

Gynäkologie 2003 · 36:62–68
 DOI 10.1007/s00129-002-1296-z
 Online publiziert: 19. Oktober 2002
 © Springer-Verlag 2003

G. Hullen · Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

Demographische Analysen der Fertilität mit Hilfe der Perinatalstatistik

Wer für Bevölkerungs- und Familienforschung oder für die Familienpolitik Statistiken über die Frauen und ihre Kinderzahl braucht, ist in Deutschland weitgehend auf Surveys angewiesen, erst recht bei Fragen nach den Geburtenabständen oder den Einflüssen von Geburten auf die Lebensform, das Erwerbsverhalten und die ökonomische Lage.

Die Standesämter erfassen lediglich die Parität der in der bestehenden Ehe lebendgeborenen Kinder und der legitimierten Kinder. Damit lassen sich allenfalls „eheliche Geburtenziffern nach Ordnung des Kindes“ und „eheliche Familienzuwachsfiguren“ berechnen.

Im Mikrozensus, der jährlichen einprozentigen Erhebung, wird ausdrücklich nur nach den Kindern im Haushalt gefragt, nicht nach der gesamten Zahl der Kinder. Aus demographischer Sicht kann dies nicht zufrieden stellen angesichts dessen, dass es anteilig immer mehr Kinder gibt, die nicht bei miteinander verheirateten Eltern aufwachsen¹.

Im Folgenden wird gezeigt, wie die Perinatalstatistik zur Deskription und Projektion der biologischen Fertilität genutzt werden kann. Diese Statistik ist Teil der externen Qualitätssicherungsmaßnah-

men im Gesundheitswesen gemäß Sozialgesetzbuch V. Vorausgeschickt sei, dass auch sie, so nützlich sie für medizinische Fragen ist, natürlich nur im beschränkten Maße bevölkerungswissenschaftlichen Wünschen gerecht wird.

Grundsätzlich möglich wären Auswertungen nach Herkunftsland der Frauen, nach dem Bestehen einer Partnerschaft und nach dem beruflichen Status der Frau und des Partners.

Die Untersuchung ist auf das Land Hessen beschränkt, kann indessen für das frühere Bundesgebiet gesamt gelten.

Fragestellungen

Im politisch-legislativen Raum ist die Bedeutung der Kinderzahl für die gesellschaftliche Zukunft jüngst paukenschlagartig zur Kenntnis genommen worden. Das Bundesverfassungsgericht beschrieb in seinem Urteil zur Pflegeversicherung vom 3. April 2001 „eine nicht mehr aufhaltbare Abwärtsspirale“:

„... die Bevölkerung verringert sich nicht allein dadurch, dass weniger Kinder geboren werden als zur Bestandserhaltung erforderlich sind. Ganz wesentlich verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass es infolgedessen immer weniger Personen gibt, die Kinder zeugen und gebären können. Außerdem bleiben immer mehr Frauen kinderlos“ (BVerfG 1991, C IV 3 aa).

Die Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Poli-

tik“ öffnete ein Hoffnungstörchen, die Geburtenzahl könne zukünftig wieder ansteigen. Im Gegensatz zu Voraussagen über die Mortalität bestehe

„über die Entwicklung der Fertilität und damit über die Stärke der nachrückenden Jahrgänge größere Unsicherheit. Ohne Kenntnis der Stärke der zukünftigen Geburtsjahrgänge können aber keine Aussagen über Anzahl und Struktur der Gesamtbevölkerung getroffen werden“ (BT-Enquete-Kommission 2002, Abschn. 3.1 [7]).

In der Bevölkerungswissenschaft hat eine Diskussion darüber eingesetzt, dass in Zeiten schnellen Geburtenrückgangs wie in den 1960er und 1970er Jahren in Westeuropa, jetzt auch in Osteuropa, diejenigen Maße der Fertilität, die von Querschnitten ausgehen, v. a. also die TFR („total fertility rate“, „zusammengefasste Geburtenziffer“ oder auch „Fruchtbarkeitsziffer“), als Periodenmaß stets unterhalb der langfristig messbaren Fertilität der Frauenkohorten liegen. Folglich gibt es Versuche einer angemesseneren Erfassung [3, 9, 15].

Empirische Befunde

Besondere Aufmerksamkeit fanden die empirischen Befunde, dass mit dem Aufschub von Geburten in ein höheres Lebensalter der Mütter ein höheres Tempo weiteren Zuwachses verbunden ist bzw. auch für die Zukunft zu erwarten sei mit dem Ergebnis historisch gleichbleibendem Quantum [10, 16].

¹ Der Anteil nichtehelicher Geburten stieg von 15,1% im Jahr 1991 auf 22,1% in 1999. Zugenommen haben die Zahlen der Kinder alleinerziehender Mütter sowie der Kinder in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, und unter den insgesamt 17,5 Mio. unter 20-Jährigen sind nach eigener Schätzung rund 0,7 Mio. Stiefkinder.

Untersuchungen zu paritätsspezifischen Geburtenziffern in Finnland, Frankreich und Ungarn beschrieben das Timing nicht nur der ersten, sondern auch der weiteren Geburten und versuchten, dies in Zusammenhang mit der kalendarischen Zeit und darüber hinaus der jeweiligen bevölkerungsrelevanten Politik zu setzen [14, 13, 6].

Daten

Die verwandten Daten der Perinatalstatistik wurden von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH, Eschborn, <http://www.gqhnet.de>; vgl. auch Beiträge 2001 [8]) zur Verfügung gestellt. Getragen von den Verbänden der Krankenkassen in Hessen und der Hessischen Krankenhausesellschaft, ist sie mit der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung befasst.

An der Dokumentation der stationären Geburten nehmen mittlerweile alle geburtshilflichen Krankenhausabteilungen in Hessen teil, d. h. dass sie der GQH den „Perinatologischen Basis-Erhebungsbogen“ liefern. Er erfasst die stationären Geburten unter Einbeziehung der Aspekte der Schwangerenvorsorge, Morbidität der Neugeborenen und Mütter.

Die Geschäftsstelle berichtete, dass seit kurzem die Möglichkeit bestehe, Daten auch der außerklinischen Geburtshilfe in die Perinatalerhebung einzubeziehen [8].

Diese standen indessen für die vorliegende Auswertung nicht zu Verfügung. Verwandt wurden die Angaben über die Lebendgeburten nach Geburtsjahr der Mutter und Anzahl vorangegangener Lebendgeburten.

Durch Subtraktion des Geburtsjahrs vom Kalenderjahr wurde das Alter der Mutter ermittelt, was folglich durchschnittlich ein halbes Jahr über dem erreichten Alter liegt. Die verschwindend geringe Zahl von Fällen, für die das Geburtsjahr der Mutter nicht vorlag (jährlich weniger als 10), blieb bei altersspezifischen Auswertungen natürlich außer Betracht.

Da Unschärfen durch solche Fälle, bei denen das Krankenhaus und der Wohnort der Mutter nicht gleichermaßen zu Hessen gehörten, wohl zu vernachlässigen sind, können der Perinatalstatistik aus den hessischen Krankenhäusern ohne weiteres Bevölkerungsstatistiken für das Land Hessen gegenübergestellt werden. Daran gemessen, weist die Perinatalstatistik seit 1990 mit jährlich zwischen 57,2 und 60,4 Tausend Geburten anfangs rund 92%, mittlerweile rund 98% der in der Landesstatistik erfassten Geburten aus.

Vom Hessischen Landesamt wurden dankenswerterweise die Geburtenzahlen, die altersspezifischen Geburtenziffern und Angaben über die (eheliche) Parität der Geburten übermittelt.

Geburten nach Parität

Das durchschnittliche Gebäralter der Frauen in Hessen lag Anfang der 1980er Jahre bei 25 Jahren, jetzt erreicht es 30 Jahre. Ebenso bemerkenswert wie diese Erhöhung ist, dass die zusammengefasste Geburtenziffer (TFR) in diesem Zeitraum bei 1,2–1,4 verharrte. Die Abb. 1 zeigt, dass die Altersverteilung der Geburten nicht mehr linkssteil ist, sondern dass sich die Geburten gleichmäßiger über das dritte und vierte Lebensjahrzehnt verteilen.

Dieses Phänomen zeigt sich für Westdeutschland insgesamt in gleicher Weise. Die Perinatalstatistik mit ihren Informationen über die biologische Parität soll nun helfen zu klären, ob diese Entwicklung zurückzuführen ist auf

- a) einen Aufschub aller Geburten auf spätere Lebensjahre oder auf
- b) eine Zunahme der „weiteren“ Geburten (2. Geburt, 3. Geburt usw.) bei gleichzeitiger Abnahme der Frauen, die überhaupt ein Kind bekamen (Polarisierung; vgl. [12]), oder
- c) eine Entwicklung, in der die Erstgeburten aufgeschoben und dann „nachgeholt“ wurden, mit dem Ergebnis einer rascheren Folge weiterer Geburten.

Sieht man sich die amtliche Statistik über die Lebendgeburtenfolge (eheliche Parität)

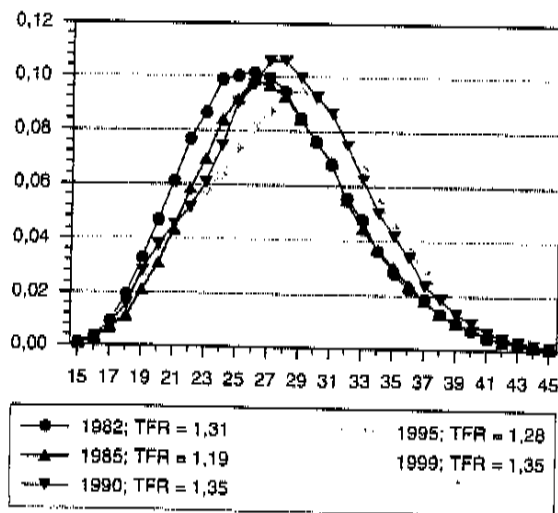


Abb. 1 ▲ Altersspezifische Geburtenziffern

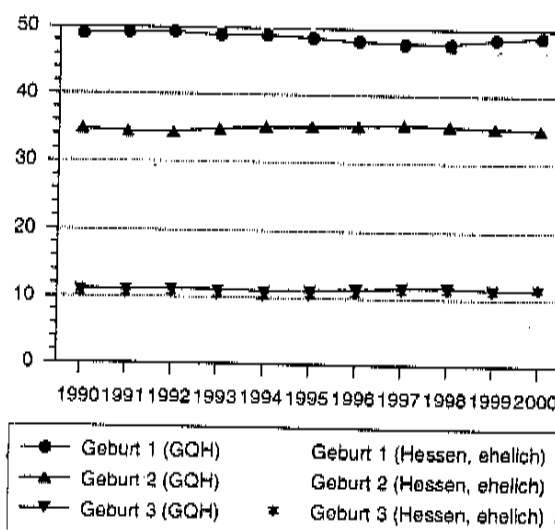


Abb. 2 ▲ Geburten nach Parität in v. H. aller Geburten – biologische und eheliche Parität

Gynäkologie aktuell

Tabelle 1

Geburten in v.H. nach biologischer Parität

Jahr	Erste Geburten	Zweite Geburten	Dritte Geburten	Vierte und weitere Geburten	Geburten gesamt
1990	49,0	34,8	11,1	3,3	57271
1991	49,2	34,4	11,1	3,2	57315
1992	49,3	34,4	11,2	3,2	56970
1993	48,9	34,8	11,2	3,2	59045
1994	48,9	35,2	11,0	3,1	58222
1995	48,5	35,3	11,2	3,2	57702
1996	48,1	35,4	11,3	3,3	59465
1997	47,7	35,6	11,6	3,2	60440
1998	47,7	35,4	11,7	3,3	58575
1999	48,5	35,2	11,3	3,2	56406
2000	48,8	35,0	11,4	3,0	57876

Quelle: Perinatalstatistik Hessen; BiB IIS/.../ppr.xls.

in Deutschland bzw. bis 1990 in Westdeutschland an, so fällt auf, dass der Anteil erster Geburten in der Zeit des Babybooms einen historischen Tiefpunkt von 40% hatte, danach auf 49% im Jahr 1983 stieg, um dann bis 1999 auf 45% abzusinken. Der Anteil zweiter Geburten stieg stetig von 30 auf 38%.

Der Anteil weiterer Geburten sank bis 1984, um danach wieder anzusteigen (dritte Geburten 1999 12%, vierte Geburten 3%, fünfte und weitere 2%). Bei der Betrachtung so vieler Jahrzehnte spiegelt die Statistik der ehelichen Parität somit, dass bei geringeren Kinderzahlen der Anteil der ersten Kinder zwangsläufig steigt.

Für Hessen können nun mit Hilfe der Perinatalstatistik die eheliche Parität und die biologische Parität gegenübergestellt werden (Abb. 2), zumindest für das letzte Jahrzehnt. Die Verteilung der Geburten nach biologischer Parität zeigt eine hohe Konstanz.

Erste Geburten machten im letzten Jahrzehnt 47,7–49,2% aus, zweite Geburten 35%, dritte Geburten 11%, vierte und weitere Geburten 3%. Geburten der ehelichen Parität 1 hingegen nahmen ab.

Die Differenz zur biologischen Parität 1 nahm bis 2000 auf 2 Prozentpunkte zu. Dies ist der Effekt der Zunahme nichtehelicher Geburten, gemildert durch die Zunahme konsekutiver Ehen. Entsprechend liegt der Anteil ehelicher zweiter Geburten

über dem der Geburten der biologischen Parität. Bei Geburten der Parität 3 zeigen sich kaum Unterschiede (Tab. 1).

Alters- und paritätsspezifische Geburtenziffern

Zur Berechnung von Geburtenziffern (FR, „fertility rate“) ist die Anzahl der Geburten auf die jeweilige Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zu beziehen. Für altersspezifische Geburtenziffern (ASFR) ist also auf die Altersstufen von 15 bis 45 oder bis 49 Jahre zu rekurrieren; diese Angaben sind der amtlichen Statistik leicht zu entnehmen. Schwieriger wird es, wenn zur Berechnung paritätsspezifischer Geburtenziffern (PASFR) auch Angaben darüber gebraucht werden, wie viel Lebendgeburten jeweils vorausgingen. Die Zahl der Kinder im Haushalt, wie sie im Mikrozensus erhoben wird, ist nicht mit der Zahl der Lebendgeburten einer Frau gleichzusetzen – man denke an Stiefkinder oder an aus dem Elternhaus ausgezogene Kinder.

Birg und Flöthmann [2] umgingen diese Schwierigkeiten auf elegante Weise, indem sie bei ihrer Auswertung der Perinatalstatistik für Westfalen-Lippe erst gar nicht die „Risikogruppen“, also die jeweiligen Anzahlen der Frauen, zu ermitteln versuchten.

Vielmehr wurden die amtlichen, nach Alter der Mutter spezifizierten Geburten-

ziffern nach Maßgabe der Ergebnisse der Perinatalstatistik auf die ersten Kinder, zweiten Kinder usw. verteilt. Das Ergebnis sind paritätsspezifische Geburtenziffern, die auf alle Frauen des jeweiligen Alters bezogen sind, sog. „reduced rates“ ([1]: 17, 94).

Da für Westfalen-Lippe keine entsprechenden amtlichen Statistiken zur Verfügung standen, zogen Birg und Flöthmann die altersspezifischen Geburtenziffern des damaligen Bundesgebiets heran. Die Auswertung der westfälisch-lippischen Statistik von 1984 bis 1992 mit jährlich rund 90.000 Geburten ergab eine hohe Stimmigkeit mit anderen Analysen. Deshalb wurde zur weiteren Auswertung der Perinatalstatistiken ermuntert.

Bei der eigenen Untersuchung wird die räumliche Übereinstimmung der Perinatalstatistik der GQH mit dem Land Hessen genutzt. Die jährlichen amtlichen altersspezifischen Geburtenziffern (ASFR) des Landes wurden mit Hilfe der Geburtenanteile der Perinatalstatistik nach Parität quotiert, wobei der Einfachheit halber vierte und weitere Geburten zusammengefasst wurden.

Die vorliegenden Daten der Kalenderjahre 1990 bis 2000 erlauben, für die Frauenkohorten von 1950 bis 1975 paritäts- und altersspezifische Geburtenziffern (PASFR) für jeweils bis zu 10 Altersjahre zu berechnen. Auszugsweise werden sie in Tab. 2 aufgeführt, und mit Abb. 3 wird versucht, die historischen Veränderungen darzustellen, zur Vereinfachung nur für die Kohorten 1960, 1965 und 1970.

Die Frauen der mittleren Kohorte (1965) hatten im Alter von über 30 Jahren mehr Erstgeburten als die Frauen der Geburtskohorte von 1960. Von den Frauen der Geburtskohorte 1970 ist eine nochmalige Steigerung zu erwarten. Andererseits hatten die jüngsten Frauen (Kohorte 1970) im Alter bis 30 Jahren weniger Erstgeburten als die Frauen der Kohorte von 1965. Bei den Zweitgeburten hatte – auf einem niedrigerem Niveau – die Kohorte von 1965 im Alter von über 30 ebenfalls mehr Geburten als die ältere Kohorte von 1960. Die Datenbasis der dritten Geburten erscheint als zu klein, um analytische Aussagen zu machen.

Oben schon wurde dargelegt, dass sich der Anteil der Erstgeburten gar nicht ver-

Tabelle 2

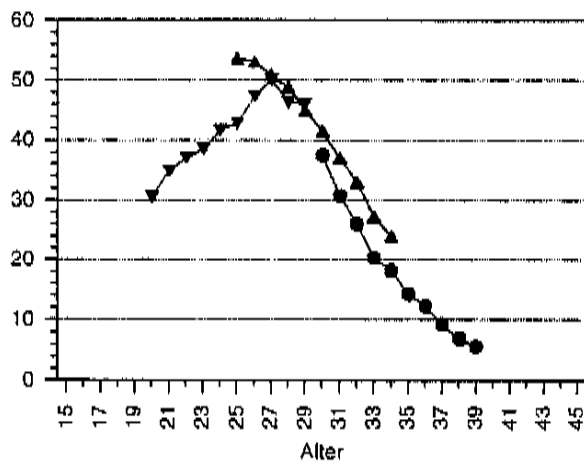
Alters- und paritätsspezifische Geburtenziffern ausgewählter Frauenkohorten

Alter	Kind 1				Kind 2				Kind 3				Kind 4 u. weitere				
	1950	1955	1960	1970	1950	1955	1960	1970	1950	1955	1960	1970	1950	1955	1960	1970	
	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	1975	
15			0,5					0,1							0,0		0,0
16			3,4					0,1							0,0		0,0
17			8,2					0,4							0,0		0,0
18			12,7					2,1							0,1		0,1
19			21,6					3,7							0,2		0,0
20			30,4	28,9				6,3	6,1					0,9	0,7		0,2
21			35,0	35,0				10,5	11,0					1,7	1,8		0,3
22			37,0	36,5				14,8	14,3					2,3	2,5		0,3
23			38,5	40,5				17,6	19,6					3,5	4,0		0,5
24			41,7	38,7				21,1	21,4					4,5	4,4		1,0
25			53,7	42,8			28,3	23,5			6,5	5,5				1,6	1,2
26			53,1	47,4			30,6	28,9			7,0	7,0				1,8	1,6
27			50,9	50,2			34,0	32,2			8,3	9,3				2,2	1,9
28			48,9	46,5			36,1	33,4			9,4	9,3				2,3	2,3
29			45,1	46,2			36,0	32,7			9,7	10,2				3,2	
30			37,5	41,5			37,9	36,5			12,3	10,6				3,3	2,8
31			30,8	37,0			34,5	37,5			11,8	12,2				3,7	3,1
32			26,1	33,0			28,3	35,6			11,1	11,6				3,2	3,0
33			20,4	27,3			25,4	31,5			10,6	11,1				3,3	3,2
34			18,2	23,9			22,3	26,1			10,4	11,3				2,9	1,0
35		11,4	14,3			15,6	17,9			8,3				3,4	3,1		
36		8,3	12,3			12,6	15,2			7,8				2,9	3,2		
37		6,6	9,3			9,1	11,8			7,1				2,7	2,7		
38		5,1	7,0			5,8	8,5			5,4				1,8	2,2		
39		3,6	5,7			5,3	7,1			3,7				1,5	2,7		
40	2,3	2,4		3,0		3,4								1,1	1,1		
41	1,1	1,7		1,7		2,4								0,9	0,9		
42	0,5	1,1		0,9		1,4								0,5	0,6		
43	0,3	0,8		0,6		1,0								0,2	0,3		
44	0,3	0,4		0,4		0,4								0,1	0,3		
45	0,2			0,1		0,2								0,1			

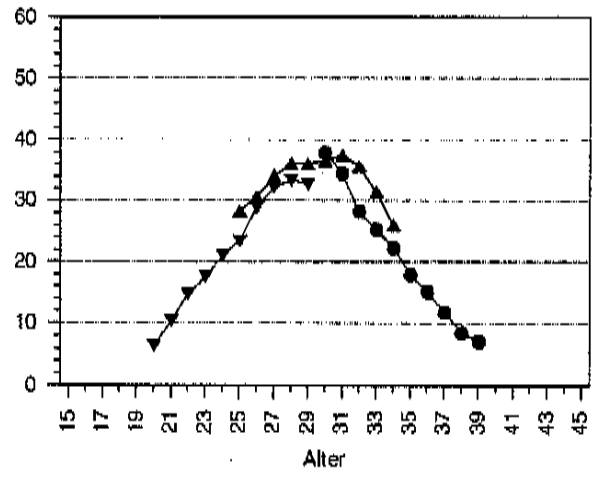
Quelle: Perinatalstatistik Hessen, BIB ISt/L-Apprx.01s

Gynäkologie aktuell

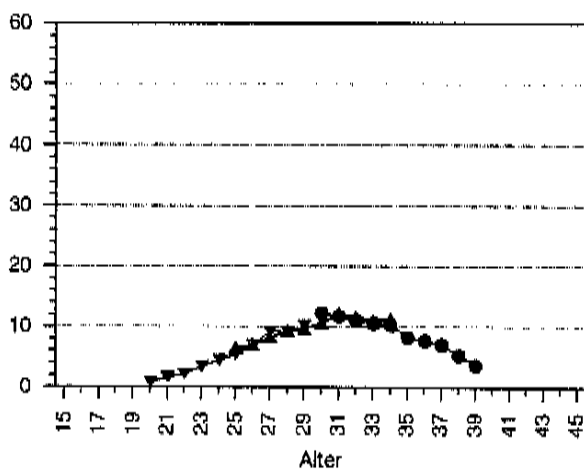
Hessen 1990-1999



● 1960 Geburt 1 ▲ 1965 Geburt 1 ▼ 1970 Geburt 1



● 1960 Geburt 2 ▲ 1965 Geburt 2 ▼ 1970 Geburt 2



● 1960 Geburt 3 ▲ 1965 Geburt 3 ▼ 1970 Geburt 3

Abb.3 a-c ▲ Paritäts- und altersspezifische Geburtenziffern ausgewählter Kohorten

ringert hat. Nun konnte gezeigt werden, dass die Erstgeburten in spätere Lebensjahre verschoben wurden. Die jüngeren Frauenkohorten bekamen ihr erstes Kind und auch ihr zweites Kinder, verglichen mit älteren Kohorten, deutlich häufiger erst im Alter von über 30 Lebensjahren. Demnach wird die „Polarisierungsthese“ nicht bestätigt.

Im letzten Jahrzehnt hat sich zwar der Anteil „weiterer“ Kinder in Ehen erhöht, nicht aber zu Lasten des Anteils der ersten Geburten an allen Geburten insgesamt. Jedenfalls wäre es falsch, weiter nur auf die Familienbildung in der mit einer Ehe verbundenen traditionellen Form zu sehen.

Die Kinderlosigkeit

Aus den paritäts- und altersspezifischen Geburtenziffern (PASFR) können „parity progression ratios“ berechnet werden. Sie geben die Wahrscheinlichkeit an, mit der eine Mutter im Alter a und mit der Lebendgeborenenzahl i eine weitere Lebendgeburt hat [PPR(a,i)]. Komplementär dazu wird mit [1-PPR(a,i)] der Frauenanteil angegeben, die kein weiteres Kind bzw. kein Kind bekommt.

PPR werden üblicherweise auf Geburtskohorten der Frauen bezogen. So ergab die Perinatalstatistik für die Kohorten von 1950 bis 1975 bis zu 10 Werte der altersspezifischen PPR. Verständlicherwei-

se streuen die Werte zwischen den Kohorten recht stark, für die ersten Geburten stärker als für die weiteren. Dies mahnt zur Vorsicht besonders bei Voraussagen über die zukünftige Familienbildung.

Aussagen über die endgültige Kinderzahl der Frauen oder über den Anteil der Kinderlosen wären fraglich, wenn sie sich auf die PPR nur einzelner oder weniger Jahre stützen würden. Um die Spannweite der Ergebnisse zu veranschaulichen, wurden zwei hypothetische Frauenkohorten im Alter von 15 bis 45 Jahren konstruiert. Eine soll einer maximalen, die andere einer minimalen Geburtenhäufigkeit unterliegen. Für die eine wurden aus dem letzten Kalenderjahrzehnt die jeweils

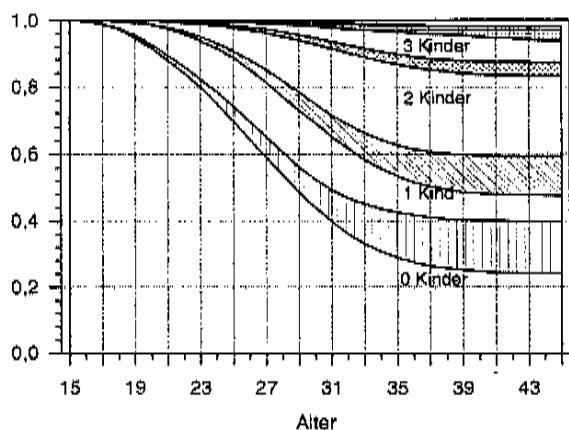


Abb. 4 ▲ Frauen nach Kinderzahl und Alter, die keine weitere Lebendgeburt haben (prozentual) – der schraffierte Bereich markiert die jeweiligen Ober- und Untergrenzen der Survivor-Funktionen

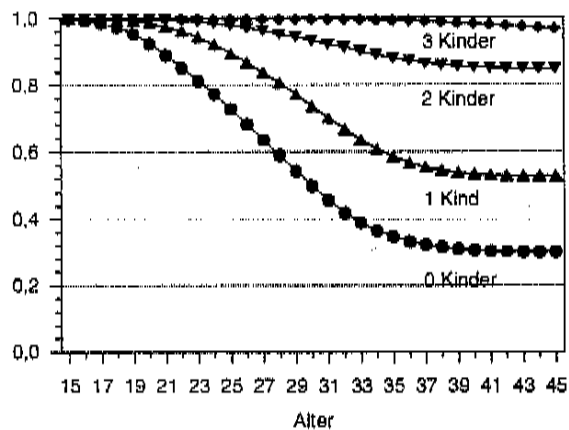


Abb. 5 ▲ Frauen nach Kinderzahl und Alter, die keine weitere Lebendgeburt haben (prozentual) – Survivorfunktionen für eine hypothetische Kohorte auf der Basis aktuellster empirischer PASFR

höchsten paritäts- und altersspezifischen PPR verwandt, für die andere die jeweils niedrigsten.

Survivor-Funktionen

Die Survivor-Funktionen (Abb. 4) zeigen die auf diese Weise geschätzten Ober- und Untergrenzen der Frauen, die keine (weitere) Lebendgeburt haben, unterschieden nach Alter der Frauen und den bisherigen Lebendgeburten. 24–40% (Unter- und Obergrenze) aller Frauen bleiben ohne Lebendgeburt. 48–59% jener Frauen mit einer Lebendgeburt haben keine weitere, 83–87% jener mit 2 Lebendgeburten und 94–98% jener mit 3 Lebendgeburten.

1
[Erratum:] keine Spannweite

Die Spanne zwischen den Ober- und Untergrenzen gerade der kinderlosen Frauen ist das Ergebnis des veränderten Tempos der Familienbildung. Die Geburten wurden ja in spätere Lebensjahre aufgeschoben. So stieg das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt der ersten ehe-lich lebendgeborenen Kinder bundesweit von 27 Jahren im Jahr 1990 auf nahezu 29 Jahre im Jahr 1999. Dabei blieb das Geburtenniveau im Untersuchungsgebiet Hessen mit durchschnittlich 1,3 Kindern recht konstant.

Wenn für die hypothetische Kohorte der Frauen mit der geringsten Geburtenhäufigkeit nun zum einen die heutige, geringe PPR der ersten Lebensjahrzehnte und zum anderen die früher vergleichs-

weise geringe PPR der älteren Frauen gelten soll, dann wird eine Frauenkohorte mit einem ungewöhnlichen Gebärverhalten modelliert. Ihre durchschnittliche Kinderzahl würde auf jeden Fall das heutige Niveau unterschreiten. Analog dazu hätte die hypothetische Frauenkohorte mit einer maximalen Geburtenhäufigkeit eine gegenüber der Realität überaus hohe Fertilität.

Ausblick

Das künftige Geburtsgeschehen wird nicht so ausfallen, wie es von den Extremgruppen markiert wird. Auch auf längere Sicht ist kein Wiederanstieg der PPR zu erwarten. Und die – in Westdeutschland wie in Hessen – seit langem zu beobachtende Konstanz der zusammengefassten Geburtenziffer (1,3–1,4) deutet an, dass ein Absinken ebenso unwahrscheinlich ist.

Auf der Suche nach einem Modell für die Zukunft wurde deshalb eine dritte hypothetische Kohorte konstruiert, die die jeweils aktuellsten Geburtenziffern übernimmt, von der jüngsten Frauenkohorte der 1975 Geborenen also die Fertilität bis zum Alter von 24, von der Geburtskohorte 1974 die Fertilität der 25-Jährigen, von der Geburtskohorte 1973 die Fertilität der 26-Jährigen usw.

Abbildung 5 zeigt, wie viel Frauen anteilig keine (weitere) Lebendgeburt haben werden, unterteilt nach dem Alter der Frauen und ihren vorherigen Lebendgeburten. Am Ende der fertilen Phase werden schätz-

ungsweise 30% der Frauen überhaupt keine Lebendgeburt gehabt haben.

Die prozentualen Anteile jener Mütter, die keine weiteren Kinder bekommen, steigen verständlicher mit der Parität: 53% haben nach einer Lebendgeburt, 85% nach 2 Geburten und 97% nach 3 Geburten keine weitere Lebendgeburt bzw. werden keine weitere haben, wenn die gegebenen Fertilitätsstrukturen fort dauern.

Fazit für die Praxis

Die Perinatalstatistik, die als Teil der Medizin- statistik der Verbesserung der stationären Versorgung, der Verbesserung der Schwangervorsorge sowie insbesondere der Kontrolle der Morbidität der Neugeborenen und Mütter dient, kann eine wichtige Quelle auch für demographische Fragestellungen sein. Ihr derzeit größter Vorzug gegenüber anderen Bevölkerungsstatistiken ist die Erfassung der biologischen Fertilität.

Die Angaben der hessischen Perinatalstatistik über die Parität der Lebendgeburten im letzten Jahrzehnt wurden genutzt, um den Anteil der Paritäten sowie das Tempo der ersten und zweiten Geburten darzulegen und um schließlich Annahmen zur zukünftigen Kinderlosigkeit zu formulieren.

Die bekannte These der Polarisierung, nach der es einerseits immer weniger Erstgeburten gibt, andererseits mehr weitere Geburten, konnte für das letzte Jahrzehnt in Hessen nicht bestätigt werden. Die ersten Geburten wurden aber in das dritte Lebensjahrzehnt „aufgeschoben“. Berechnungen über die zukünftige Kinderlosigkeit bleiben schwierig. Dauern die ge-

Buchbesprechung

genwärtigen Fertilitätsstrukturen fort, werden 30% der Frauen kinderlos bleiben.

Korrespondierender Autor

Dr. G. Hullen

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung,
Friedrich-Ebert-Allee 4, 65180 Wiesbaden
E-Mail: gert.hullen@destatis.de

Literatur

1. Beiträge zum Symposium (2001) "20 Jahre Qualitätssicherung in Hessen" am 24.11.2000 in Frankfurt/Main. Gynäkologe 34/; 77-155
2. Birg H, Flöthmann E-J (1993) Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen. Studienbericht im Auftrag der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, „Demographischer Wandel“. Decker's, Heidelberg
3. Bongaarts J, Feeney G (1998) On the quantum and tempo of fertility. Population Development Review 24/2: 271-297
4. Bundesverfassungsgericht (2001) Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 3. April
5. http://www.bverfg.de/entscheidungen/text/rs20010403_1bvr201495_2001
6. Csocsán de Várallja, Eugene [Váralljai Csocsán Jenő] (2000) Gyermekszámnövekedési valószínűségek 1989 előtt és után (Parity progression ratios before and after 1989). Demográfia 43(2/3): 279-304
7. Enquete-Kommission Demographischer Wandel (2002) Schlußbericht der Enquete-Kommission, „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Berlin
8. Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (2001) Qualitätssicherung, Geburtshilfe – Neonatologie – Gynäkologie, Eschborn
9. Kohler H-P, Philipov D (2001) Variance effects in the Bongaarts-Feeney formula. Demography 38/1: 1-16
10. Iesthaeghe R, Willems P (1999) Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? Population Development Review 25/2: 211-228
11. Lutz W (1989) Distributional aspects of human fertility. A global comparative study. Academic Press, London
12. Strohmeier KP (1993) Pluralisierung und Polarisierung der Lebensformen in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd 17, 5 11-22
13. Toulemon L, Mazuy M (2001) Les naissances sont retardées mais la fécondité est stable. Population (Paris) 56/4: 611-644
14. Vikat A (2002) Fertility in Finland in the 1980s and 1990s: Analysis of fertility trends by age and parity. Yearbook of population research in Finland, 38: 159-178
15. Zeng Y, Land KC (2002) Adjusting period tempo changes with an extension of Ryder's basic translation equation. Demography 39: 269-285
16. Hullen G (2002) Tempo und Quantum der Reproduktion i.E.

Sarimski K.

Frühgeburt als Herausforderung – Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe

Göttingen: Hogrefe 2001, 190 S.,
(ISBN 3-8017-1152-8), Reihe: Klinische
Kinderpsychologie - Band 1, 32,95 EUR

Mit diesem Buch gelingt es dem Autor, die aktuellen medizinischen und psychologischen Kenntnisse zu Frühgeburtlichkeit und ihren Folgen spannend zu referieren und kritisch zu reflektieren. In seiner klaren, stets einfühlsamen Darstellungsweise spricht er professionelle Helfer, aber auch interessierte Eltern und Betroffene an.

Das Buch ist gegliedert in 6 Kapitel, von der Entwicklungsprognose Frühgeborener über individualisierte, beziehungsorientierte Pflege, Elternberatung, Beziehungsentwicklung nach der stationären Behandlungsphase, frühkindliche Regulationsstörungen, bis zur Problematik von Familien unter besonderer Belastung. Zahlreiche Grafiken und Tabellen illustrieren die Informationen und fassen Relevantes zusammen. Durch die regelmäßig eingeschobenen Kasuistiken wird eine nur sachlich-distanzierte Perzeption des Textes vermieden.

Das Verdienst des Autors ist die objektive Präsentation des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. Er reflektiert jedoch auch die Auswirkung einer familienzentrierten Pflege auf den Arbeitsalltag einer Station. Damit wird auf Spannungsfelder hingewiesen, die sich aus einem solchen Ansatz für die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Pflegedienst und Ärzten ergeben.

Der Elternberatung in den ersten Wochen nach der Geburt ist ein weiteres Kapitel gewidmet. Hier geht der Autor zunächst auf die vielfältigen emotionalen Belastungen und Herausforderungen ein, die sich durch eine vorzeitige Geburt des Kindes für betroffene Eltern ergeben.

Der zweite Teil umfasst die Beziehungsentwicklung in der Zeit nach der Entlassung. Nach der Vorstellung diagnostischer Instrumente zur Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung werden die Inhalte einer beziehungsfördernden Begleitung und Beratung konkret dargestellt.

Gesondert geht der Autor auf die Problematik frühkindlicher Regulationsstörungen

ein, d.h. exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Hier stützt er sich insbesondere auf die umfangreichen Daten der ebenfalls im Kinderzentrum angesiedelten „Münchner Sprechstunde für Schreibabies“. Die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten werden praxisrelevant beschrieben.

Das Buch schließt mit einem Kapitel über Familien unter besonderer Belastung. An dieser Stelle setzt sich der Autor mit der Betreuung von Kindern, die apparativer Hilfen bedürfen, auseinander sowie mit Entwicklungsproblemen von Kindern mit BPD (chronische Lungenerkrankung infolge Frühgeburtlichkeit), vor allem aber mit der Problematik von Eltern, die unter eigenen psychischen Störungen oder unter ungelösten Traumata leiden, oder deren Baby auf Station stirbt. Auch hier bleibt der Beratungs- und Therapieansatz stets beziehungsorientiert.

Das Buch ist nicht nur für psychologisch-pädagogisch einschlägig Vorgebildete außerordentlich wertvoll. Gerade auch Ärzten kann es Anregung und Anstoß zu einem einfühlsamen Umgang mit betroffenen Familien geben, der auf der differenzierten Kenntnis nicht nur der medizinischen, sondern auch der psychischen, psychosozialen und entwicklungspsychologischen Risiken und Kompensationsmöglichkeiten der Frühgeburtlichkeit beruht. Es sollte daher zur Standardlektüre aller Mitarbeiter entsprechender Einrichtungen, insbesondere aber aller Mitarbeiter von Frühgeborenenstationen gehören.

N. v. Hofacker (München)