisse auf deskriptiver und univariater Ebene beschrieben wurden, wurden auf ihre Potenz als Prädiktoren der Ausprägung des Kinderwunsches in einem multivariaten Regressionsmodell überprüft.

5.4.3.1. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches in der Gesamtstichprobe

Elf Prädiktoren (siehe Tab.5.8) konnten in der Gesamtstichprobe 49% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufklären ($n=717$; $R^2=0,49$; $df=11$; $F=60,83$; $p<0,001$).

Tab.5.8: Prädiktoren des Kinderwunsches in der Gesamtstichprobe

Prädiktor	Mittelwert	Standardabweichung	Korrelation (nach Pearson)	Signifikanz (Korrelation)	Standardisiertes Beta	t-Wert	Signifikanz (Regression)
EAT-Summenwert	6,69	7,12	0,01	n.s.	0,056	1,98	$p<0,05$
LEK1 Soziale Stereotype	1,74	0,84	0,46	$p<0,001$	0,144	3,69	$p<0,001$
LEK2 Fehlende gesellschaftliche Unterstützung	2,45	0,70	0,08	$p<0,05$	0,073	2,12	$p<0,05$
LEK3 pessimistische Zukunftserwartungen	1,82	0,62	-0,13	$p<0,001$	-0,089	-2,71	$p<0,01$
LKM1 Emotionale Stabilisierung	2,57	0,84	0,58	$p<0,001$	0,390	10,97	$p<0,001$
LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	0,90	0,60	-0,40	$p<0,001$	-0,188	-5,02	$p<0,001$
LKM3 Wunsch nach sozialer Anerkennung	0,60	0,59	0,16	$p<0,001$	0,31	0,88	n.s.
LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	1,76	0,72	-0,34	$p<0,001$	-0,116	-3,17	$p<0,01$
Skala Selbstverwirklichung/ Karriere/Wohlstand	1,43	0,41	-0,28	$p<0,001$	-0,158	-5,34	$p<0,001$
BSRI Neutrale Skala	102	10,91	0,13	$p<0,001$	-0,010	-0,35	n.s.
BSRI Androginitätswert	-1,12	15,75	0,18	$p<0,001$	0,088	3,10	$p<0,01$

Mit Hilfe einer schrittweisen Regression konnten sechs Prädiktoren identifiziert werden, die 48% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufklärten (siehe Tab.5.9).

Tab.5.9: Schrittweise Regression

1. LKM1 Emotionale Stabilisierung	R ² =0,33 R ² -Veränderung=0,331	p<0,001
2. LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	R ² =0,41 R ² -Veränderung=0,083	p<0,001
3. FFS Skala Selbstverwirklichung/Beruf/Wohlstand	R ² =0,45 R ² -Veränderung=0,036	p<0,001
4. LEK1 Soziale Stereotype	R ² =0,46 R ² -Veränderung=0,014	p<0,001
5. BSRI Androgynitätswert	R ² =0,47 R ² -Veränderung=0,008	p<0,01
6. LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	R ² =0,48 R ² -Veränderung=0,007	p<0,01

Um stichprobenbedingte Zufallseffekte weitgehend auszuschließen und um kleinere Teilstichproben mit größeren Teilstichproben vergleichen zu können, wurden umfangreiche Kreuzproben durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Varianzaufklärungsquote der elf Prädiktoren relativ konstant blieb. Als stärkste Prädiktoren erwiesen sich auch in den Kreuzproben LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Beruf/Wohlstand und LEK1 Soziale Stereotype, die bereits in der Gesamtstichprobe die höchste Varianzaufklärung leisteten. Das Prädiktionsmodell war somit stabil und weitgehend unberührt von stichprobenbedingten Zufallseffekten.

5.4.3.2. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den weiblichen Probanden

Bei den weiblichen Probanden wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab.5.8) 51% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt (n=427; R²=0,507; df=11; F=38,79; p<0,001). Bei der schrittweisen Regression erwiesen sich die selben sechs Prädiktoren wie in der Gesamtstichprobe als die signifikant stärksten Prädiktoren (siehe Tab.5.9). Sie konnten 50% der Varianz aufklären.

5.4.3.3. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den männlichen Probanden

Bei den männlichen Versuchsteilnehmern wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab.5.8) 48% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=290$; $R^2=0,475$; $df=11$; $F=22,84$; $p<0,001$). Bei der schrittweisen Regression zeigten die vier Skalen (LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Beruf/Wohlstand und LEK1 Soziale Stereotype), die sich auch in der Gesamtstichprobe als die stärksten Prädiktoren erwiesen hatten, die signifikant höchste Aufklärungspotenz. Als fünftstärkster Prädiktor wurde im Unterschied zur Gesamtstichprobe die Skala LEK3 Pessimistische Zukunftserwartungen identifiziert. Zusammen klärten die fünf Prädiktoren 46% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches der männlichen Studienteilnehmer auf.

5.4.3.4. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Schülern und Studenten

Bei den Schülern wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab.5.8) 52% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=357$; $R^2=0,516$; $df=11$; $F=33,40$; $p<0,001$). Bei der schrittweisen Regression erwiesen sich die Prädiktoren LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen und LEK1 Soziale Stereotype als die signifikant stärksten Prädiktoren. Sie konnten 51% der Varianz aufklären.

Bei den Studenten wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab.5.8) 48% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=361$; $R^2=0,477$; $df=11$; $F=28,89$; $p<0,001$). Bei der schrittweisen Regression erwiesen sich die Prädiktoren LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand, LEK1 Soziale Stereotype und der Androgynitätswert des BSRI als die signifikant stärksten Prädiktoren. Sie konnten 46% der Varianz aufklären.

5.4.3.5. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Probanden aus den neuen (NBL) und aus den alten Bundesländern (ABL)

Bei den Probanden aus den NBL wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab.5.8) 45% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=560$; $R^2=0,445$; $df=11$; $F=39,87$; $p<0,001$). Bei der schrittweisen Regression erwiesen sich die Prädiktoren LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand, LEK1 Soziale Stereotype und der Androgynitätswert des BSRI als die signifikant stärksten Prädiktoren. Sie konnten 44% der Varianz aufklären.

Bei den Probanden aus den ABL wurden durch die elf erwähnten Prädiktoren (siehe Tab. 5.8) 63% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=116$; $R^2=0,633$; $df=11$; $F=16,28$; $p<0,001$). Bei der Stepwise Regression erwiesen sich die Prädiktoren LKM1 Emotionale Stabilisierung, FFS Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand, EAT-Summenwert, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen und LEK1 Soziale Stereotype als die signifikant stärksten Prädiktoren. Sie konnten 61% der Varianz aufklären.

5.4.3.6. Multiple lineare Regressionsanalyse der Prädiktoren des Kinderwunsches bei den Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen im Vergleich zu Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für Essstörungen

Zur Häufigkeit subklinischer Essstörungen in der Stichprobe siehe Kap. 4.6. Für den Vergleich der Probandinnen mit einem Risiko für eine Essstörung und Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung wurde zu den elf Prädiktoren die kategoriale Variable „anorektische Tendenz/ bulimische Tendenz/ nicht einteilbar“ zusätzlich aufgenommen.

Bei den Studienteilnehmerinnen mit einem Risiko für eine Essstörung wurden 54% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=122$; $R^2=0,538$; $df=13$; $F=9,69$; $p<0,001$). Nach Elimination der Variable „anorektische Tendenz/ bulimische Tendenz/ nicht einteilbar“ wurden noch 51% ($R^2=0,513$) der Varianz aufgeklärt, d.h. 3% weniger (R^2 -Veränderung= $0,025$) als mit der Variable. Dieser Unterschied war knapp nicht signifikant ($p=0,058$). In einem zweiten Schritt wurden die Einteilungsmöglichkeiten „anorektische Tendenz/ bulimische Tendenz/ nicht einteilbar“ einzeln eliminiert und deren Varianzaufklärungsanteil geprüft. Nach Elimination der Indikatorvariable „anorektische Tendenz“ wurden 51% ($r^2=0,514$) der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt, d.h. 3% weniger (R^2 -Veränderung= $0,025$) als mit der Variable. Dieser Unterschied war signifikant ($p<0,05$). Nach Elimination der Indikatorvariable „bulimische Tendenz“

wurden 54% ($R^2=0,538$) der Varianz aufgeklärt, es zeigte sich keine R^2 -Veränderung. Nach Elimination der Indikatorvariable „nicht einteilbar essgestört“ zeigte sich ebenfalls keine R^2 -Veränderung.

Bei der schrittweisen Regression wurden durch vier Prädiktoren (siehe Tab.5.10) 49% der Varianz aufgeklärt ($r^2=0,492$; $df=4$; $F=28,30$; $p<0,001$).

Tab.5.10: Schrittweise Regression der Prädiktoren des Kinderwunsches bei Probandinnen mit einem Risiko für Essstörungen

Skalen	Mittelwert	Standardabweichung	Varianzaufklärung	Signifikanz
1. LKM1 Emotionale Stabilisierung	2,61	0,85	$R^2=0,36$ R^2 -Veränderung=0,36	$p<0,001$
2. LKM4 Angst vor materiellen Beeinträchtigungen	1,94	0,72	$R^2=0,43$ R^2 -Veränderung=0,07	$p<0,001$
3. LEK1 Soziale Stereotype	1,54	0,84	$R^2=0,47$ R^2 -Veränderung=0,035	$p<0,01$
4. Essgestörte mit anorektischer Tendenz	kategorial	kategorial	$R^2=0,49$ R^2 -Veränderung=0,023	$p<0,05$

Bei den Versuchsteilnehmerinnen ohne ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung wurden 53% (siehe Tab.5.11) der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt ($n=305$, $r^2=0,533$, $df=11$, $F=30,42$, $p<0,001$). Mit der schrittweisen Regression wurden durch fünf Prädiktoren 52% der Varianz aufgeklärt ($r^2=0,515$, $df=5$, $F=63,45$, $p<0,001$).

Tab.5.11: Schrittweise Regression der Prädiktoren des Kinderwunsches bei Probandinnen ohne ein erhöhtes Risiko für Essstörungen

Skalen	Mittelwert	Standardabweichung	Varianzaufklärung	Signifikanz
1. LKM1 Emotionale Stabilisierung	2,61	0,85	$R^2=0,31$ R^2 -Veränderung=0,305	$p<0,001$
2. LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen	1,94	0,72	$R^2=0,44$ R^2 -Veränderung=0,135	$p<0,001$
3. FFS Skala Selbstverwirk./Karriere/Wohlstand	1,54	0,84	$R^2=0,50$ R^2 -Veränderung=0,059	$p<0,001$
4. BSRI Neutrale Skala	105	9,8	$R^2=0,51$ R^2 -Veränderung=0,007	$p<0,05$
5. LEK1 Soziale Stereotype	1,72	0,83	$R^2=0,52$ R^2 -Veränderung=0,009	$p<0,05$

5.4.4. Zusammenfassung 2: Prädiktoren des Kinderwunsches (Multivariate Analyse)

Elf Prädiktoren konnten in der Gesamtstichprobe 49% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufklären. Mit Hilfe der Stepwise Regression konnten sechs Prädiktoren identifiziert werden, die 48% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufklärten. Sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den untersuchten Teilstichproben wiesen die vier Prädiktoren LKM1 Emotionale Stabilisierung, LKM2 Angst vor persönlichen Einschränkungen, FFS Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und LEK1 Soziale Stereotype die höchste Aufklärungspotenz der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches auf. Bei den Studienteilnehmerinnen mit einem Risiko für eine Essstörung wurden 54% der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches aufgeklärt. Die Indikatorvariable „anorektische Tendenz“ lieferte einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung.

6. Diskussion der Ergebnisse

6.1. Inhaltliche Diskussion

Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge der Hypothesen inhaltlich diskutiert und mit der im zweiten Kapitel dargestellten Literatur verglichen.

6.1.1. Ausprägung des Kinderwunsches

Die Ausprägung des Kinderwunsches war in der Gesamtstichprobe relativ hoch. 45,6% der Probanden zeigten einen hohen, 39% einen mittelstark ausgeprägten und nur 15,4% einen niedrigen Kinderwunsch. In Übereinstimmung mit anderen Studien (Bien, 2001; Pohl, 1999) wurde festgestellt, dass sich die große Mehrheit der Studienteilnehmer Kinder wünscht. Nur 3,8% der Versuchsteilnehmer negierten den Wunsch nach eigenen Kindern.

Der Kinderwunsch der weiblichen Probanden war tendenziell stärker ausgeprägt als der Kinderwunsch der männlichen Studienteilnehmer. **Die Hypothese, dass Schüler** auf Grund der Zunahme des „Nicht-Familiensektors“ (Dorbritz & Roloff, 1999; Strohmeier, 1993) **einen niedrigeren Kinderwunsch als Studenten** äußern würden, konnte nur teilweise bestätigt werden. Zwar wiesen die Probanden aus den Schulen einen geringer ausgeprägten Kinderwunsch als die studentischen Versuchsteilnehmer auf, dies war aber nicht signifikant. Einige unten näher diskutierte Befunde bestätigen dennoch, dass verschiedene Einstellungen der Schüler eher für einen geringeren Kinderwunsch bzw. für eine niedrigere Wahrscheinlichkeit der Realisierung des Kinderwunsches sprechen. Die Aussagefähigkeit eines Schüler/Studenten-Vergleichs als Hinweis von Veränderungen in den Einstellungen der Generationen ist aus methodischer Sicht allerdings problematisch (Schneewind 1995, 1998).

Der Kinderwunsch der Probanden aus den neuen Bundesländern war – hypothesekonform - **stärker ausgeprägt als der Kinderwunsch der Studienteilnehmer aus den alten Bundesländern**. Andere Untersuchungen bestätigen dieses Ergebnis. Roloff (1995) beschrieb ostdeutsche Probanden als kinder- und familienorientierter als westdeutsche Versuchspersonen. Stöbel-Richter et. al. (2001) stellten fest, dass der Kinderwunsch der Westdeutschen stärker ambivalent besetzt ist als der der Ostdeutschen. Frauen aus den neuen Bundesländern bekommen ihr erstes Kind auch ein bis zwei Jahre früher (Engstler, 1999), was unter dem Aspekt der Kinderlosigkeit durch das biographische Hinausschieben der Verwirklichung des Kinderwunsches eine große Rolle spielt. Außerdem ist angesichts der

früheren Geburt des ersten Kindes anzunehmen, dass sich Jugendliche und junge Erwachsene in den NBL zeitiger über ihren Kinderwunsch Gedanken machen und diesbezüglich eher konkrete Vorstellungen entwickeln. Dies könnte für die vorliegende Untersuchung an Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Selbstbeurteilungsfragebögen bedeutend gewesen sein.

Unser Ergebnis und die beschriebenen Daten stehen allerdings im Widerspruch zur niedrigeren Geburtenquote von 1,1 in den neuen Bundesländern (Bien, 2001) gegenüber 1,3 bis 1,4 in den alten Bundesländern (Engstler, 1999). Eine mögliche Erklärung für die niedrigere Geburtenquote könnte die schlechtere ökonomische Situation von Familien mit Kindern in den neuen Bundesländern sein. 20 bis 25% - je nach Definition und Berechnung von Armutsgrenzen – der Familien mit Kindern in Ostdeutschland leben in Armut (ABL: 13%). Dies ist auch auf den höheren Anteil von Alleinerziehenden in den neuen Bundesländern zurückzuführen (Bertram, 1998). Es ist für Paare in Ostdeutschland unerlässlich, dass die Frauen arbeiten gehen. Sie tragen fast die Hälfte (ABL: 30-40%) zum Familieneinkommen bei (Bertram, 1998). Die Situation der (Ehe)-Frauen in Ostdeutschland ist durch eine hohe Erwerbsquote (Erwerbstätige und Arbeitssuchende) bei hoher Erwerbslosigkeit charakterisiert. In den alten Bundesländern scheint die finanzielle Situation der Familien - zumindest in der Vergangenheit - etwas günstiger gewesen zu sein. Verheiratete Frauen mit Kindern waren nur in etwas über der Hälfte der Fälle erwerbstätig, 45% waren über die Ehemänner materiell abgesichert (NBL: 4%) und rund ein Drittel (NBL: 3%) hatte kein eigenes Einkommen (Roloff, 1999).

Die niedrigen Geburtenraten in den neuen Bundesländern können weiterhin als Nachwirkungen der „demographic shocks“ (Dorbritz, 1999) der politischen Wende 1989/90 angesehen werden. Sie sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf ein Aufschieben, Ausbleiben oder eine Reduzierung der Realisierung des Kinderwunsches aufgrund der beruflichen und finanziellen Situation der Paare zurückzuführen. Dementsprechend gaben in der Untersuchung von Stöbel-Richter et al. (2001) signifikant weniger ostdeutsche als westdeutsche Probanden an, sich *aktuell* ein Kind zu wünschen.

Interessanterweise lässt sich also ein starker Kontrast zwischen dem ausgeprägteren Wunsch von ostdeutschen gegenüber westdeutschen Probanden, in der Zukunft Kinder zu bekommen (Ergebnis der vorliegenden Studie) und dem niedrigeren aktuellen Kinderwunsch (Stöbel-Richter et al., 2001) sowie der niedrigeren Geburtenrate (Engstler, 1999; Bien, 2001) feststellen. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität, die Ambivalenz und innere Spannung erzeugen kann, wird häufig mittels einer unbewussten und vermeintlich zufälligen

Entscheidung aufgelöst: die Hälfte aller Schwangerschaften in den neuen Bundesländern (ABL: ein Drittel) wurde retrospektiv als ungeplant bezeichnet (Stöbel-Richter et al., 2001), was angesichts suffizienter Verhütungsmethoden verwundert.

6.1.2. Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch

Die Annahmen zum Zusammenhang zwischen Kinderwunschnativen, Einstellungen zum Kinderwunsch und der Ausprägung des Kinderwunsches konnten größtenteils bestätigt werden. Psychologische Motive des Wunsches nach eigenen Kindern sind meist irrational und häufig unterbewusst (Stöbel-Richter & Brähler, 1998). Probanden haben in Umfragen mehr Schwierigkeiten, die Vorteile als die Nachteile des Lebens mit eigenen Kindern zu benennen. Kinder stellen dennoch für die Meisten einen positiven Wert dar, der mit Freude, Liebe und Lebensglück assoziiert wird (Starke, 2000). In den Untersuchungen von Stöbel-Richter & Brähler (1998) und Stöbel-Richter et al. (2001), die den LEK und LKM mehrfach in bevölkerungsrepräsentativen Befragungen einsetzten, zeigte sich, dass der individuelle Kinderwunsch überwiegend auf emotional-intrinsischen Motiven, wie der Suche nach zwischenmenschlicher Wärme, Geborgenheit und Nähe basiert. Auch in der vorliegenden Untersuchung korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches am stärksten positiv mit der Zustimmung zu Items, die in der Skala „**emotionale Stabilisierung und Sinnfindung**“ zusammengefasst wurden. In der multivariaten Analyse (multiple lineare Regressionsanalysen) erwies sich die Skala „emotionale Stabilisierung und Sinnfindung“ sowohl für die Gesamtstichprobe als für die Teilstichproben als stärkster Prädiktor der Ausprägung des Kinderwunsches. Diese Ergebnisse veranlassen zu der Anmerkung, dass allzu hohe Erwartungen an einen emotional-intrinsischen Zugewinn durch eigene Kinder problematisch sein können. Ähnlich den überhöhten Ansprüchen an die Ehe, die im Kontrast zur Realität oft zu Unzufriedenheit in der Partnerschaft, abnehmender Ehestabilität und sinkender Heiratsneigung münden (Hondrich, 1998; Weick, 1999), kann eine hohe Erwartungshaltung hinderlich für das generative Verhalten sein bzw. zu Frustrationen im nicht immer nur rosigen Alltag mit Kindern führen. Ebenso bemerkenswert erscheinen in diesem Zusammenhang auch die hohen Ansprüche an die pädagogische Reife der (potentiellen) Eltern (Beck-Gernsheim, 1998). Hohe Erwartungen und Ansprüche an die Elternschaft könnten zu der Annahme verleiten, man erfülle diese in einem reiferen Alter besser als in einem jugendlichen Stadium. Die Verwirklichung des Kinderwunsches wird biographisch verzögert und reduziert sich durch die zunehmende Infertilität (Richter, 2000).

Weiterhin korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches stark positiv mit **sozialen Stereotypen**. Dies konnte auch in der multivariaten Analyse bestätigt werden. Entgegen der Annahme war dagegen nur ein niedriger Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach sozialer Anerkennung und der Ausprägung des Kinderwunsches festzustellen. Der starke Zusammenhang zwischen der Betonung der sozialen Stereotype und der Ausprägung des Kinderwunsches und der niedrige Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Wunsch nach sozialer Anerkennung stehen im Widerspruch zu den Untersuchungen von Stöbel-Richter & Brähler (1998) und Stöbel-Richter et al. (2001). Dies ist wahrscheinlich auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben zurückzuführen. Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit war insofern heterogener, als mehr weibliche als männliche sowie mehr ostdeutsche als westdeutsche Probanden befragt wurden. Soziale Stereotype im Zusammenhang mit eigenen Kindern spielen aber gerade für Frauen und Studienteilnehmer aus den NBL eine besondere Rolle, während Männer und Versuchspersonen aus den ABL mit eigenen Kindern stärker nach sozialer Anerkennung streben.

Erwartungsgemäß korrelierte die Ausprägung des Kinderwunsches negativ mit der Angst vor persönlichen und materiellen Einschränkungen. Die Kindererziehung kostet Eltern sehr viel Geld (Lampert, 1996). Außerdem vermindern sich durch die Betreuung von Kindern das Einkommen, die Erwerbschancen und die Altersvorsorge [sog. „Opportunitätskosten“ (Habich & Berger-Schmitt, 1998)]. Kinder stellen neben der Erwerbslosigkeit das höchste Armutsrisiko dar (Bertram, 1998). Kinderlose Paare haben pro Kopf deutlich mehr Geld zur Verfügung als Familien mit Kindern (Roloff, 1999). Es ist bemerkenswert, dass diese Tatsachen nicht nur für Paare, die kurz vor der Realisierung des Kinderwunsches stehen bzw. die über weitere Kinder nachdenken, hinderlich sind, sondern bereits den Kinderwunsch von Schülern und Studenten einschränken. Die Furcht vor materiellen Einschränkungen durch eigene Kinder ist für die Stichprobe in besonderer Weise nur als realistisch und zutreffend zu bezeichnen, als die Gymnasiasten und Studenten meist einen akademischen Beruf, der durch eine lange Ausbildungszeit gekennzeichnet ist, ergreifen werden. Die o.g. Opportunitätskosten erhöhen sich mit dem Ausbildungsniveau der Frau oder des Mannes, die/der für ein Kind die Erwerbstätigkeit reduziert oder unterbricht (Habich & Berger-Schmitt, 1998).

Die Angst vor persönlichen Einschränkungen (LKM2) leistete in der multiplen linearen Regressionsanalyse der vorliegenden Studie den zweithöchsten Beitrag zur Aufklärung der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches. Vorbestimmte kollektive Lebenswege weichen zunehmender Pluralisierung, Individualisierung und Flexibilisierung (Habich & Berger-

Schmitt, 1998). Die gesteigerten biographischen Wahlmöglichkeiten bleiben aber häufig nur erhalten, solange die Option Elternschaft ausgeschlossen wird (Strohmeier, 1993; Dorbritz & Roloff, 1999). Es ist wiederum sehr beachtenswert, dass die Einschränkungen der persönlichen Wahlfreiheiten durch eigene Kinder nicht erst kurz vor Realisierung des Kinderwunsches oder danach problematisiert werden, sondern dass sich Schüler und Studenten damit auseinandersetzen und deswegen bereits den *Wunsch* nach eigenen Kindern reduzieren.

Die Hypothese, dass sich **die männlichen stärker als die weiblichen Versuchsteilnehmer soziale Anerkennung von eigenen Kindern** versprechen, konnte bestätigt werden. **Die weiblichen Studienteilnehmer beklagten dagegen mehr die fehlende gesellschaftliche Unterstützung für das Leben mit eigenen Kindern und hatten eine größere Angst vor materiellen und sozialen Einschränkungen durch eigene Kinder.** Diese Unterschiede verwundern nicht, da die Situation in der BRD weiterhin durch eine veränderungsresistente Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau, durch die schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf und durch soziale und ökonomische Nachteile des Familiensektors gegenüber dem Nicht-Familiensektor gekennzeichnet ist (Bien et al. 2000). Nach der Geburt eines Kindes kehrt meist die traditionelle Rollenverteilung wieder (Fthenakis & Engfer, 2000). Die Erwerbsbeteiligung der Männer variiert kaum mit ihrer familiären Situation. Sie ist in den neuen und alten Bundesländern nahezu gleich (Engstler, 1999; Roloff, 1999). Dies bestätigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung bei den soziodemographischen Fragen zu den Vätern der Probanden. Es sind also vornehmlich die Frauen, die den Großteil der (unbezahlten) Familienarbeit leisten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1995), die den „Karriereknick“ durch Kinder hinnehmen müssen (Habich & Berger-Schmitt, 1998) und die die „Opportunitätskosten“ zu tragen haben (Habich & Berger-Schmitt, 1998). Je jünger und zahlreicher die Kinder einer Mutter sind, desto seltener ist ihre Erwerbsbeteiligung (Bertram, 1998). Merkmal der Frauen in den NBL ist die hohe Erwerbsquote bei hoher Erwerbsbeteiligung. In den ABL hängt dagegen die Erwerbsquote vom Familienstand ab (Bertram, 1998). Die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung von ost- und westdeutschen Frauen ist wichtig für das Verständnis der hohen Arbeitslosigkeit in den NBL. Neben den wirtschaftlichen Schwierigkeiten ist die Nachfrage nach Erwerbsarbeit durch ostdeutschen Frauen deutlich höher als durch westdeutschen Frauen. Es zeigte sich auch in der vorliegenden Studie (soziodemographische Fragen zu den Müttern und Vätern der Probanden), dass die Arbeitslosigkeit in den NBL in erster Linie die Frauen betrifft.

Die Schülerinnen und Studentinnen zeichneten mit ihren Befürchtungen vor materiellen und sozialen Nachteilen durch Kinder und vor fehlender gesellschaftlicher Unterstützung für das Leben mit Kindern ein zutreffendes Bild der Realität. Männliche Probanden betonten dagegen den Vorteil der sozialen Anerkennung durch eigene Kinder und teilten weniger die Befürchtungen. Dies erscheint plausibel, da sie die Nachteile von eigenen Kindern in der Regel weniger zu spüren bekommen werden als die Frauen.

Weiterhin wurde angenommen, dass Schüler stärker die Angst vor persönlichen, materiellen und sozialen Nachteilen durch eigene Kinder betonen würden als Studenten.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Es war allerdings erschreckend, welche starke Skepsis die Schüler den Umständen des Lebens mit Kindern entgegen brachten. Dies drückte sich auch in den signifikant pessimistischeren Zukunftserwartungen und in einer erhöhten Ambivalenz des persönlichen Kinderwunsches aus. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob diese Einstellungen altersbedingt sind, sie sich bei zunehmender Reifung „verwachsen“ werden oder ob sie auf eine zunehmend negative und pessimistische Sicht der jüngeren Generation auf das Leben mit Kindern zurückzuführen sind.

Unsere **Annahmen zu Unterschieden zwischen den Probanden aus den neuen und den alten Bundesländern** konnten nur teilweise bestätigt werden. Hypothesenkonform bemängelten die Studienteilnehmer aus den NBL stärker die fehlende gesellschaftliche Unterstützung. Dies stellten bereits Stöbel-Richter & Brähler (1998) fest und verwundert nicht, da sich die staatliche Unterstützung von Familien mit Kindern im Vergleich zu den Verhältnissen in der DDR in verschiedenen Bereichen (z.B. Kinderbetreuungseinrichtungen) reduziert hat.

Entgegen der Hypothesen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Angst vor persönlichen und materiellen Einschränkungen und dem Wunsch nach Prestigegewinn durch eigene Kinder. Hier setzt sich offensichtlich ein Trend zur Angleichung der Kinderwunschemotive und Einstellungen zum Kinderwunsch in den NBL sowie ABL fort, der sich auch schon in den Untersuchungen von Stöbel-Richter & Brähler (1998) und Stöbel-Richter et al. (2001) abzeichnete.

6.1.3. Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand und Familie

Erwartungsgemäß korrelierte die **Ausprägung des Kinderwunsches positiv mit einer hohen Familienorientierung und einer erhöhten Bereitschaft der Probanden, Kinder in den Lebensweg zu integrieren.** Schneewind et. al. (1996) fanden in prospektiven Untersuchungen, dass sich Paare, die sich viele Kinder wünschen bzw. viele Kinder haben,

u.a. durch eine hohe Familienorientierung bei geringerer Beschäftigung mit der eigenen Person auszeichnen. Diese Familienorientierung wurzelt nach Schneewind et al. (1996) stark in den Herkunftsfamilien der Partner.

In der Untersuchung von Gloger-Tippelt (1993) war eine hohe Unsicherheitstoleranz mit einem hohen Kinderwunsch assoziiert. Die vorliegende Arbeit bestätigt diesen Befund. Eine starke Ausprägung des Kinderwunsches war mit der hohen Bereitschaft verknüpft, Kinder in den Lebensweg zu integrieren und den „Unsicherheitsfaktor Kind(er)“ im Leben zu tolerieren. Weiterhin konnte die Hypothese bestätigt werden, dass **eine hohe Wertschätzung von Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand negativ mit der Ausprägung des Kinderwunsches korreliert ist**. In der multivariaten Analyse trug die Skala Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand als einer der stärksten Prädiktoren zur Aufklärung der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches bei. Dies zeigte sich besonders deutlich bei den weiblichen Studienteilnehmern. Wie in Kapitel 6.1.2. ausgeführt, verwundert dieser Befund nicht, da in erster Linie Frauen die Einbußen in Karriere, Wohlstand und Selbstverwirklichung nach der Geburt von eigenen Kindern zu tragen haben. Auch in anderen Untersuchungen war eine hohe Berufsorientierung der Frau mit einem niedrigen Kinderwunsch assoziiert (Gloger-Tippelt, 1993; Schneewind et al., 1996). Der Umkehrschluss, dass von Frauen mit traditioneller Geschlechtsrollenorientierung und religiöser Bindung ein höherer Kinderwunsch (Gloger-Tippelt, 1993) und mehr Kinder zu erwarten sind, trifft aus heutiger Sicht unter Betrachtung der europäischen Geburtenraten (Eurostat, 2001) nicht mehr zu. Frauen in ganz Europa wollen arbeiten gehen und verzichten, vor die Wahl gestellt, eher auf eigene Kinder als auf Erwerbsarbeit. Länder, wie Italien oder Spanien, die immer noch katholisch-patriarchialisch geprägt sind, weisen die niedrigsten Geburtenraten in Europa auf. Nationen, wie Frankreich, Norwegen, Schweden oder Dänemark, haben dagegen relativ hohe Geburtenraten (siehe Kap. 2.1.1.). Sie sind gekennzeichnet durch ein gutes Kinderbetreuungsangebot, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und einen geringeren normativen Zwang, der von der traditionellen Familie ausgeht [(z.B. Anteil der außerehelichen Geburten: Frankreich: 40%, Italien: 11%), Le Bras & Hénard, 2001].

Hypothesenkonform waren den Schülern Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand wichtiger als den Studenten. Die studentischen Versuchsteilnehmer zogen vergleichsweise stärker Familie und Kinder vor. Auch dieses Ergebnis gibt eine Einstellung der Schüler wider, die den Gedanken an eigene Kinder in der Vorstellung des eigenen Lebensweges wenig Raum lässt. Wird von den Studenten meist ein Ideal der

Vereinbarkeit von Familie und Beruf vertreten, so empfinden viele Schüler Kinder scheinbar als Hindernis. Als Anpassung an die gestiegenen Ansprüche an Mobilität, Flexibilität und Berufsorientierung der Arbeitswelt (Habich & Berger-Schmitt, 1998), sinkende ökonomische Sicherheit und Planbarkeit (Bertram, 1998) sowie gesteigerte biographische Wahlmöglichkeiten (Strohmeier, 1993; Dorbritz & Roloff, 1999) konzentrieren sich die Schüler auf ihre persönliche Entwicklung und der Wunsch nach Kindern tritt in den Hintergrund.

Erwartungsgemäß **waren die Probanden aus den NBL familienorientierter als die Probanden aus den ABL**. In Übereinstimmung mit Ergebnissen des „Family Fertility Survey“ (Habich & Berger-Schmitt, 1999), favorisierten die Studienteilnehmer aus den NBL die Vereinbarkeit von Familie und anderen Lebensbereichen.

6.1.4. Prädiktoren des Kinderwunsches

In der **univariaten Analyse** konnten die ursprünglichen Hypothesen größtenteils nicht bestätigt werden. Interessanterweise waren mit einer **niedrigen Ausprägung des Kinderwunsches** soziodemographische Merkmale der Probanden, wie **niedrige Bildungsschicht der Mutter, Mutter überwiegend als Hausfrau tätig und verheiratete Eltern** verknüpft. Im Gegensatz dazu war eine **hohe Ausprägung des Kinderwunsches** mit soziodemographischen Eigenschaften wie **hoher Bildungsstatus und vollzeitige Erwerbsarbeit der Mutter sowie unverheirateten Eltern** assoziiert. In anderen Untersuchungen wurden gerade traditionelle Familienstrukturen und ein niedriger Sozialstatus der Herkunftsfamilie als Faktoren für einen *hohen* Kinderwunsch und ein hoher Sozialstatus der Herkunftsfamilie, hoher Ausbildungsstand und Leistungsstreben v.a. von Frauen als Faktoren für einen *niedrigen* Kinderwunsch identifiziert (Gloger-Tippelt, 1993). Als Erklärung für die divergierenden Ergebnisse der vorliegenden Studie und der dargestellten Literatur kommen einerseits methodische Unterschiede in Betracht. Gloger-Tippelt (1993) untersuchte Frauen aus den alten Bundesländern, während in der vorliegenden Arbeit Probanden aus den ABL und den NBL untersucht wurden. Familienstand der Eltern sowie v.a. Ausbildungsstand und Erwerbstätigkeit der Mütter der Probanden differierten erheblich zwischen Ost- und Westdeutschland (siehe Kap. 2.3.5. und 4.5.), so dass es zu einer Konfusion zwischen der Herkunft und den o.g. soziodemographischen Eigenschaften der Probanden kommt.

Andererseits können die vorliegenden Ergebnisse auch Ausdruck eines Einstellungswandels in der jüngeren Generation sein, wie er sich bereits im europäischen Umfeld andeutet (siehe

Kap. 6.1.3., Le Bras & Hénard, 2001). V.a. Frauen aus Herkunftsfamilien mit traditionellen Rollenmustern und Familienstrukturen konzentrieren sich auf den Beruf, reduzieren ihren Kinderwunsch und wollen nicht mehr in starre Geschlechtsrollen zurückgedrängt werden. Frauen aus Familien, die durch mehr Flexibilität in der Rollenverteilung und in der Familienstruktur gekennzeichnet sind, streben dagegen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf an. Sie haben in ihren Eltern Vorbilder, die zeigen, wie die Berufstätigkeit beider Partner in das Leben mit Kindern integriert werden kann.

Studienteilnehmer mit guten bis sehr guten Leistungen in Schule und Studium hatten einen stärker ausgeprägten Kinderwunsch als Probanden mit schlechteren Leistungen.

In anderen Untersuchungen (Gloger-Tippelt, 1993; Schneewind et al., 1996) wurden eine hohe Leistungsmotivation und Berufsorientierung als Prädiktoren für einen *niedrigen* Kinderwunsch ermittelt. In der Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit spiegelt sich dagegen bei den Probanden der vorliegenden Studie offensichtlich ein Selbstvertrauen, anstehende Aufgaben bewältigen zu können. Dies erwies sich als förderlich für den Kinderwunsch.

Interessant war außerdem, dass Versuchsteilnehmer, die **Mutter Theresa als Vorbild** angaben, die signifikant **höchste Ausprägung des Kinderwunsches** aufwiesen. Mutter Theresa gilt als Sinnbild für uneigennütziges Handeln. Eine positive Wirkung einer altruistischen Einstellung auf den Kinderwunsch kann angenommen werden, müsste allerdings mit weitergehenden Untersuchungen überprüft werden.

Die Hypothese zum **prädiktiven Wert der Geschlechtsrollenidentifikation auf den Kinderwunsch** konnte teilweise bestätigt werden. Eine traditionelle Geschlechtsrollenorientierung kann auch hier nicht mehr als Prädiktor für einen hohen Kinderwunsch angesehen werden (Gloger-Tippelt, 1993). Eine hohe Ausprägung des Kinderwunsches war zwar mit einer Identifikation mit Eigenschaften, die als „feminin“ bezeichnet wurden, verknüpft. Dies traf allerdings sowohl für die weiblichen wie die männlichen Probanden zu. Ebenso war die Identifikation mit der männlichen Geschlechtsrolle nicht mit der (geringen) Ausprägung des Kinderwunsches korreliert.

6.1.5. Kinderwunsch und subklinische Essstörungen

Die Hypothese, dass subklinisch essgestörte Probandinnen eine niedrigere Ausprägung des Kinderwunsches als Probandinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung zeigen würden, konnte nicht bestätigt werden. Die Korrelation zwischen der Ausprägung des Kinderwunsches und dem EAT-Summenwert, der das Risiko für eine Essstörung misst, war

vernachlässigbar gering und nicht signifikant. Die Hypothese basierte auf Annahmen, die aus Studien an klinisch essgestörten Probandinnen abgeleitet wurden: Essgestörte zeigten eine gestörte Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle (Reich, 1997) und verknüpften mit dem Wunsch nach eigenen Kindern eher einschränkende als gewinnende Erwartungen (Regel, 1998). Die Diskrepanz der Ergebnisse lässt sich am ehesten über das unterschiedliche Studiendesign erklären. Die Probanden der Untersuchung von Regel (1998) waren im Durchschnitt etwas älter als die Probanden in der vorliegenden Studie und hatten zum Teil schon eigene Kinder, was in unserer Untersuchung die absolute Ausnahme war. Sie litten an einer klinisch manifesten Essstörung. Die Diagnose einer Essstörung impliziert –zumindest bei der Anorexia nervosa- [nach den Kriterien des ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1997) oder des DSM-IV (Sass, Wittchen & Zausig, 1996)] eine Amenorrhoe. Es kann also bei einer Studie zum Kinderwunsch von *klinisch* Essgestörten nicht unterschieden werden, welche Motive und Einstellungen Teil der Krankheitsursachen sind, und welche Effekte eher als *Reaktion* auf die zumindest zeitweise erlebte Infertilität zu verstehen sind. Außerdem wurde die Stichprobe von Regel (1998) nicht in Anorekterinnen und Bulimikerinnen differenziert.

In der vorliegenden Studie fiel auf, dass sich **der Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probandinnen anorektischer und bulimischer Tendenz sowohl untereinander als auch im Vergleich zu nicht-essgestörten Versuchsteilnehmerinnen unterschied**. Der Kinderwunsch der subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer Tendenz war signifikant niedriger ausgeprägt als der Kinderwunsch der nicht-essgestörten Teilnehmerinnen und der subklinisch essgestörten Probandinnen mit bulimischer Tendenz. Letztere zeigten einen tendenziell stärkeren Kinderwunsch als nicht-essgestörte Teilnehmerinnen. Diese Ergebnisse könnten die geringe Korrelation von EAT-Score und Ausprägung des Kinderwunsches erklären. Die Ausprägung des Kinderwunsches wich bei subklinisch essgestörten Probandinnen mit anorektischer oder bulimischer Tendenz in jeweils entgegengesetzter Richtung deutlich von dem Durchschnitt der nicht-essgestörten Versuchsteilnehmerinnen ab. Diese Effekte hoben sich bei Betrachtung aller subklinisch essgestörten Studienteilnehmerinnen auf.

Die unterschiedliche Geschlechtsrollenidentifikation und –orientierung scheinen als Erklärung für den differierenden Kinderwunsch plausibel: Bulimikerinnen identifizieren sich stark mit der weiblichen Geschlechtsrolle (Klingenspor, 1987, 1989). Sie präferieren ein Ideal konventioneller Weiblichkeit und Attraktivität (Habermas & Müller, 1986). Anorektikerinnen dagegen favorisieren einen geschlechtslosen, asketisch-leistungsfähigen Körper und wehren

durch ihr Hungern die Entwicklung einer reifen Weiblichkeit ab (Habermas & Müller, 1986; Reich, 1997). Aschenbrenner (2003) konnte die unterschiedliche Geschlechtsrollenidentifikation mittels des BSRI auch für den subklinischen Bereich bestätigen. Subklinisch essgestörte Probandinnen mit anorektischer Tendenz orientierten sich stark einseitig an „männlichen“ Eigenschaften, während sich die subklinischen Bulimikerinnen mit „weiblichen“ Werten überidentifizierten (Aschenbrenner, 2003).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen nahe, dass die unterschiedliche Ausprägung des Kinderwunsches Ausdruck einer gestörten Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle (in jeweils unterschiedlicher Form) von subklinisch essgestörten Probandinnen anorektischer und bulimischer Tendenz ist. Diese ist eher krankheitsursächlich als Folge der Infertilität. Die divergente Ausprägung des Kinderwunsches kann als ein weiteres Indiz für die Unterschiedlichkeit der Krankheitsentitäten Anorexie und Bulimie - bereits im subklinischen Vorfeld - gewertet werden und sollte bei der Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Essstörungen Beachtung finden.

Erwartungsgemäß und in Übereinstimmung mit der Untersuchung von Regel (1998) stiegen mit **wachsendem Risiko für eine Essstörung die Angst vor materiellen Beeinträchtigungen und persönlichen Einschränkungen durch eigene Kinder sowie die pessimistischen Zukunftserwartungen** an. Diese Angst war bei **subklinisch essgestörten Probandinnen bulimischer Tendenz besonders ausgeprägt**. Sie zeigten andererseits aber auch **höhere Erwartungen an eine emotionale Stabilisierung und Sinnfindung durch eigene Kinder**. Subklinisch essgestörte Versuchsteilnehmerinnen bulimischer Tendenz waren also hinsichtlich der Erwartungen an eigene Kinder durch eine große Zerrissenheit und Ambivalenz gekennzeichnet, wie auch der signifikant erhöhte Kinderwunsch-Index zum Ausdruck brachte. Sie verknüpfen mit eigenen Kindern offenbar die Hoffnung, ein emotionales Leck, wie es für die klinische Erkrankung charakteristisch ist und das häufig mit der Aufnahme unglaublicher Nahrungsmengen gestopft wird (Steinhausen, 2000), auszugleichen. Andererseits haben die Bulimikerinnen erhebliche Ängste, die mit der Gefährdung eindimensional überbetonter Werte wie weiblicher Attraktivität, Schlankheit und Äußerlichkeit (Habermas & Müller, 1986; Sass et al., 1996) durch Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit etc. zusammenhängen könnten.

Subklinisch essgestörte Probandinnen anorektischer Tendenz demonstrierten einen signifikant geringeren Wunsch nach sozialer Anerkennung und emotionaler Stabilisierung durch eigene Kinder als Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko für eine Essstörung bzw. subklinische Essgestörte mit bulimischer Tendenz. Anorektikerinnen

verfolgen ehrgeizige Ziele in Schule, Studium und Beruf (Steinhausen, 2000). Eigene Kinder könnten für sie eher eine Behinderung als einen Zugewinn für die eigene Persönlichkeitsentwicklung bedeuten.

Die Hypothese, dass subklinisch essgestörten Versuchsteilnehmerinnen Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand wichtiger und Familie unwichtiger seien als den Probandinnen ohne Risiko für eine Esstörung, konnte bestätigt werden. Auch in der Betrachtung von subklinisch essgestörten Probandinnen anorektischer bzw. bulimischer Tendenz und Studienteilnehmerinnen ohne erhöhtes Risiko zeigten sich die o.g. Unterschiede. Allerdings differierten entgegen der Hypothese die Einstellungen zu Selbstverwirklichung, Karriere und Wohlstand sowie Familie zwischen subklinisch anorektischen und bulimischen Probandinnen nicht. Die Ergebnisse zu dieser Hypothese runden den Eindruck, der aus den o.g. Resultaten zu den Kinderwunschmotiven und Einstellungen zum Kinderwunsch gewonnen wurden, ab. Befürchtungen unterschiedlicher Art dominieren die Gedanken zu eigenen Kindern und Familie bei subklinisch essgestörten Probandinnen. Eine offensichtlich wenig stabile Persönlichkeitsstruktur und ein geringes Selbstvertrauen sollen durch außenorientierte Kompensationsstrategien, wie starke Leistungsorientierung in Ausbildung und Karriere sowie makelloser Schönheit und Schlankheit, stabilisiert werden. Analog zu den Studien von Schneewind et al. (1996) zu Probanden, die bewusst kinderlos bleiben möchten soll dieses labile Gleichgewicht anscheinend nicht weiteren Belastungen durch eigene Kinder ausgesetzt werden.

6.2. Methodische Diskussion

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine epidemiologische Querschnittsstudie mit einem Untersuchungszeitpunkt. Dem Projekt liegt ein prospektiver Ansatz in dem Sinne zugrunde, als Versuchsteilnehmer zu ihrem Kinderwunsch befragt wurden, die noch keine Kinder hatten. Es sollten die primär vorhandene Ausprägung, Motive und Einstellungen hinsichtlich des Kinderwunsches untersucht werden, ohne dass konkrete Erfahrungen mit eigenen Kindern die Ergebnisse beeinflussen. Auch die gesonderte Betrachtung des Kinderwunsches von subklinisch essgestörten Probandinnen erfolgte in einem prospektiven Ansatz. Die betroffenen Teilnehmerinnen konnten insofern als *subklinisch* essgestört bezeichnet werden, als ihnen zum Untersuchungszeitpunkt der Schul- bzw. Universitätsbesuch möglich war. Erste Anzeichen eines gestörten Essverhaltens sprechen noch nicht für eine manifeste Krankheit und lassen Rückschlüsse auf mögliche ätiologische

Faktoren zu (Schloen, 1997). Die Effekte einer schweren, chronischen Krankheit, insbesondere der Infertilität, fehlen.

Die Untersuchung wurde mit Selbstbeurteilungsfragebögen durchgeführt. Es sind die Subjektivität und mögliche Verzerrung der Angaben bei Selbstbeurteilungsverfahren zu berücksichtigen. Die Größe und das Gewicht der Probanden wurden durch die Untersuchungsleiter selbst gemessen. Sie können als objektive Daten gewertet werden. Die Fragebögen setzten sich aus standardisierten Messinstrumenten (EAT, LKM, LEK und BSRI), die alle sehr zufriedenstellende, statistische Prüfkriterien aufweisen (Meermann & Vandereycken, 1987; Stöbel-Richter & Brähler, 1998; Schneider-Düker & Kohler, 1988) sowie aus selbst entwickelten Skalen und Summenwerten zusammen. Die selbst entwickelten Summenwerte, Einteilungen und Skalen konnten auf Grund personeller, zeitlicher und finanzieller Limitationen nicht durch Interviews, Nachuntersuchungen o.ä. überprüft und validiert werden. Die Skala „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, sowie die Summenwerte „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“, „Familie“ und „Kinderzahl/Lebensziele“ wurden auf der Basis einer bereits bestehenden Einteilung, die im Rahmen des „Family Fertility Survey“ in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe eingesetzt wurde (Pohl, 1995), berechnet. Sie können deshalb als relativ valide angesehen werden.

Der Summenwert „Ausprägung des Kinderwunsches“ fasste wichtige Items aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Auswertbarkeit zusammen. Auf diese Weise wurde der Versuch unternommen, die Ausprägung und Stärke des Kinderwunsches durch mehrere Items umfassender darzustellen als nur die übliche Frage, ob und wieviel Kinder sich die Probanden wünschen, zu verwenden. Es sollten eine ernsthafte Auseinandersetzung und eine Chance auf Realisierung in die Feststellung der Stärke des Kinderwunsches einfließen.

Merkmale, die mit einem hohen Kinderwunsch assoziiert waren, konnten in der vorliegenden Querschnittsuntersuchung nicht bezüglich ihres prädiktiven Wertes auf eine tatsächliche Realisierung des Kinderwunsches des einzelnen Probanden überprüft werden. Die Korrelation der Ausprägung des Kinderwunsches mit einzelnen Prädiktoren kann auf univariater Ebene durch zahlreiche Faktoren beeinflusst und verzerrt werden. Etwaige Konfusionen und Überschneidungen der untersuchten Prädiktoren wurden durch die multivariate Auswertung der Daten kontrolliert. In den multiplen linearen Regressionsanalysen zeigte sich, dass die verwendeten Prädiktoren die Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches sehr zufriedenstellend aufklären konnten.

Einen wichtigen Teil der Arbeit stellte der Vergleich von Teilstichproben [Frauen/Männer, Ost/West, Schüler/Studenten, subklinisch Essgestörte (anorektische/bulimische Tendenz/nicht

einteilbar)/nicht-subklinisch Essgestörte] dar. Auf Grund der Größe der Teilstichproben sind diese Vergleiche als weitgehend frei von selektionsbedingten Zufallseffekten zu bezeichnen. Es muss angemerkt werden, dass es sich bei der Betrachtung von Schülern und Studenten um zwei unterschiedliche Geburtskohorten handelt. Es kommt zu einer Konfundierung von Alters- und Kohorteneffekten (Schneewind 1995, 1998), die mit dem Studiendesign nicht kontrolliert werden konnten.

Die Ergebnisse der Arbeit sind auf Grund der großen Stichprobe ($n=736$) und der hohen Teilnahmequote als repräsentativ für die Gesamtheit der Jugendlichen der untersuchten Altersgruppe in Deutschland anzusehen. Kritisch muss angemerkt werden, dass deutlich mehr Versuchsteilnehmer aus den neuen als aus den alten Bundesländern stammten. Weiterhin ist durch die Befragung von Gymnasiasten und Studenten die obere Bildungsschicht überrepräsentiert.

6.3. Stellenwert des Projekts

Die vorliegende Arbeit stellt eine umfassende Studie zum Kinderwunsch von Schülern und Studenten dar. 736 weibliche und männliche Schüler und Studenten aus den neuen und den alten Bundesländern wurden untersucht. Auf Grund der hohen Teilnehmerzahl und –quote konnte ein repräsentativer Überblick über die Ausprägung des Kinderwunsches bei Gymnasiasten und Studenten in Deutschland gegeben werden. Es wurden die psychologischen Motive und Einstellungen hinsichtlich des Kinderwunsches der Jugendlichen durch die renommierten Messinstrumente Leipziger Fragebogen zu den Kinderwunschemotiven (LKM) und Leipziger Fragebogen zu den Einstellungen zum Kinderwunsch (LEK) tiefgründig und ausführlich untersucht. Weiterhin wurden Untersuchungsinstrumente entwickelt, um den zentralen Konflikt der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf zu erfassen und unterschiedliche Strategien zu betrachten, wie die Schüler und Studenten, die sich in der sensiblen Phase des Beginns der Familien- und Berufsplanung befinden, auf das Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung; Karriere, Wohlstand auf der einen sowie Familie und Kinder auf der anderen Seite reagieren. Außerdem wurden Prädiktoren, die zur Aufklärung der Varianz der Ausprägung des Kinderwunsches beitragen, dokumentiert und detailliert beschrieben. Eine gesonderte Betrachtung erfuhr der Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probandinnen. Erstmals konnte wissenschaftlich gezeigt werden, dass subklinisch essgestörte Studienteilnehmerinnen gegenüber Probandinnen ohne Auffälligkeiten im Essverhalten Besonderheiten des Kinderwunsches bereits im

subklinischen Vorfeld aufweisen. Dies stützt die These einer gestörten Geschlechtsrollenidentifikation als ätiologischer Faktor bei der Entstehung von Essstörungen. Außerdem wurden zahlreiche Unterschiede zwischen dem Kinderwunsch von subklinisch essgestörten Probandinnen anorektischer bzw. bulimischer Tendenz und unauffälligen Studienteilnehmerinnen gefunden. Sie können als wichtiger Hinweis für eine differierende Pathogenese der Anorexie und der Bulimie bereits in einem frühen, subklinischen Erkrankungsstadium gelten. Die vorliegenden Ergebnisse stellen neue Erkenntnisse zur Ätiopathogenese, Prävention und Therapie von Essstörungen dar.

6.4. Ausblick

Weitere Studien zum Kinderwunsch sind dringend erforderlich. Angesichts des stattfindenden demographischen Wandels und dessen Auswirkungen auf unsere Gesellschaft ist viel zu wenig bekannt, warum sich junge Erwachsene unter den vielen Optionen der Lebensgestaltung für ein Leben mit Kindern entscheiden. Der Begriff „Kinderwunsch“ sollte wissenschaftlich einheitlich definiert werden. Untersuchungsinstrumente, die die Ausprägung des Kinderwunsches messen, sollten standardisiert und durch prospektive Studien validiert werden. Dabei sollten auch die großen unbewussten Anteile des Kinderwunsches berücksichtigt werden. Ziel der Forschung sollte es sein, die psychologischen Motive bei der Entstehung des Kinderwunsches auf der Individual- sowie auf der Paarebene besser kennenzulernen und sozioökonomische Rahmenbedingungen zu benennen, die eine Realisierung des Kinderwunsches befördern. Der Kinderwunsch unterliegt zahlreichen alters-, entwicklungs- und umweltbedingten Einflüssen und befindet sich in einem ständigen dynamischen Anpassungs- und Veränderungsprozess. Es wäre deshalb wünschenswert, die einzelnen Stadien des Kinderwunsches differenziert zu untersuchen und möglichst im Verlauf zu verfolgen so wie es in Abbildung 6.1 skizziert wird.

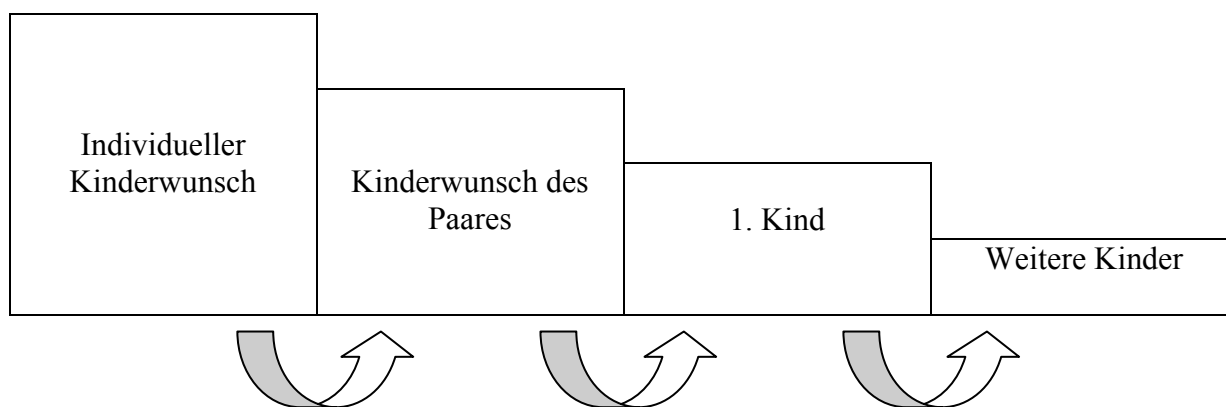


Abb.6.1: Kinderwunsch als dynamischer Anpassungs- und Veränderungsprozess

Literaturverzeichnis

- Aschenbrenner, K. (2003). Subklinische Eßstörungen bei Schülern und Studenten. Epidemiologie, Symptomatik, Prädiktoren für ein gestörtes Eßverhalten, anorektische oder bulimische Tendenz. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Beck-Gernsheim, E. (1998). Vom Kinderwunsch zum Wunschkind. In U. Hauffe & E. Brähler (Hrsg.), Moderne Schwangerschaft zwischen Machbarkeitswahn und Auslese. Psychosozial 71. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (2), 155-162.
- Bertram, H (1998). Familie, Ökonomie und Fürsorge. Aus Politik und Zeitgeschichte Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B53/98, 27-37.
- Bien, W., Cuyvers, P., Pfeiffer, C. & Zemp, E. (2000). Ein Ausblick in die Zukunft: Podiumsdiskussion. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Dokumentation des Symposiums „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ in Freiburg im Breisgau 27. –29.2.2000 veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (S. 68). Köln: BzgA.
- Bien, W. (2001). Deutschland wird älter. Sind die aktuellen Geburtenraten eine Bedrohung für die Gesellschaft? DJI Bulletin, Heft 54, 5-8.
- Bönsch, C. & Rathner, G. (1992). Schlankeitswahn, Frauenrolle und Eßstörungen: Soziokulturelle Aspekte der modernen Frauenkrankheiten Anorexie und Bulimie. Psychologie in der Medizin, 4, 18-22.
- Breiholz, H., Duschek, K.-J., Heidenreich, H.-J. & Nöthen, M. (2003). Leben und Arbeiten in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Statistisches Bundesamt – Pressestelle, Wiesbaden.
- Brownell, K. (1995). Eating Disorders in Athletes. In K. Brownell & CG. Fairburn (Eds.), Eating Disorders and Obesity (pp. 191-196). New York: Guilford Press.
- Brunner, E. & Franke, A. (1997). Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Informationsschrift der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Bergisch Gladbach: Media Print.
- Buddeberg -Fischer, B. (2000). Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Kendler, K. S. (2000). An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders. American Journal of Psychiatry, 157, 886-895.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995). Fünfter Familienbericht. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998). Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000). Familien im Zentrum. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Familienpolitik der Bundesregierung. Berlin: DCM Druck Center Meckenheim GmbH & Co. KG.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2000). Pressemitteilung vom 23. Oktober 2000. Köln.
- Bundeszentrale für politische Bildung. (1991). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Leck: Clausen & Bosse.
- Button, EJ. & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. Psychological Medicine, 11, 509-516.
- Cierpka, M. & Reich, G. (1997). Familientherapeutische Behandlung von Patientinnen mit Eßstörungen. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), Psychotherapie der Eßstörungen (S.127-150). Stuttgart: Georg Thieme.
- Cooper, Z. (1995). The Development and Maintenance of Eating Disorders. In K. Brownell & CG. Fairburn (Eds.), Eating Disorders and Obesity (pp. 199-205). New York: Guilford Press.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, MH. (1997). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Hans Huber.
- Dorbritz, J. (1999). Familienbildung und -lösung in Deutschland – theoretische Reflektionen und demographische Trends. In J. Roloff & J. Dorbritz (Hrsg.), Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre: Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozio-ökonomische Bedingungen; Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey (S.11-31). Opladen: Leske und Budrich.
- Dorbritz, J. (1999). Einstellungen zur Familienpolitik in Deutschland. In J. Roloff & J. Dorbritz (Hrsg.), Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre: Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozio-ökonomische Bedingungen; Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey (S.226-238). Opladen: Leske und Budrich.

- Dorbritz, J. & Roloff, J. (1999). Familienbildung in Deutschland in den 90er Jahren – Zusammenfassung und Ausblick. In J. Roloff & J. Dorbritz (Hrsg.), Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre: Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozio-ökonomische Bedingungen; Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey (S.243-251). Opladen: Leske und Budrich.
- Engstler, H. (1999). In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. (5. Aufl.). Filderstadt: W. E. Weinmann.
- Eurostat-Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (2001). Erste Bevölkerungsschätzungen. Leichter Anstieg des Bevölkerungswachstums in der EU im Jahr 2000. Pressemitteilung Nr. 4/2001. Internet-download unter <http://europa.eu.int./comm/eurostat/>.
- Fischer, A., Fritzsche, Y., Fuchs-Heinritz, W. & Münchmeier, R. (2000). Jugend 2000 – 13. Shell Jugendstudie. Opladen: Leske + Budrich.
- Fries, H. (1974). Secondary Amenorrhoea, Self-induced Weight Reduction and Anorexia Nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 248.
- Fthenakis, W. E. & Engfer A. (1997). LBS-Familien-Studie „Übergang zur Elternschaft“ Report 2/97 Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen Frau und Mann. Internet-download unter www.lbswest.de.
- Fthenakis, W. E. & Engfer A. (2000). LBS-Familien-Studie „Übergang zur Elternschaft“ Report 1/2000 Vorstellungen von Vaterschaft und Mutterschaft. Internet-download unter www.lbswest.de.
- Galler, H. P. (1988). Familiäre Lebenslagen und Familienlastenausgleich. Zu den Opportunitätskosten familialer Entscheidungen. In B. Felderer (Hrsg.), Familienlastenausgleich und demographische Entwicklungen (S.83-112). Schriftenreihe des Vereins für Sozialpolitik.
- Glatzer, W. (1998). Nichteheliche Lebensgemeinschaften. Aus Politik und Zeitgeschichte Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B53/98, 17-25.
- Gloger-Tippelt G. (1993). Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske + Budrich.
- Graber, JA., Brooks-Gunn, J., Paikoff, RL. & Warren, MP. (1994). Prediction of Eating Problems: An 8-Year Study of Adolescent Girls. Developmental Psychology, 30(6), 823-834.

- Habermas, T. & Müller, M. (1986). Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. Der Nervenarzt, 57, 322-331.
- Habich, R. & Berger-Schmitt, R. (1998). Familie, Wohlstand, Beruf, Selbstverwirklichung: Einstellungsmuster und –profile zur Konkurrenz von Lebensbereichen. In Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaft (Hrsg.), Familienbildung und Kinderwunsch in Deutschland. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Heft 82f. Wiesbaden.
- Habich, R. & Berger-Schmitt, R. (1999). Einstellungen zur Familiengründung in West- und Ostdeutschland. In J. Roloff & J. Dorbritz (Hrsg.), Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre: Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozio-ökonomische Bedingungen; Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey (S.147-225). Opladen: Leske und Budrich.
- Habich, R., Headey, B. & Krause, P. (1991). Armut im Reichtum. Ist die Bundesrepublik Deutschland eine Zwei-Drittel-Gesellschaft?. In Rendtel, U. & Wagner, G. (Hrsg.), Zur Einkommensdynamik in Deutschland seit 1984 (S.488-509). Frankfurt a. M.
- Herzog, W., Rathner, G. & Vandereycken, W. (1992). Long-Term Course of Anorexia Nervosa: A review of the Literature. In W. Herzog, HC. Deter & W. Vandereycken (Eds.), The Course of Eating Disorders (pp.15-29). Berlin: Springer.
- Hondrich, K. O. (1998). Zur Dialektik von Individualisierung und Rückbindung am Beispiel der Paarbeziehungen. Aus Politik und Zeitgeschichte Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B53/98, 3-8.
- Jagenow A. & Mittag. O. (1984). Weiblicher Kinderwunsch und Sexualität. Psychosozial, 7 (21), 7-26.
- Jurczyk, K. (2002). Entgrenzung der Erwerbsarbeit – Zukunftsfähigkeit der Familie. DJI Bulletin, Heft 60/61, 6-7.
- Katzman, DK., Golden, NH., Neumark-Sztainer, D., Yager, J. & Strober, M. (2000). From Prevention to Diagnosis: Clinical Research Update on Adolescent Eating Disorders. Pediatric Research, 47(6), 709-712.
- Klingenspor, B. (1987). Selbstwahrnehmung von Geschlechtsrollenidentifikation, Selbstwertgefühl und Körperbild bei Bulimarexia. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 8(4), 273-296.
- Klingenspor, B. (1989). Bulimarexia: Die Psychologie eines sozio-kulturellen Phänomens. In A. Kämmerer & B. Klingenspor (Hrsg.), Bulimie (S.71-87). Stuttgart: Kohlhammer.

- Klingenspor, B. (1991). Bulimisches Eßverhalten und Geschlechtsidentität bei Jugendlichen: Strukturmodelle mit nicht normalverteilten Variablen. Dissertation 92 B 0582. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg.
- Klocke, A. & Hurrelmann, K. (1995). Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2, Beiheft, 138-151.
- Krüger, C., Reich, G., Buchheim, P. & Cierpka, M. (1997). Eßstörungen: Diagnostik – Epidemiologie – Verläufe. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), Psychotherapie der Eßstörungen (S. 26-43). Stuttgart: Georg Thieme.
- LBS-Kinderbarometer (1999). Kinder möchten Kinder. Pressemitteilung vom 01.06.1999. Internet-download unter www.lbswest.de.
- Lampert, H. (1996). Priorität für die Familie. Berlin
- Lauterbach, W. (1994) Berufsverläufe von Frauen. Erwerbstätigkeit, Unterbrechung und Wiedereintritt. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Le Bras, H. & Hénard, J. (2001). Arme Deutsche, glückliche Französinen. Die Zeit, 20, S.6.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1987). Therapie der Magersucht und der Bulimia nervosa. Berlin: Walter de Gruyter.
- Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen (2000). Übersicht zu Tageseinrichtungen für Kinder im Freistaat Thüringen. Schriftliche Mitteilung des Referat 42/ Frau Michel vom 9.5.2000.
- Monck, E., Graham, P., Richman, N. & Dobbs, R. (1990). Eating and weight control problems in a community population of adolescent girls aged 15 –20 years. In H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Hrsg.), Anorexia nervosa (S.1-12). Toronto: Hogrefe/Huber.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls- a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow –up. Psychological Medicine, 20, 383-394.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe- Verlag.
- Rastam, M. & Gillberg, C. (1992). Background factors in anorexia nervosa. European Journal of Childhood and Adolescent Psychiatry, 1, 54-65.
- Rathner, G. (1996). Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Eßstörungen. Psycho, 22, 179-187.

- Ratzke, K. (1995). Zur Analyse soziokultureller Bedingungen der Geschlechtsrollenannahme am Beispiel gestörten Eßverhaltens. Eine vergleichende Studie zwischen Studentinnen aus Ost- und Westdeutschland. Göttingen: Cuvillier.
- Reich, G. (1997). Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), Psychotherapie der Eßstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend (S.44-60). Stuttgart: Thieme.
- Regel, K. (1998). Motives of the wish to have children among females with eating disorders. Postervortrag auf dem Internationalen Kongress „The treatment of eating disorders – research meets clinical practice.“ Stuttgart
- Renesse, M. von (2000). Total normal oder voll daneben?. Manuskript der Sendung „Lange Nacht“ im Deutschlandfunk vom 28.10.2000.
- Richter, E. A. (2000). Kinderwunsch wird häufig lange hinausgezögert. Deutsches Ärzteblatt, Jg 97, Heft 38, 561.
- Roloff, J. (1995). Familieneinkommen, Kinderkosten und deren Einfluß auf generative Verhaltensentscheidungen. In Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 82d Familienbildung und Kinderwunsch in Deutschland. Wiesbaden
- Roloff, J. (1999). Soziodemographische und sozioökonomische Rahmenbedingungen generativer Verhaltensentscheidungen in Deutschland 1992. In J. Roloff & J. Dorbritz (Hrsg.), Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre: Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozio-ökonomische Bedingungen; Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey (S.32-37). Opladen: Leske und Budrich.
- Roth R. (1988). Ein Kind ...oder lieber doch (noch) nicht? In B. Neuwirth (Hrsg.), Frauen, die sich keine Kinder wünschen (S.187-228). Wien: Wiener Frauen-Verlag.
- Sass, H., Wittchen, HU. & Zausig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM- IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schloen, A. (1997). Familienfunktionalität und ihr Beitrag zur Entstehung eines gestörten Eßverhaltens bei Jugendlichen. Dissertation. Universität Göttingen.
- Schneewind, K. A. & Ruppert, S. (1995). Familien gestern und heute: ein Generationenvergleich über 16 Jahre. München: Quintessenz-Verlag.
- Schneewind, K. A., Gotzler P., Schlehlein B., Sierwald W. & Weiß J. (1996). Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch in den alten Bundesländern – Ergebnisse und Teilstudie im Überblick. In Bundesministerium für Familie, Senioren,

- Frauen und Jugend (Hrsg.), Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schneewind, K. A. (1998). Persönliche Mitteilung. Institut für Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der LMU München.
- Schneider-Düker, M. (1978). Deutsche Neukonstruktion des BEM Sex-Role Inventory. Univ., Fachbereich Sozial- und Umweltwissenschaften, Fachrichtung Psychologie, Arbeiten der Fachrichtung Psychologie, Universität des Saarlandes; 51, Saarbrücken.
- Schneider-Düker, M. & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen -Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. Diagnostica, 34 (3), 256-270.
- Schneider, N. F. (2000). Sozialer Wandel als Bruch? Veränderungen der Familie in den alten und neuen Bundesländern. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Dokumentation des Symposiums „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ in Freiburg im Breisgau 27. –29.2.2000 veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (S.14-21). Köln: BzGA
- Spence, JT., Helmreich, R. & Stapp, J. (1975). Ratings of Self and Peers in Sex Role Attributes and Their Relation to Self-Esteem and Conceptions of Masculinity and Femininity. Journal of Personality and Social Psychology, 32 (1), 29-39.
- Starke, K. (2000). Reproduktive Kulturen in Ost und West – Kinder und Kinderlosigkeit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Dokumentation des Symposiums „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ in Freiburg im Breisgau 27. –29.2.2000 veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (S.29-35). Köln: BZgA
- Statistisches Bundesamt. (März 2000). Im Blickpunkt: Jugend in Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt. (Juni 2000). Leben und Arbeiten in Deutschland 1999. Internet-download unter [www. statistik-bund. de](http://www.statistik-bund.de) (link) Produkt & Service (link) Online Publikationen.
- Statistisches Bundesamt. (Juli 2000). Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Internet-download unter [www. statistik-bund. de](http://www.statistik-bund.de) (link) Produkt & Service (link) Online Publikationen.
- Stein-Hilbers, M. & Becker, M. (1996). Wie schlank muß ich sein, um geliebt zu werden? Zur Prävention von Eßstörungen. Schrift des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn.

- Steinhausen, HC. (2000). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Fischer.
- Stöbel-Richter, Y. & Brähler E. (1998). Persönliche Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch in Ost- und Westdeutschland – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In E. Brähler, Felder & B. Strauß (Hrsg.), Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 17 (S.72-87). Göttingen: Hogrefe.
- Stöbel-Richter, Y., Brähler E. & Schumacher, J. (2001). Pro und Contra eigenes Kind. Kinderwunschnotive in Ost- und Westdeutschland 1996 und 1999 im Vergleich. Reproduktionsmedizin, 17, 103-107.
- Strahan, FR. (1975). Remarks on Bem's Measurement of Psychological Androgyny: Alternative Methods and a Supplementary Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (4), 568-571.
- Strohmeier, K. P. (1993). Pluralisierung und Polarisierung der Lebensformen in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B17/93.
- Süddeutsche Zeitung (1999, 26. Februar). Das teure Urteil aus Karlsruhe. Büßen für Versäumnisse. S.10.
- Szmukler, GI. (1985). The Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19, 143-153.
- Weick, S. (1999). Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland – Auszug aus Teil II. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Datenreport 1999. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. Psychological Medicine, 25, 567-579.
- Wolff, R. (1997). Struktur und Dynamik von Vernachlässigungsfamilien – Empirische Daten und theoretische Konstruktionen. In Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Jugend (Hrsg.), Hilfe und Schutz für vernachlässigte Kleinkinder und ihre Familien. Dokumentation der Fachtagung vom 31. Oktober bis 1. November 1996 (S.9-20). Hamburg.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. B. Strauß für die sehr gute Betreuung dieser Arbeit.

Dem Förderverein des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Jenapharm & Co. KG danke ich für das Loder-Promotionsstipendium, welches es mir ermöglichte, das Studium zu unterbrechen und mich der Studie intensiv zu widmen.

Vielen Dank an die Schulämter und die Schulleiter in Jena und Göttingen, die Professoren der betreffenden Fächer an der Universität Jena und der Fachhochschule Zwickau, an Herrn PD Dr. G. Reich und vor allem an die vielen Schüler und Studenten für die Kooperation bei der Durchführung der Befragungen.

Herrn Dipl.-Psych. H. Kirchmann sei Dank für die Hinweise zur statistischen Auswertung.

Gedankt sei Frau R. Hennig, Frau L. Troost, Frau Dr. C. Köhle, Herrn Dr. P. Köhle, Herrn Prof. em. Dr. Dr. h.c. A. Hennig und meinem Sohn Leopold, die – jeder auf seine Weise – zur Entstehung des Werkes beigetragen haben.

Besonders herzlichen Dank an meine Frau, Dr. Katja Aschenbrenner, für die produktive Zusammenarbeit und die liebevolle Unterstützung.

Lebenslauf

	Florian Aschenbrenner
geb. 20.07.1973	in München
1980-1984	Grundschule Grünwald
1984-1988	Humanistisches Gymnasium der Benediktiner Schäftlarn
1988-1993	Neusprachliches Gymnasium Tutzing
1993	Abitur
1993-1994	Zivildienst im Krankenpflagedienst der Internistischen Überwachungs- und Intensivstation der Medizinischen Klinik der LMU München
1994	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
1997-1998	Studium der Humanmedizin an der Université Louis-Pasteur Strasbourg, Frankreich (ERASMUS/SOKRATES Stipendium)
2000-2001	Loder-Promotionsstipendiat
2002-2003	Elternzeit
2003	3. Staatsexamen der Medizin

Jena, den 18. Juni 2003

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Herr Prof. Dr. B. Strauß, Frau Dr. K. Aschenbrenner, Herr Dipl.-Psych. H. Kirchmann,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, den 18. Juni 2003