Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 22 (1996)

Heft: 2

Artikel: Generatives Handeln und gesellschaftlicher Wandel : der "Sterilisations-Skandal" in den ostdeutschen Bundesländern

Autor: Hahn, Daphne

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814702

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 25.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol./Rev. suisse sociol./Swiss Journ. Sociol., 22 (2), 1996, 347–383

GENERATIVES HANDELN UND GESELLSCHAFTLICHER WANDEL: DER „STERILISATIONS-SKANDAL" IN DEN OSTDEUTSCHEN BUNDESLÄNDERN

Daphne Hahn
Universität Potsdam

1. Der demographische Einschnitt als Eintritt in die Moderne

Das seit nunmehr fast sieben Jahre währende ökonomische und soziale Großexperiment „deutsche Einheit" hinterließ im generativen Verhalten der Bevölkerung nachhaltige Spuren. Diese Tatsache läßt sich zunächst am massiven Einbruch der Geburtenzahlen seit Oktober 1990 erkennen, weist aber auch darauf hin, daß sich der soziale Wandel und die absehbare soziale Krisensituation bereits zu Beginn des Jahres 1990 ausgewirkt haben mußten, wenn auch erst neun Monate später sichtbar. Seit dieser Zeit war wiederholt in den Medien und in Verbindung mit verschiedensten Themen die Äußerung von einem „Gebärstreik" zu vernehmen.

Die Hauptthese zur Erklärung dieser demographischen Zäsur orientierte sich an der Sogwirkung des Modernisierungsstrudels, in den die Menschen in Ostdeutschland geraten waren und prognostizierte die nach einer kürzeren Konsolidierungsphase zu erwartende Anpassung an das westdeutsche Geburtenniveau. Geburten würden demzufolge „vertagt, bis man seinen Platz in der Gesellschaft gefunden hat, sozial gesichert ist, die Werte und Regelungen vertrauter sind oder das neue System der Familienpolitik angenommen ist" (Dorbritz 1993, 358; Münz und Ulrich 1994; Wendt 1993). Sozialwissenschaftliche Transformationsforschung folgte mit ihren Erklärungen einem generellen Muster, wonach sich gesellschaftliche Entwicklungstendenzen unter einer „nachholenden Modernisierung" fassen lassen und ein allgemeiner Modernisierungsschub ausgelöst wurde, der sich vom Westen auf den Osten überträgt.

Bei dem Einbruch der Geburten sollte es nicht bleiben. Zwei Jahre nach der Vereinigung beider deutscher Staaten tauchten in der Presse Berichte über die steigende Zahl von Frauen auf, die sich in Ostdeutschland sterilisieren lassen. Diese Berichte enthielten Spekulationen für die Ursachen des Anstieges, waren zugleich aber auch Teil eines Diskurses über Geschlechterverhältnisse, Sexualität, Abtreibung und Reproduktion, der bereits in den Wendezeiten Ende 1989 einzusetzen begann. In diesem Diskurs wurden Geschlechterverhältnisse

und zugleich auch Ost-West-Differenzen thematisiert, über Traditionalität und Kollektivität gesprochen, über Modernität und Individualisierung sowie über das Leben unter „totalitären" Bedingungen auf der einen und „freiheitlich-demokratischen" Bedingungen auf der anderen Seite.

In den Berichten über die „massenhaften" Sterilisierungen von Frauen im Osten wurden die steigenden Sterilisationswünsche von Frauen auf verschiedenste Weise als Ausdruck und Resultat vor sich gehender Transformationen, wachsender sozialer Ungleichheit oder gewonnener Freiheit gedeutet. Selten jedoch wurden die Vermutungen über die Ursachen dieses Phänomens auf die Analyse der Erfahrungen von Frauen begründet, die einen Sterilisationswunsch hatten bzw. sich sterilisieren ließen. Damit blieben wichtige Zusammenhänge unberücksichtigt.

In meinem Beitrag will ich nun in drei Schritten vorgehen. Erstens (Kap. 2) werden die Ergebnisse der Analyse der Pressekampagne, die in einem Forschungsprojekt[1] rekonstruiert wurde, unter dem Aspekt dargestellt, wer wie und in welchem Kontext zu Wort kommt oder sich das Wort nimmt. Zweitens (Kap. 3) wird auf der Grundlage einer empirischen Untersuchung im Land Brandenburg[2] den Motiven von Frauen nachgegangen, sich sterilisieren zu lassen und diese Motive werden mit sozialstrukturellen Faktoren verknüpft; außerdem enthält der zweite Teil dieses Kapitel die Analyse der Expertengespräche. Drittens (Kap. 4) will ich die Modernisierungsthese wieder aufnehmen und ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Generalisierbarkeit anhand der Befunde des empirischen Forschungsprojektes diskutieren und anhand der Ergebnisse eine Alternativthese entwickeln.

2. Sterilisation als Thema in den Medien

Um zu verstehen, warum eine Mitteilung an die Presse über ein spezifisches Thema eine solcherart große und im folgenden Abschnitt beschriebene Resonanz erfährt, soll der ökonomische, politische und sozio-kulturelle Kontext im zweiten Jahr der deutschen Vereinigung grob skizziert werden.

1) 1992 erreichte der Abbau von Arbeitsplätzen im Osten Deutschlands einen Höhepunkt. Er hatte schon 1990, noch zu DDR-Zeiten, begonnen und setzte sich nach der Währungsunion und der Einführung der Marktwirtschaft, ver-

1 Unveröffentlichte Ergebnisse eines Forschungsprojektes an der Universität Potsdam zwischen 1994 und 1996 (Dölling, Hahn und Scholz, 1996).

2 Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (Hornig, 1994).

bunden mit der Privatisierung der volkseigenen/staatlichen Betriebe sowie dem Umbau des öffentlichen Dienstes mit steigender Tendenz fort. Im Oktober 1992 waren im Osten Deutschlands 16,2% der Erwerbstätigen arbeitslos (mit einem Frauenanteil von über 60%). Zählt man die verdeckten Formen von Arbeitslosigkeit (Kurzarbeit, ABM-Beschäftigte,[3] Teilnehmer an beruflicher Umschulung,[4] Altersübergang bzw. Vorruhestand [5]) hinzu, ergibt sich für Oktober 1992 eine Arbeitslosenquote von 38,5% [6] (diese Zahlen sind seither um jeweils ein bis drei Prozentpunkte gesunken). Das heißt, die ökonomische Krise schlug für viele Menschen auf ihren Alltag durch. Zu den Verunsicherungen, die ohnehin durch das Wegbrechen von bislang selbstverständlichen sozialen Netzen und Normen des Alltagslebens, durch die Übernahme westdeutscher Verwaltung, Rechtsprechung u. a. in der individuellen Lebensführung zu bewältigen waren, kamen für viele Menschen noch existentielle wirtschaftliche Sorgen hinzu.

2) Nicht wenige Menschen hatten neben diesen handfesten Sorgen auch ihre Enttäuschung über die Kluft zwischen den Realitäten und den Versprechen von Politikern bzw. ihren eigenen Illusionen über die (schnellen) Folgen der staatlichen Vereinigung für ihren Lebensstandard, für Rechtsstaatlichkeit oder für demokratische Handlungsmöglichkeiten zu verarbeiten.

3) Politiker vor allem, nicht nur der regierenden Parteien,[7] standen unter Druck, wirksame Programme zur Krisenbewältigung zu entwickeln und insbesondere auch die rechtsstaatliche Demokratie der Bundesrepublik im Osten zu verankern und deren Überlegenheit gegenüber dem „Unrechtsstaat DDR" den neuen Bundesbürgern real erfahrbar zu machen. Dies war eng mit (Partei-)Interessen verkoppelt, errungene Macht zu erhalten bzw. mehr Macht zu bekommen. „Skandale" konnten sich dafür als sehr geeignet erweisen.

---

3 ABM = Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen. ABM sind kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse jenseits des offiziellen Arbeitsmarktes. Sie werden oft nicht höher bezahlt, als das Arbeitslosengeld wäre und dienen vor allem dazu, Arbeitslose nicht völlig von bezahlter Arbeit (und eventuell auch ihren beruflichen Qualifikationen) abzukoppeln und dazu, die Arbeitslosenstatistik zu entlasten. In der Regel werden ABM im Bereich der sozialen Dienste bzw. im Umweltschutz angeboten – was auch etwas über die soziale Anerkennung solcher Tätigkeiten sagt.

4 Berufliche Umschulungen werden in der Regel an Arbeitslose vermittelt. Diese fallen, solange sie in Umschulung sind, aus der Arbeitslosenstatistik heraus.

5 Bis Ende 1993 wurde die Methode, Beschäftigte (unfreiwillig) in den Vorruhestand zu schicken, in Ostdeutschland vielfach angewendet. Die Vorruhestandsregelungen waren finanziell weitaus ungünstiger als in Westdeutschland.

6 Berechnungen des Statistischen Bundesamtes und der Bundesanstalt für Arbeit (veröffentlicht in: ND vom 12. September 1994).

7 Alle neuen Bundesländer wurden 1992 von der CDU (z. T. in Koalition mit den Liberalen – FDP) regiert; eine Ausnahme bildeten Brandenburg mit einer von der SPD dominierten Koalition mit der FDP und den Grünen, sowie Berlin mit einer Koalition von CDU und SPD.

4) Als besonders einschneidend und negativ wurden die Folgen der staatlichen Vereinigung von vielen ostdeutschen Frauen erfahren (vielfach wurden sie in den Medien als „die Verliererinnen der Einheit" apostrophiert): Nicht nur wurden sie häufiger als Männer arbeitslos und fanden seltener wieder eine Arbeit. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde für sie durch den Wegfall sozialpolitischer Maßnahmen, sozialer, medizinischer und kultureller Betreuungsleistungen in ihren Betrieben, durch das Schließen von Kinderbetreuungsstätten usw. erschwert. Ende 1992 lief überdies das für Ostdeutschland noch gültige DDR-Gesetz aus, wonach eine Schwangerschaft legal, ohne Pflichtberatung und kostenlos in den ersten 12 Wochen abgebrochen werden konnte.

5) Die Statistiken wiesen ein drastisches Absinken der Geburten, der Eheschließungen, aber auch der Scheidungen in Ostdeutschland aus.

Insgesamt kann man davon sprechen, daß Ostdeutschland 1992 ökonomisch und sozial in der Krise sowie institutionell noch instabil war, und der Alltag sehr vieler Menschen durch große Verunsicherungen und durch Tendenzen von Anomie gekennzeichnet war.

2.1 Eine Gleichstellungsbeauftragte [8] löst den „Sterilisations-Skandal" in der Presse aus

Seit Anfang des Jahres 1990 tauchten in den Medien Berichte über den Geburtenrückgang und den angeblichen „Gebärstreik" von Frauen in Ostdeutschland auf. Zu einer regelrechten Pressekampagne kam es im Mai 1992 aus einem spezifischen Anlaß. Auslöser hierfür war ein Brief der Gleichstellungsbeauftragten in Magdeburg, Editha Beier, die sich mit der Information an die Öffentlichkeit wandte, in Sachsen/Anhalt würden Frauen von Arbeitgebern gedrängt, sich als Voraussetzung für einen Arbeitsvertrag bzw. als Schutz vor Kündigung, sterilisieren zu lassen. Am 18. Mai berichtete sie in ihrer Eröffnungsrede zur Aktionswoche „Arbeitsmarktpolitik ist Frauenpolitik" von mehreren, ihr bekannt gewordenen Fällen, in denen Frauen während der Bewerbungsgespräche von Arbeitgebern zur Sterilisation aufgefordert worden seien. Darüber hinaus teilte sie mit, die Landesregierung bereits im März selben Jahres über diese Ereignisse informiert, jedoch keinerlei Resonanz erhalten zu haben. Im März hatten die Teilnehmerinnen des frauenpolitischen „Runden

8 Gleichstellungsbeauftragte sind Angestellte mit der Arbeitsaufgabe, die Gleichstellung von Frau und Mann zu befördern. Ihre Kompetenzen sind auf Länder- und Kommunalebene unterschiedlich festgelegt. Die Einsetzung von Gleichstellungsbeauftragten war eine Forderung, die in der „Wendezeit" in der DDR vor allen von Frauen erhoben wurde. Mit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten wurde das bundesdeutsche Modell der Frauenbeauftragten auf den Osten übertragen, jedoch die gewählte Bezeichnung „Gleichstellungsbeauftragte" beibehalten.

Tisches"[9] der Stadt Magdeburg einen Brief an den Ministerpräsidenten Münch gesandt, in dem sie auf die diskriminierende Praxis bei Einstellungsgesprächen aufmerksam machten.

Die Informationen, mit denen die Gleichstellungsbeauftragte an die Öffentlichkeit ging, lösten wochenlange Berichterstattungen aus. Vertreter der Landesregierung, insbesondere der Ministerpräsident selbst, versprachen in Interviews, diesen Vorwürfen nachzugehen und bezeichneten das Verhalten der Arbeitgeber, „wenn die Vorwürfe zutreffen", als „Skandal" (Magdeburger Volksstimme 20.5.1992).

In den Artikeln[10] wurde stets auf immer wiederkehrende Fakten Bezug genommen, die von der Gleichstellungsbeauftragten und ihren Mitarbeiterinnen zur Verfügung gestellt wurden. Sie sollen hier zunächst aufgeführt werden:

1) In ihrer Sprechstunde erfuhr Frau Beier in mehreren Gesprächen von Frauen, daß sie sich hatten sterilisieren lassen. Sie hätten sich dazu entschlossen, nachdem sie von ihren (potentiellen) Arbeitgebern zu dem Nachweis aufgefordert worden seien, „daß sie künftig keine Schwangerschaften mehr austragen können" (Magdeburger Volksstimme, 20.05.1992). Eine ihrer Mitarbeiterin-

9 „Runde Tische" sind als basisdemokratische und parteiübergreifende Institutionen in der „Wendezeit" 1989/90 in der DDR entstanden. Bis heute haben sich einige dieser „Runden Tische" erhalten; ihr Einfluß ist mit der Übernahme des bundesdeutschen Rechtssystems allerdings sehr gering geworden (vgl. Müller-Enbergs, Schulz und Wielgohs 1991).

10 In der Auswertung der Presseartikel wurde versucht, die Kampagne so umfassend wie möglich zu rekonstruieren. Dazu wurden für den Zeitraum vom 18.05.92 bis 18.06.92 27 Periodika (19 regionale, überregionale und ausländische Zeitungen und 8 Zeitschriften) ausgewertet. Von den 19 Zeitungen berichteten 13 ein- oder mehrmals über den „Sterilisationsskandal", von den Zeitschriften eine. Für den Zeitraum nach dem 19.06.92 bis heute wurde zum einen auf Zeitungssammlungen am Lehrstuhl Bevölkerungswissenschaften der Berliner Humboldt-Universität bzw. des Berliner Feministischen Gesundheitszentrums zurückgegriffen, zum anderen wurden ausgewählte Zeitungen und Zeitschriften für 1994 durchgesehen. Insgesamt umfaßte die Analyse 47 Artikel, die sich in vier Kategorien unterteilen lassen:

I. Artikel, die unmittelbar über den „Sterilisationsskandal" in Sachsen-Anhalt im Mai 1992 berichten. Sie erschienen vor allem in den vier Wochen nach Auslösen der Kampagne durch die Gleichstellungsbeauftragte (insgesamt: 21 Artikel).

II. Artikel, in denen Sterilisation nicht das Hauptthema ist, sondern im Zusammenhang mit Bevölkerungsentwicklung und Geburtenrückgang in Ostdeutschland bzw. der Situation auf dem Arbeitsmarkt diskutiert wird. Diese Artikel (insgesamt 13) erschienen zum Teil im gleichen Zeitraum wie die Artikel der 1. Kategorie, zum Teil auch ein bis 2 Jahre später.

III. Artikel über Sterilisationen, die sich nicht direkt auf die Magdeburger Vorfälle beziehen, sondern generell über Sterilisationen im Osten berichten und den Ursachen dafür nachgehen. Die 7 Artikel erschienen zwischen 1990 und 1994.

IV. Artikel über Operationsmethoden und ihre vor allem psychosomatischen Nebenwirkungen. Von den 5 Artikeln erschienen drei 1992, die beiden anderen erschienen 1993 und 1994.

nen teilte mit, daß sie bei einem Krankenhausaufenthalt „mehrere solcher jungen Frauen kennengelernt“ (ebenda) habe.

2) In diesem Zusammenhang wurde bekannt, daß Frauen in der Medizinischen Akademie Magdeburg um eine Bescheinigung über die erfolgte Sterilisation gebeten und diese erhalten hatten.

3) Die Gleichstellungsbeauftragte einer anderen Stadt in Sachsen-Anhalt berichtete, daß sich „kinderlose Frauen im Alter von 19 bis 33 Jahren“ „aus Angst vor Arbeitslosigkeit“ sterilisieren ließen. Sie hätten von sich aus entsprechende Atteste ihren Bewerbungsunterlagen für einen Job beigefügt. Solche Fälle seien ihr „seit längerem bekannt“ (ebenda).

4) Editha Beier gab die Information einer Gleichstellungsbeauftragten eines Landkreises weiter, wonach einer Elektronikerin „auf ihre Bewerbung in einem Betrieb geantwortet worden [sei], sie solle ihren Mann schicken. Die junge Frau habe sich dann sterilisieren lassen und mit der Bescheinigung beim Arbeitgeber vorstellen wollen.“ [11]

5) Die bekanntgewordenen Fälle wurden in Beziehung gesetzt zu der ansteigenden Zahl von Sterilisationen (z. B. waren es an der Magdeburger Medizinischen Akademie 1200 im Jahre 1991 – dagegen 8 im Jahr 1989).

In den Berichten über den Sterilisationsanstieg in den neuen Bundesländern wurden diese Fakten bzw. Beispiele zu Beginn der Kampagne häufig wiederholt. Da sie im weiteren Verlauf nicht durch konkrete Fälle belegt und erhärtet werden konnten, wurden diese Vorwürfe ziemlich rasch angezweifelt. Dennoch verlor sich das Presseinteresse an diesem Thema nicht, so daß die Vermutung naheliegt, die Sterilisationsvorwürfe waren Auslöser für die Darstellung anderer, „in der Luft“ liegender Themen.[12]

2.2 *Akteure der Medienkampagne*

An dem medialen Diskurs, der durch das initiierende Ereignis „Sterilisations-Skandal in Sachsen-Anhalt“ ausgelöst wurde, nahmen verschiedene „Sprecher“ teil, wobei sich eine Verschiebung in der Zusammensetzung der Teilnehmer während des Verlaufs der Pressekampagne bzw. Berichterstattung feststellen läßt.

11 Zitiert nach „Magdeburger Volksstimme“ vom 20.5.92. Ob die Elektronikerin ihren Plan ausführte, ist nicht bekannt.

12 Dieser Vorgang wiederholte sich, nachdem eine Presseinformation des Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen über die Ergebnisse der Studie von D. Hornig veröffentlicht wurde.

In der „heißen" Phase der Pressekampagne (sie umfaßt die vier Wochen zwischen Mitte Mai und Mitte Juni 1992), sind – zunächst einmal quantitativ betrachtet – die *Gleichstellungsbeauftragten* am stärksten vertreten. Die Tatsache, daß sie die Kampagne auslösten, verschaffte ihnen für kurze Zeit einen dominierenden Platz im Diskursgefüge. Im politischen Machtgefüge sind sie mit ihrer geringen Entscheidungskompetenz und ihrer mangelhaften Ausstattung an Ressourcen eher am Rande angesiedelt. Im Gefüge der Mediendebatte agieren sie als Vertreterinnen der Interessen ostdeutscher Frauen. Ihre Präsenz in den Medien geht nach dem Juni 1992 rapide zurück. Eine Ursache für ihr relativ schnelles Verschwinden aus der Presse ist das Dilemma, in dem sich die Gleichstellungsbeauftragten von Anfang an befinden: Sie können und wollen die Anonymität der Frauen nicht preisgeben, die sich ihnen anvertraut haben. Damit fehlt nicht nur die Prise Sensation, ohne die die Medien heute offenbar nicht mehr auskommen; es fehlen auch „schlagkräftige" Beweise, so daß sehr schnell die Wahrheit der von ihnen erhobenen Vorwürfe (und generell deren „lautere" Absichten) angezweifelt werden konnten.

Eine ähnlich sinkende Tendenz der Präsenz in den Medien ist bei den *Politiker/innen* zu verzeichnen. Die Ursache dafür ist, daß sie das von ihnen erwartete Spiel durchgespielt haben: Sie haben „betroffen" und empört reagiert und rechtliche Schritte für den (individuellen) Fall angekündigt, daß sich tatsächlich Beweise für eine Nötigung durch Arbeitgeber finden liessen. Da keine der Frauen Anzeige erstattete bzw. ihren Namen preisgab, war für die Politiker/innen das Problem vom Tisch und für die Medien wurden sie in diesem Zusammenhang uninteressant.

Als die eigentlichen Expert/innen stellen sich im Diskursverlauf die *Mediziner/innen* und *Psycholog/innen* heraus, deren Präsenz schon in der ersten Phase der Pressekampagne hoch ist und in der folgenden Zeit noch wächst. Sie werden ergänzt durch *Sozialwissenschaftler/innen* und *Berater/innen* in Projekten, die verstärkt in den Artikeln der Kategorien II–IV zu Worte kommen (vgl. Fußnote 10)2. *Betroffene Frauen* kommen dagegen in den Artikeln kaum vor, noch weniger kommen sie selbst zu Wort. In einigen Artikeln befragen Westjournalistinnen Ostfrauen; diese wiederum sind deutlich durch Ost-West Vorurteile geprägt.

2.3 Motivproduktion in den Medien

Der Sterilisationsanstieg wurde in den verschiedenen Phasen des Diskurses mit spezifischen Motiven erklärt. Dabei unterscheiden sich Motive, die in den Artikeln der ersten Monate nach dem auslösenden Ereignis enthalten waren, deutlich von später aufgeführten. Zunächst ist in allen Artikeln der ersten Zeit

des „Sterilisations-Skandals“ als Hauptmotiv die dramatische Situation auf dem Arbeitsmarkt angeführt. In je 20% der Berichte finden sich als weitere Gründe der drohende §218, Finanzierung von Verhütungsmitteln und soziale Unsicherheit bzw. Zukunftsangst. In späteren Artikeln fand eine Umdeutung statt. Nicht mehr die Angst um den Arbeitsplatz rangiert an erster Stelle der Motive, sondern das sog. Karlsruher Urteil zum Schwangerschaftsabbruch wird am häufigsten als Grund genannt, während die Arbeitsmarktsituation zu einem unter anderen Motiven geworden ist. Hierzu gehören Motive wie soziale Unsicherheit und Zukunftsangst ebenso wie die Wahl der Sterilisation als Kontrazeptionsmethode bei abgeschlossener Familienplanung und der Abbau staatlicher Kinderbetreuung.

Die *Gleichstellungsbeauftragte* beurteilt die Frauen als durch direkten (konkrete Arbeitgeber) oder indirekten Druck (knappe Ressourcen auf dem Arbeitsmarkt) genötigt, auf Schwangerschaft und Kinder zu verzichten und mittels Sterilisation ihre Gebährfähigkeit zu beenden. Sie reihte die Sterilisationsforderungen seitens der Arbeitgeber in die alltägliche Frauendiskriminierung ein: hohe weibliche Arbeitslosigkeit, Fragen nach Schwangerschaft und Kinderwunsch bei Bewerbungsgesprächen, bevorzugte Entlassungen, Kündigung nach Erziehungsurlaub. Die Sterilisationen wurden so zum Symptom für die allgemeine Situation der Frauen Ostdeutschlands und zum Symbol eines anderen Skandals: der massiven Verdrängung der Frauen vom Arbeitsmarkt.

Mediziner/innen, die sich dem Vorwurf ausgesetzt sahen, zur Dezimierung der Bevölkerung und Unterstützung der „egoistischen Interessen“ ostdeutscher Frauen beizutragen, reagierten auf die Vorwürfe irritiert und stellten kurz nach Beginn der Berichterstattung die Ausstellung von Attesten ein. Als Ursache für die rasch steigende Zahl der Sterilisationswünsche kam für sie der sog. „Nachholbedarf“ in Betracht, d. h. die Sterilisationen waren bereits zu DDR-Zeiten geplant, konnten jedoch durch die rigiden Zugangsmodalitäten nicht realisiert werden. Obendrein beschrieben einige Mediziner die Frauen mit Sterilisationswunsch als sehr jung und in der Ausbildung befindend.

Die sachliche Darstellung des medizinischen Eingriffs wird in der Regel mit der Schilderung von seelischen oder psychosomatischen Nebenwirkungen verknüpft bzw. dem angeblich häufigen Wunsch von Frauen, die Sterilisation rückgängig zu machen. Zum kompetenten, risikofreien medizinischen Eingriff wird von Mediziner/innen und *Psycholog/innen* ein Gegenbild der unvernünftigen Frau entworfen, die die Konsequenzen vorher nicht wirklich bedenkt. Diesem Bild entsprechend legen auch Mediziner/innen Kriterien fest, nach denen sie dem Sterilisationswunsch einer Frau zustimmen. Sie entscheiden damit, ob und wann sie eine Sterilisation durchführen, und produzieren mit

diesen Kriterien auch Normalitätsvorstellungen darüber, bis wann die Gebärfähigkeit sozialer Kontrolle zu unterliegen hat.

Politiker/innen kommen in den Pressemeldungen nur temporär vor. Sie selbst nehmen nur auf Motive Bezug, die während des „Skandals" thematisiert wurden, bzw. den Skandal ausmachen. Sie diskutieren und agieren als Hüter/innen einer Ordnung, die gegen Störungen zu verteidigen ist. Ministerpräsident Münch gab mit einer Äußerung zu erkennen, daß es beim „Sterilisations-Skandal" vor allem darum geht, die neue Ordnung der Rechtsstaatlichkeit vom Verdacht rein zu halten, in irgendeiner Weise der alten Ordnung zu ähneln: „Es könne nicht sein, daß Methoden totalitärer Regime in Sachsen-Anhalt praktiziert würden", gibt die „Tages-Zeitung" vom 20.5.92 eine Äußerung Münchs im Mitteldeutschen Rundfunk wieder.

In der Berichterstattung wird von *Journalist/innen*, ergänzt durch die sachverständigen Kommentare der *Expert/innen*, das Bild des Ostens als „Katastrophengebiet" [13] gemalt. Von ihnen werden zwei Motive genannt; zum einen die angeblich fortgesetzte Erwerbsneigung der ostdeutschen Frauen, zum anderen holten die ostdeutschen Frauen etwas nach, was ihnen im Sozialismus versagt war. Dabei verschmelzen die Beschreibungen trostloser Neubaugebiete und heruntergekommener Stadtviertel, der „schleichenden Verzweiflung" und Resignation vieler Ostdeutscher [14] mit einer subtilen Schuldzuweisung an „die" Frauen, die in diesem Kontext als Repräsentantinnen der alten Ordnung fungieren. Sie werden „für einen demographischen Zusammenbruch" verantwortlich gemacht, und ihr Interesse an Berufsarbeit würde die ostdeutschen Frauen als „Ewiggestrige" ausweisen: Ihre Entscheidung, wegen einer Arbeit ihre Fruchtbarkeit zu „opfern" identifiziert sie als Mitläuferinnen eines Systems, in dem Arbeit der höchste Wert war. Den Satz „Dieser Staat kriegt kein Kind von mir" hat die Beraterin in einem Arbeitslosenzentrum schon häufiger von Frauen gehört.[15] Frauen erscheinen so als Repräsentantinnen der sozialistischen Ideologie, wonach gesellschaftliche und individuelle Interessen übereinstimmen. Auf der anderen Seite bekommt der „Nachholbedarf" im Osten im Kontext ansteigender Sterilisationszahlen auch den Beiklang überbordender weiblicher Sexualität, die sich der (staatlichen) Kontrolle entzieht. Wenn etwa „Gerda K.

13 Zitiert nach „Der Spiegel" Nr. 38/1993. „Lieber ein Hund. – In Ostdeutschland bleibt der Nachwuchs aus, die Geburtenzahlen sacken dramatisch – Folge von Zukunftsangst und neuer Freiheit."

14 Zitiert nach „Der Spiegel" Nr. 22/2992. „Alles über den Kopf. – In der Ex-DDR ist die Seelenlage labil: Viele Ostdeutsche finden sind in den neuen Verhältnissen nicht zurecht." Der Artikel schließt mit der Expertenmeinung eines Psychologen, wonach die „Resignation der Eltern" auf die Kinder niederschlägt und „ganze Teile einer Generation [...] im Grundvertrauen gestört und labil sein werden" (S. 101).

15 Zitiert nach „Der Spiegel" Nr. 38/1993.

leichten Herzens, für immer auf ihre Fruchtbarkeit verzichtet'",[16] was als „schicksalhafter Eingriff"[17] bezeichnet wird und Frauen zu Opfern eines Schicksals bestimmt, zugleich aber auch als Warnung vor dem Verlust von „Weiblichkeit" dient. Frauen halten es demnach einfach für „schick", sich sterilisieren zu lassen, machen eine „Modewelle" mit und treffen ihre Entscheidung, nachdem sie „in der Zeitung" davon gelesen haben.[18] Frauen erscheinen so als wenig rational, sprunghaft, unberechenbar und daher auch nicht als Subjekte, die ernsthafte Motive dafür haben könnten, sich sterilisieren zu lassen, jedenfalls keine Motive, die über die von den Experten geäußerten stereotypen und klischeehaften Vermutungen hinausgehen.

Im folgenden Teil des Beitrages wird ein Ebenenwechsel vorgenommen. Auf der Grundlage einer empirischen Untersuchung im Land Brandenburg soll nach diesen Motiven gefragt werden. Dabei wird gelegentlich auf die Pressekampagne zurückgegriffen, um Diskrepanzen zwischen der Berichterstattung und den Aussagen der betroffenen Frauen deutlich zu machen.

3. Warum Frauen sich sterilisieren lassen – Eine empirische Untersuchung im Land Brandenburg

3.1 Skizzierung der empirischen Untersuchung

In einer empirischen Untersuchung, die in den Jahren 1993 bis 1995 stattfand, wurde den tatsächlichen Gründen und Motiven von ostdeutschen Frauen nachgegangen, die sich seit 1990 für eine Sterilisation entschieden haben. Sie sollte gleichzeitig auch eine Verifikation bzw. Falsifikation aller in der Presse formulierten Vermutungen ermöglichen. Zunächst sollen die Fragen, die zu Beginn der Untersuchung formuliert wurden, aufgeführt werden:

1) Wie ist die sozialstrukturelle Herkunft der Frauen zu beschreiben? Dazu wurde nach Alter, Schulbildung, Beruf, gegenwärtige Tätigkeit, Familienstand, Kinderzahl, Form der Partnerschaft (Ehe, Lebensgemeinschaft) gefragt.

2) Auf welche Weise wurde vor der Sterilisation eine Schwangerschaft verhütet und wem wurde in den Partnerschaften die Verantwortung für Verhütung zugewiesen?

---

16 Zitiert nach „Allgemeines Deutsches Sonntagsblatt" Nr. 29/1992. Allerdings stellte sich heraus, daß Gerda K. Ende Dreißig war, zwei halbwüchsige Kinder und – da sie weder Pille und Spirale verträgt – schon in der DDR den Wunsch hatte, sich sterilisieren zu lassen.

17 Zitiert nach „Neue Zeit" vom 27.6.92.

18 Zitiert nach „Die Tageszeitung" vom 19.7.91, „Sterilisationskurve geht steil nach oben" und „Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt" vom 17.7.92.

3) Welche Motive lagen der Entscheidung, sich sterilisieren zu lassen, zugrunde?

4) Wie vollzog sich die Entscheidungsfindung? Woher kamen die ersten Anstöße und welche Entscheidungszeit verging bis zur Sterilisation?

5) Nahmen Ärzt/innen Einfluß auf die Entscheidung und Durchführung von Sterilisationen, und wenn ja in welcher Form?

Ort der Untersuchung war das ostdeutsche Bundesland Brandenburg, in dessen geographischer Landesmitte sich als eigenständiges Bundesland die deutsche Hauptstadt Berlin befindet. In Brandenburg leben 2,5 Mill. Einwohner/innen auf einer Fläche von 29'500 km^2. Ein bedeutender Teil der wirtschaftlichen Aktivitäten basierte zu DDR-Zeiten auf agrarischer Produktion. Von den ehemals 180'000 in der Landwirtschaft Beschäftigten können heute nur noch 35'000 Landbewohner/innen von Ackerbau und Viehzucht leben. Daneben gibt es einige wenige große Industriestandorte (Stahlproduktion, Bergbau, Textilindustrie), die durch den strukturellen Wandel der vergangenen fünf Jahre stark geschrumpft sind. In diesen drei Branchen gab es vor der Wende 107'000 Arbeitsplätze, von denen bis heute 24'000 übrig blieben. Der Frauenerwerbsanteil, der zu DDR-Zeiten bei etwa 86%[19] (vgl. Winkler, 1990, S. 64) lag, sank aufgrund des wirtschaftlichen Einbruchs auf etwa 60%. Der Anteil weiblicher Arbeitsloser betrug in Brandenburg zum Zeitpunkt der Untersuchung 21%.

Der Aufwärtstrend bei Sterilisierungen begann nicht unmittelbar nach der „Wende" 89/90, sondern setzte mit zeitlicher Verzögerung ein. Zwischen 1991 und 1993 weist die Statistik einen Anstieg auf das 7,5-fache aus. Eine offizielle Statistik zählte für das Jahr 1993 im Land Brandenburg 6'224 Sterilisationen, zu denen noch einmal schätzungsweise 1'000 ambulant durchgeführte Eingriffe hinzugezählt werden müssen. Diese Berechnungen ergeben mehr als 7'000 Sterilisationen jährlich bei einer weiblichen Bevölkerung im fertilen Alter (Altersgruppe der 15- bis 45jährigen) von 524'000.

Tabelle 1

Anzahl der Sterilisationen im Land Brandenburg von 1991 bis 1993*

Jahr	1991	1992	1993
Anzahl	827	1'225	6'224

* Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (1993), Statistik über Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen im Land Brandenburg.

19 Durchschnittlicher prozentualer Anteil der erwerbstätigen Frauen in den Altersgruppen von 15–60 Jahren im Jahr 1989.

3.2 Methodische Verfahren

Für die Untersuchung wurden Kliniken an 12 Standorten ausgewählt, die das Land Brandenburg nach geographischen, wirtschaftlichen und demographischen Gesichtspunkten repräsentieren. In diesen 12 Kliniken wurden insgesamt etwa 1'000 Fragebögen verteilt, die das medizinische Personal an Frauen weiterleitete, die sich zur Durchführung der Sterilisation auf den gynäkologischen Abteilungen befanden. Der Anteil der pro Klinik ausgegebenen Fragebögen korrespondiert mit der Zahl der Sterilisationen, die in der jeweiligen Klinik 1993 durchgeführt wurden. Die Fragebogenverteilung begann im April 1994 und endete ein Jahr später, im April 1995.[20]

Für die Befragung fand ein weitgehend standardisierter Fragebogen [21] Verwendung, der sich vor allem aus Fragen zur persönlichen sozialen Situation und Fragen nach Motiven zusammensetzte. In Auswertung von theoretischer Literatur, von Presseartikeln und von Gesprächen, die wir mit Gynäkolog/innen führten, wurden 18 Motive zusammengestellt. Diese 18 Motive gehören zu folgenden Motivgruppen:

1) Abschluß der Familienplanung und Alter (z. B.: „Ich fühlte mich schon zu alt für ein weiteres Kind").

2) Soziale Gründe (z. B.: „Verhütungsmittel sind heute viel zu teuer").

3) Langjährige Verwendung von reversiblen Kontrazeptiva und ihre Nebenwirkungen (z. B.: „Lange genug habe ich alle möglichen Verhütungsmittel angewendet").

---

20 Theoretisch müßte jeder Frau, die sich im Untersuchungszeitraum zur Sterilisation stationär aufnehmen ließ, ein Fragebogen ausgehändigt worden sein. Da die Weitergabe ausschließlich den Kliniken oblag, sind Selektionseffekte nicht auszuschließen. Die Rücksendung erfolgte zur Wahrung der Anonymität nicht über die Kliniken, sondern anhand des jedem Fragebogen beigelegten Umschlages per Post.

21 Der Fragebogen enthielt Fragen zu folgenden Themen:
- aktuelle Erwerbssituation, jetzige bzw. letzte Haupttätigkeit,
- schulische und berufliche Ausbildung,
- Veränderungen hinsichtlich der Erwerbsbiographie der vergangenen 12 Monate vor der Befragung,
- erster Impuls, eine irreversible Kontrazeption in Erwägung zu ziehen,
- Zeit zwischen erstem Anstoß und Eingriffstag,
- Motive für die Entscheidung zur Sterilisation,
- bisher angewandte Verhütungsmethoden,
- Schwangerschaften, Geburten,
- Probleme und Risiken bisheriger Schwangerschaften und Geburten,
- Aussagen zur Partnerschaft (Dauer, Bewertung der Beziehung),
- Fragen zur Erwägung der Sterilisation des Partners,
- Alter, Familienstand, Anzahl im Haushalt lebender Personen, Wohnortgröße, Religionszugehörigkeit, Einkommenssituation.

4) Nachholbedarf („Ich hatte bereits zu DDR-Zeiten über eine Sterilisierung nachgedacht, aber da war es viel zu schwierig").

5) Berufsorientierung, ökonomische Unabhängigkeit (z. B.: „Bei meiner jetzigen Arbeit kann ich mir kein Kind {mehr} leisten").

6) Medizinische Gründe (z. B.: „Das gesundheitliche Risiko eines Schwangerschaftsabbruches ist für mich zu groß").

7) Veränderungen im Schwangerschaftsabbruchsrecht („Nach den Urteil von Karlsruhe wollte ich eine absolut sichere Verhütungsmethode").

Eine zusätzliche offene Antwort ermöglichte die Angabe von Motiven, die im Fragebogen nicht berücksichtigt waren.

Für diese Motive verwendeten wir eine Skalierung, die von „ausschlaggebend", „wichtig", „weniger wichtig" und „ohne Bedeutung" für die Entscheidung zur Sterilisation bzw. die Antwortmöglichkeit „trifft auf mich nicht zu" reichte. Diese Skalierung sollte eine Rangordnung der einzelnen Motive ermöglichen, wobei für den Rang der Mittelwert ausschlaggebend ist.

Die Frage, ob die in der Presse geäußerten Vermutungen wie: „Sterilisationen sind Zeichen eines Gebärstreikes", sind eine „Widerstandsform gegen den §218" oder „Ausdruck neuer Wahlmöglichkeiten" zutrafen, ließ sich mit dem Fragebogen nur eingeschränkt beantworten. Deshalb führten wir eine Reihe von Interviews durch, nach deren Auswertung wir Typen bildeten. Unsere Interviewpartnerinnen fanden wir erstens über eine Zeitungsannonce, zweitens lag jedem Fragebogen ein Brief bei, der unser Anliegen und die Suche nach Gesprächspartnerinnen enthielt. Von den etwa 160 Frauen, die sich zu einem Interview bereit erklärten, wählten wir anhand einer Zufallsauswahl 30 aus und führten mit ihnen zum Teil mehrstündige Gespräche, die transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Ziel der *Interviewanalyse* (vgl. Mayring, 1993) war es, Typen von Frauen herauszufinden, die ähnliche Motive für die Sterilisation, ähnliche Lebenswege, Lebenssituationen und Handlungsstrategien aufweisen. Als Strukturelemente der Biographien, die für DDR-Frauen vergleichbar sind, wurde ihr Erwerbsverlauf, ihre Prioritätensetzung hinsichtlich Berufsarbeit und Familie im Rahmen ihres Lebenskonzeptes, ihr generatives Handeln sowie die Einordnung von Mutterschaft in den jeweiligen Lebenslauf, die Auswirkungen von Mutterschaft auf die Berufsbiographien und die gegenwärtige berufliche Situation zum Vergleich herangezogen.

Die Analyse der Pressekampagne zeigte bereits, wie diskursbestimmend und normbildend Mediziner wirken. Deshalb führten wir als dritten Schwer-

punkt der Untersuchung Expertengespräche durch, die jedoch nicht – wie die Interviews mit den betroffenen Frauen – transkribiert, sondern in Form von Gesprächsprotokollen geführt und ausgewertet wurden.

Da bis heute in der Bundesrepublik Deutschland kein einheitliches Gesetz existiert, das eindeutige Modalitäten für eine Sterilisation formuliert, konnte eine unterschiedliche Verfahrensweise der einzelnen Kliniken erwartet werden. Im Zentrum der Gespräche stand neben der Frage, welche Regelungen heute in den gynäkologischen Abteilungen zur Anwendung kommen, auch die Frage, auf welchem normativen Hintergrund diese Regeln entstanden sind und welche Verfahrensweise zu DDR-Zeiten in den Kliniken üblich war.

3.3 Auswertung der Fragebögen

Bei der Auswertung der Fragebögen gingen wir in verschiedenen Schritten vor, in denen – neben anderen – auch die Frage beantwortet werden sollte, ob die in der Pressekampagne geäußerten Vermutungen über die Motive von Frauen, sich sterilisieren zu lassen verifiziert werden können. Die Auswertung nahmen wir in den nachfolgend genannten Schritten vor:

1) Zusammenhang von sozialstrukturellen Faktoren (wie Alter und Kinderzahl) und Motiven. Welchen Realitätsgehalt besitzt die Behauptung, vor allem jüngere und kinderlose Frauen würden sich sterilisieren lassen. Inwiefern unterscheiden sich die Ergebnisse der Auswertung sozialstruktureller Faktoren, die die empirische Untersuchung ergab von der medialen Berichterstattung?

2) Der Entschluß zur Sterilisation in Relation zur Schwangerschaftsverhütung, Verantwortung für die Verhütung und Partnerschaft. Steht tatsächlich „rauschhaft ausgelebte“ Sexualität im Vordergrund für die Entscheidung zur Sterilisation oder zeigen die Untersuchungsergebnisse das Bild einer Lebensrealität, die mit der Pressebeschreibung inkompatibel ist?

3) Das Verhältnis von beruflicher Qualifikation und Erwerbsarbeit zum Sterilisationswunsch. Trifft zu a) daß sich vorwiegend arbeitslose Frauen oder Frauen aus sozial benachteiligten Gruppen für eine Sterilisation entscheiden und b) daß Frauen aus den neuen Bundesländern auf gar keinen Fall auf Berufstätigkeit verzichten wollen und sich aus diesem Grund sterilisieren lassen?

4) Die Relation zwischen erstem Anstoß und „Zeit bis zum Eingriff“. Ist es gerechtfertigt, Sterilisation als Modetrend oder gar als „leichtfertige Entscheidung“ zu bezeichnen?

5) Der Einfluß des veränderten Abbruchrechtes auf die Entscheidung, sich sterilisieren zu lassen.

Um die Lebensrealität der unter DDR-Bedingungen aufgewachsenen Frauen besser zu verstehen, sollen vorweg einige gesellschaftliche Besonderheiten, die das Leben der Frauen dieser Generation entscheidend beeinflussten, kurz beschrieben werden.

Die Ergebnisse unserer Auswertung der Fragebögen werden im folgenden dargestellt:

3.3.1 Einfluß von Alter und Kinderzahl auf die Motivation zur Sterilisation

In der Pressekampagne wurde immer wieder die Behauptung lanciert, junge und kinderlose Frauen aus dem Osten würden sich mit der Sterilisation dem Gebären verweigern. Wie verhält sich diese Behauptung zur empirisch beschreibbaren Wirklichkeit? Läßt sich das Bild des aussterbenden Ostens, in dem sich die jungen und kinderlosen Frauen durch Sterilisation ihrer Gebärfähigkeit berauben, auf die tatsächliche Lebenssitation und Motivation der Frauen übertragen? Ein erster Analyseschritt war die Kombination sozialstruktureller Faktoren wie Alter und Kinderzahl mit den Motiven „Ich bin mit der Größe meiner Familie zufrieden" und „Ich fühle mich zu alt für ein (weiteres) Kind".

Das durchschnittliche Alter der befragten Frauen betrug 36 Jahre,[22] wobei annähernd 90% über 30 Jahre alt waren. Der Anteil der unter 25jährigen ist mit 0,3% verschwindend gering. In dieser Altersgruppe besitzt Sterilisation als Verhütungsmethode kaum eine Bedeutung. Die nachfolgende Tabelle stellt die Altersverteilung nach Gruppen dar:

Tabelle 2
Altersverteilung der befragten Frauen (in Prozent)

Altersgruppen	<25 Jahre	26–30	31–35	36–40	41–45	>46 Jahre
Anteil in Prozent	0.3	13.0	33.6	33.1	17.2	2.9

22 Vergleiche zwischen verschiedenen Staaten ergaben, daß das durchschnittliche Sterilisatiosnalter (medial) zwischen 35 und 38 Jahren liegt. England und Wales 36,7 Jahre, Frankreich 38 Jahre, USA 35 Jahre. Vgl.: Ketting und van Praag 1985, S. 228.

Auch die Hypothese der Kinderlosigkeit ließ sich nicht verifizieren. Alle befragten Frauen hatten ein oder mehrere Kinder geboren, darüber hinaus war eine überproportional hohe Anzahl von Geburten zweiter und dritter Kinder festzustellen. Demographische Analysen aus der Zeit vor 1989 sprechen von einer nahezu vollständigen Etablierung der Ein- bis Zwei-Kind-Familie sowie einem frühen Geburtenabschluß bis durchschnittlich zum 30. Lebensjahr, was sich für die Frauen unserer Untersuchungsgruppe bestätigte.

Der folgende Vergleich stellt den Anteil geborener Kinder unserer Untersuchungsgruppe einer repräsentativen Statistik (Durchschnitt) aus vergleichbaren Altersgruppen gegenüber:

Tabelle 3
Verteilung der Frauen entsprechend ihrer Kinderzahl (in Prozent)

Anzahl der Kinder	Repräsentativer Querschnitt*	Untersuchungsgruppe
ohne Kinder	6.9%	–
1 Kind	32.5%	20.1%
2 Kinder	48.2%	54.3%
3 Kinder	9.0%	15.1%
4 und mehr Kinder	3.4%	4.5%

* Es handelt sich bei diesen Angaben um Untersuchungsergebnisse des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung, Berlin, aus dem Projekt „Lebensverläufe und historischer Wandel in der ehemaligen DDR“ (vgl. Trappe 1995, 105).

Die Auswertung der Motive zeigte, daß für die Wahl der Sterilisation als Kontrazeptionsmethode das Motiv der abgeschlossenen Familienplanung an der Spitze rangiert. Es wurde von 60,5% als ausschlaggebend und von weiteren 20% als wichtig genannt. Als zweiter wichtiger Faktor korrespondiert das Alter mit der Entscheidung für eine Sterilisation. Etwa 35% der Frauen fühlten sich zu alt für ein weiteres Kind [23] und gaben diesen Grund als ausschlaggebend an, weitere 19% schätzten ihn als wichtig ein.

23 Die Frage nach einem Nachzüglerkind wurde im Fragebogen nicht explizit gestellt. Die Interviews zeigen jedoch, daß eine solche Möglichkeit vor 1989 zumindest in Erwägung gezogen worden wäre, die veränderten Bedingungen allerdings schließen in der heutigen Zeit eine solche Option definitiv aus.

3.3.2 Partnerschaft, Schwangerschaftsverhütung, Verantwortung

Wir gingen davon aus, daß Frauen – wie in der DDR üblich – ein bis zwei Kinder in ihrem Lebensplan vorsehen und diese Kinder im dritten Lebensjahrzehnt bekommen wollen und daß für diese Frauen Verhütung ein wichtiger Bestandteil ihrer Lebensplanung sein wird. Wir vermuteten, daß sich die Verantwortung für die Verhütung an der gewählten Methode messen läßt. Wir nahmen an, daß dies auch für die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Sterilisation zwischen den Partner/innen zutreffen würde. Wir fragten deshalb, ob über die Möglichkeit einer Sterilisation des Mannes gesprochen wurde und warum – vorausgesetzt dies war der Fall – die Entscheidung für die Sterilisation der Frau fiel.

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigten zunächst einmal, daß mit etwa 75% der weitaus größte Teil der Frauen in ehelichen Beziehungen lebt. 14% waren zum Befragungszeitpunkt geschieden, weitere 3,5% noch verheiratet, lebten jedoch in Trennung. Von jenen Frauen, die entweder „nicht verheiratet" bzw. „verwitwet" waren oder „in Trennung" lebten, gingen wiederum drei Viertel eine neue Partnerschaft ein, so daß insgesamt 96% in festen Partnerschaften lebten. Auch dieses Ergebnis spiegelt den Gegensatz zwischen Pressekampagne und Lebensrealität, zwischen der medialen Einordnung der Frauen in das Bild vom „chaotischen Osten" und der auch in den Interviews bestätigten Bedeutung von festen und glücklichen Partnerschaften in den Lebensplänen der Frauen wider.

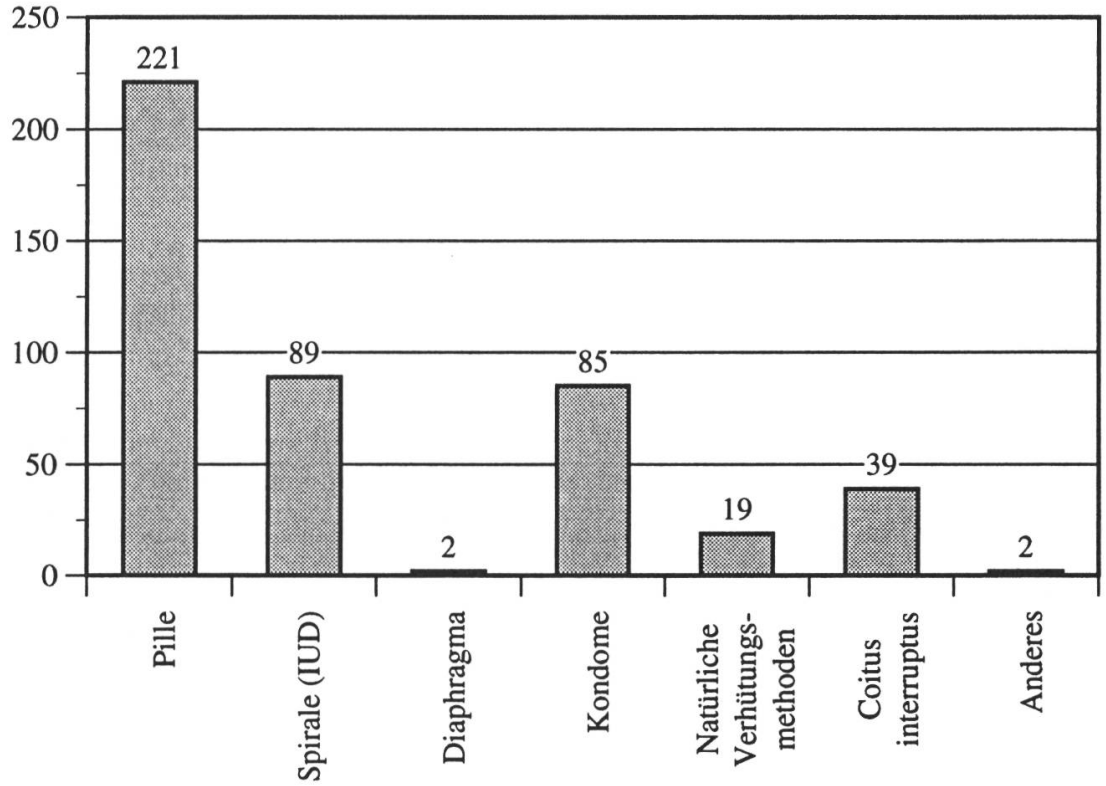
Ein weiteres Ergebnis zeigt, daß in fast 70% der Partnerschaften eine eventuelle Sterilisation des Mannes nicht zur Diskussion stand, es fand kein Gespräch darüber statt. In den verbleibenden 30% der Partnerschaften wurde diese Variante zwar diskutiert, aber auch hier fiel die Entscheidung eindeutig aus. Eine Sterilisation des Mannes wurde nur in den seltensten Fällen erwogen. Die von Frauen genannten Gründe, weshalb eine Sterilisation für die Männer nicht in Frage kam, reichen von: „Er glaubt, er wäre dann nicht mehr potent genug" und „Der Mann hätte das sowieso nicht gemacht" über „vielleicht sucht er sich eine jüngere Frau und will mit ihr eine neue Familie gründen" bis „ich werde ja schwanger und nicht er".

Schließlich erbrachte die Auswertung, daß alle Frauen langjährige Erfahrungen mit den verschiedensten Kontrazeptiva haben. In den meisten Fällen verwendeten Frauen die für sie erfundenen Methoden wie Pille und Spirale. Diese wurden schon in der DDR als reversible Mittel mit der größten Sicherheit empfohlen und waren kostenlos. Alternativen wie Präservative, Diaphragma etc. wurden in den Beratungen zur Verhütung, die fast ausschließlich den Gynäkolog/innen oblag, auch mit dem Argument der eingeschränkteren Si-

cherheit kaum angeboten. Diese Faktoren zementierten die Verantwortlichkeitszuschreibung der Verhütung an die Frauen. Männer mußten sich maximal, z. B. in „Pillenpausen" oder in anderen Zwischenzeiten wie nach Entbindungen, um Verhütung bemühen.

Die folgende Graphik zeigt die Verteilung aller vor der Sterilisation irgendwann einmal angewandten Kontrazeptiva. Der Anteil an den typischen, auf Frauen zugeschnitten hormonalen Methoden – (Pille) und intrauterinen Methoden (Spirale) – überwiegt dabei den Anteil der Alternativmethoden, wobei auch die sogenannte natürliche Verhütung bei den Frauen nur einen geringen Anteil hatte. Die Graphik illustriert anhand der aufgeführten Methoden gleichzeitig, daß den Männern nur eine geringe [24] Verantwortung in der Frage der Schwangerschaftsverhütung zukam.

Abbildung 1
Anzahl der Schwangerschaftsverhütung, die vor dem Sterilisationseingriff angewendet wurden (n=405)



3.3.3 Berufliche Qualifikation und Erwerbsarbeit

In der Presse wurde erstens die Vermutung geäußert, daß sich vor allem arbeitslose, berufliche degradierte und sozial schlecht gestellte Frauen sterilisieren lassen. Eine zweite Behauptung sah die Ursachen des Sterilisationsanstieges in der starken Berufsorientierung von DDR-Frauen, die um jeden Preis ihre Arbeit behalten wollen, auch um den Preis ihrer Fruchtbarkeit.

Die erste Vermutung ist schlicht falsch. Die Statistik des Landes Brandenburg weist 21% (vgl. Mikrozensus des Landes Brandenburg, 1993) arbeitslose Frauen aus. In unserem Sample ist mit 21,7% ein fast gleicher Anteil zu verzeichnen, d. h., arbeitslose Frauen sind nicht überdurchschnittlich in der befragten Gruppe vertreten. Weiterhin ist festzustellen, daß im Vergleich der beruflichen Qualifikation der Befragungsgruppe und der weiblichen Bevölkerung in den gleichen Altersgruppen der Anteil von Frauen mit „höheren beruflichen Abschlüssen“ [25] mit 39% gegenüber 26% (Bundesministerium für Frauen und Jugend, 1991). für den repräsentativen Durchschnitt deutlich höher ausfällt. Weitere 58% der Frauen absolvierten eine „Berufsausbildung“, während nur 2,7% der befragten Frauen keinerlei berufliche Abschlüsse besaßen.

Unsere Analyse zeigte, daß es eine Reihe von arbeitslosen Frauen gibt, die nur über geringes Einkommen verfügen und bei denen die Motivation zur Sterilisation aus ihrem unmittelbaren sozialen Lebenszusammenhang resultiert. Diese Frauen nennen als Motive vorrangig die nach der Wende notwendig geworde Selbstfinanzierung von Verhütungsmitteln, die ihnen zu teuer sind, und fehlende staatliche Unterstützung für Familien.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Einkommen und dem Motiv, die Sterilisation als kostenlose Verhütungsmethode gewählt zu haben, erwies sich für arbeitslose Frauen als hochsignifikant. Auch eine Faktorenanalyse [26] bestätigte dieses Ergebnis. Ein Faktor enthält den von diesen Frauen genannten Motivkomplex „Verhütungsmittel sind heute viel zu teuer“, „Die Unterstützung für Familien mit Kindern ist viel zu gering [...]“ und „Ein Kind großzuziehen ist heute viel zu teuer, das kann ich mir nicht leisten“. Es sind

24 Es wurde im Fragebogen nicht explizit die Dauer der Verwendung der aufgeführten Verhütungsrnittel erhoben. Da „nach irgendwann bereits einmal benutzten Methoden“ gefragt war, ist der Anteil von Verhütung mit Kondomen relativ hoch, in den Interviews zeigt sich jedoch deutlich, daß die Verantwortung fast ausschließlich den Frauen oblag und auf diese Methode nur kurzfristig zurückgegriffen wurde.

25 Die Kategorie „höhere berufliche Abschlüsse“ umfaßt Fach-, Fachhoch- und Hochschulabschlüsse, während Facharbeiterabschlüsse zur Kategorie „Berufsausbildung“ zusammengefaßt werden.

26 Neben der Faktorenanalyse als multivariatem Analysemodell verwendeten wir für die statistische Auswertung Korrelations- und Varianzanalysen.

arbeitslose Frauen, die aufgrund ihres sehr geringen Einkommens in Form von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe finanzielle Probleme haben und demzufolge auch Schwierigkeiten mit der Finanzierung von Verhütungsmitteln. Von einem „hemmungslosen Konsumieren", wie in der Pressekampagne unterstellt, kann nicht die Rede sein.

Die zweite Annahme, daß die Ursachen des Sterilisationsanstiegs in der starken Berufsorientierung von DDR-Frauen zu finden sind, trifft partiell zu. Obwohl fast alle Frauen erwerbsorientiert sind, ist die Wertigkeit von Berufsarbeit im Lebenskonzept der Frauen, wie die Interviewanalyse deutlicher zeigen wird, sehr unterschiedlich. Auch hier zeigt eine differenzierte Betrachtung, daß es eine Gruppe von Frauen gibt, deren Entscheidung zur Sterilisation durch die mit Erwerbsarbeit verbundenen Motive hochgradig beeinflußt wurde. Für diese Gruppe ergab die Faktorenanalyse den Motivationskomplex: „Bei meiner jetzigen Arbeit kann ich mir kein Kind mehr leisten", „Ich hatte Angst, keine Arbeit mehr zu bekommen oder meine jetzige zu verlieren", „Ich möchte meine ökonomische Unabhängigkeit behalten" und „Ich will mir endlich was leisten, reisen und verschiedene Dinge kaufen". Diese Motivgruppe trifft auf Frauen zu, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen und die über höhere Einkommen verfügen.

3.3.4 Erster Anstoß und Zeit bis zur Sterilisation

In der Presse war vom Sterilisationszuwachs erstens als Modetrend und zweitens als angebliche Leichtfertigkeit die Rede, mit der Frauen über die Beendigung ihrer Fruchtbarkeit entscheiden. Aus diesem Grund stellten sich die Fragen nach dem ersten Anstoß für die Entscheidung zur Sterilisation und nach der Dauer bis zum operativen Eingriff. Die nachfolgenden Tabellen 4 und 5 stellen sowohl den ersten Anstoß als auch die Zeit dar, die vom ersten Anstoß bis zur Sterilisation verstrich.

Etwa ein Drittel der Frauen erhielt den ersten Anstoß über Hausärzt/innen und behandelnde Gynäkolog/innen. Dieser Tatbestand verweist auf die den medizinischen Experten zugewiesene Kompetenz in dieser Frage. Kam der Impuls von Ärzt/innen, geht dies zugleich auch mit einer kurzen Entscheidungszeit einher. Ein weiteres Drittel der Frauen gibt als ersten Anstoß die Empfehlung der Sterilisation durch Freundinnen und Bekannten an. Innerhalb gut funktionierender Frauennetzwerke, in erprobten Kanälen werden Erfahrungen weitergegeben, die entweder selbst erworben oder auf (meist positiven) Erfahrungen anderer Frauen beruhen.

Tabelle 4
ErsterAnstoß, der zur Sterilisation führte (N=402)

Erster Anstoß	Anteil in %
Hausarzt	3.0
behandelnde Gynäkologin	27.7
Ehemann/Partner	11.6
Gespräche mit Freundinnen/ Bekannten	31.9
Medien	6.9

Tabelle 5
Zeit zwischen Anstoß und Sterilisation (N=400)

Zeit zw. Anstoß und Eingriff	Anteil in %
bis zu 1/2 Jahr	41.8
zwischen 1/2 und 1 Jahr	25.3
zwischen 1 und 2 Jahren	21.8
zwischen 2 und 3 Jahren	4.8
mehr als 3 Jahre	6.5

Weitere 12% erhielten den Anstoß von ihren Ehemännern bzw. Partnern, was die bereits oben beschriebene Verantwortungszuschreibung belegt. Der Anstoß für die Sterilisation durch die Männer schloß nicht die Alternative ein, den technisch bei Männern leichter zu realisierenden Eingriff selbst in Kauf zu nehmen. Den geringsten Anteil an den ersten Anstößen hatten mit 7% die Medien.

Tabelle 5 zeigt, daß bei den meisten Frauen relativ wenig Zeit zwischen Anstoß und Realisierung der Sterilisation verstrich. Doch auch hier müssen mehrere Variablen zueinander in Bezug gesetzt werden. Im Abschnitt 3.1 wurden Alter, Kinderzahl ausgewertet und die sozialpolitischen Hintergründe des generativen Handelns der befragten Frauen beschrieben. Ausschlaggebende Motive für die Sterilisation waren neben abgeschlossener Familienplanung auch das Alter. Diese beiden Motive spielen eine entscheidende Rolle für die Entscheidungszeit.

Die Zeit zwischen erstem Anstoß und Durchführung der Sterilisation betrug bei 67% der Frauen unter einem Jahr. Diese relativ kurze Zeit ist weder auf Leichtfertigkeit der Frauen noch auf einen Modetrend zurückzuführen, sondern erklärt sich in erster Linie durch die abgeschlossene Familienerweiterung in dieser Altersgruppe und aus dem Vertrauen auf die Empfehlung der Ärzt/innen und der Beratung durch Freundinnen, Kolleginnen, Nachbarinnen.

3.3.5 Sterilisation als Ausdruck des veränderten Schwangerschaftsabbruchrechtes

Auffällig in der Häufigkeitsverteilung aller zur Wahl stehenden Motive ist die hohe Anzahl der Nennungen des Motives „Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchrechtes". Dieses Motiv wird von vielen Frauen, unabhängig vom Alter und Einkommen, als ausschlaggebend bzw. wichtig genannt. Hier zeichnen sich Tendenzen von individuellem Widerstand ab, die auch in den Interviews bestätigt wurden und auf die im Abschnitt 4 ausführlicher eingegangen wird. Als ausschlaggebendes Motiv wurde das Karlsruher Urteil von etwa einem Drittel der Frauen genannt, von weiteren 25% als wichtig. Bei insgesamt 57% beeinflußte das veränderte Schwangerschaftsabbruchsrecht die Sterilisationsentscheidung.

Zusammenfassung der Fragebogenauswertung

Die empirische Untersuchung ergab deutliche Diskrepanzen zwischen der medialen Berichterstattung über Sterilisation und den realen Lebenszusammenhängen von Frauen, die sich für eine Sterilisation entschieden haben. Unsere Ergebnisse werden hier noch einmal kurz zusammengefaßt:

- Frauen, die sich sterilisieren lassen, sind durchschnittlich 36 Jahre alt, haben mindestens ein oder zwei Kinder und leben überwiegend in langjährigen Partnerschaften.
- Die Frauen schätzten ihre Familiengröße als ausreichend ein, d. h. ihre Familienplanung war abgeschlossen und sie hielten sich auch für zu alt für weitere Kinder.
- Die Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung obliegt fast ausschließlich den Frauen, während die Verantwortlichkeit der Männer eher in Ausnahmesituationen und nur kurzzeitig aktiviert wird.
- Langjährige Verhütung mit reversiblen Kontrazeptiva ist eines der Hauptmotive der Frauen, Nebenwirkungen bzw. Unsicherheiten durch Anwendung der gängigen Methoden mittels einer Sterilisation auszuschließen.

- Die Frauen sind überdurchschnittlich hoch qualifiziert und haben nahezu alle eine berufliche Ausbildung absolviert.
- Es lassen sich mehrere Motivgruppen nachweisen: 1) sozial benachteiligte Frauen, die aufgrund finanzieller Mangelsituationen und fehlender staatlicher Unterstützung die Sterilisation wählen. Für diese Frauen ist ein entscheidender Grund, die obligatorisch gewordene Finanzierung von Kontrazeptiva. 2) beruflich orientierte Frauen, die im Arbeitsalltag stehen, über höheres Einkommen verfügen und bei denen die Familienplanung abgeschlossen ist.

3.4 Die normative Kraft der Experten

In der Analyse des Mediendiskurses wurde festgestellt, daß unterschiedliche Verfahren Anwendung finden, die den Zugang zu einer Sterilisation behindern oder erleichtern können und den Frauen größere oder geringere Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten zugestehen. Es existieren in allen Kliniken Regeln, die die Realisation eines Sterilisationswunsches stark behindern. Die Ursachen hierfür liegen vor allem in der fehlenden gesetzlichen Regelung,[27] die in den Kliniken durch selbstaufgestellte Regeln ersetzt wird.

Als wesentlichste Zugangskriterien stellten sich die Anzahl der Kinder und das Alter der Frauen heraus. Die Verfahrensweisen der Kliniken lassen sich drei Gruppen zuordnen:

Zur ersten Kategorie gehören Kliniken, die bestimmen, daß die Frauen für eine Sterilisation mindestens 30 Jahre alt sein müssen. Frauen mit nur einem Kind müssen über 35 Jahre alt sein, Frauen zwischen 30 und 35 müssen mindestens zwei Kinder geboren haben. Ausnahmen werden entweder bei medizinischer Indikation gestattet oder wenn eine jüngere Frau beispielsweise schon

27 Nach einer Instruktion des Gesundheitsministeriums der DDR von 1969 wurden Sterilisationen nur in absoluten Ausnahmefällen bei medizinischer Indikation, aber auch nur unter der Voraussetzung, daß die betreffenden Frauen möglichst schon mindestens zwei Kinder geboren hatten durchgeführt. Die Anzahl von operativen Sterilisationen konzentrierte sich auf wenige Fälle pro Jahr, beschränkte sich bei großen Kliniken auf etwa 3–4 Fälle jährlich und blieb bis Mitte der 80er Jahre relativ konstant. Eine Änderung dieser Praxis begann etwa um 1987/88. Mit diesem Zeitpunkt setzte eine deutliche Liberalisierung der Genehmigungsverfahren ein, möglicherweise als Wirkung auf die in anderen europäischen Ländern etablierte Verfahrensweise, Sterilisation als eine Methode der Familienplanung und Geburtenkontrolle zu akzeptieren. Bis 1989/90 machte sich ein deutlicher Anstieg an Sterilisationen auch in der DDR bemerkbar.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bis zum heutigen Tag keinerlei gesetzliche Regelung zur Sterilisation. Der einzige Paragraph, der in dieser Frage zu Anwendung kommt, ist der §226a StGB, der eine „Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten" regelt. Die Kosten für eine Sterilisation tragen zur Zeit die gesetzlichen Krankenkassen.

fünf Kinder geboren hat. Mit diesen Regeln sind normative Vorstellungen der – von Experten festgelegter – Unmündigkeit von Frauen verbunden.

Eine zweite Kategorie umfaßt Kliniken, die eine niedrigere Altersgrenze von etwa 25 oder 28 Jahren tolerieren. Diese Regel wird ebenfalls nur bei medizinischer Indikation oder großer Kinderzahl unterschritten. Für diese Gruppe gelten ähnliche Normen wie für die erste Gruppe.

Zu einer dritten Kategorie gehören Kliniken, die keinerlei altersorientierte Beschränkung bzw. eine flexibel handhabbare Grenze von etwa 25 Jahren ansetzen. Fehlende oder geringe Kinderzahl sind ebenfalls kein Grund, eine Sterilisation abzulehnen. Die Entscheidung obliegt den Frauen, es findet geringe Einflußnahme von medizinischer Seite statt. Ein beratendes Gespräch findet dann statt, wenn eine Frau dem Arzt den Eindruck vermittelt, zu „leichtfertig" mit ihrer Entscheidung für eine Sterilisation umzugehen und den „Verzicht auf ihre Fruchtbarkeit" nicht ernst genug zu nehmen.

3.5 Gebärstreik – Widerstand – Individualisierung?

Im Ergebnis der Fragebogenauswertung muß die These vom „Gebärstreik" [28] als vollständig falsifiziert angesehen werden. Von den befragten Frauen wollte kaum eine ein weiteres Kind gebären. Diese Entscheidung war bereits vor den politischen und ökonomischen Veränderungen getroffen worden. Von einer kollektiven Verweigerung, die der Begriff „Gebärstreik" in seiner Idee beinhaltet, kann daher nicht die Rede sein.

28 Das Wort „Gebärstreik" taucht das erste Mal 1870 in Frankreich auf und geht auf den Begriff vom „Streik der Bäuche" der Pariserin Marie Huot zurück. Er wurde von der syndikalistischen Arbeiterbewegung aufgenommen und in „Gebärstreik" umgewandelt. Vermischt mit sozialistischen Ideen, wurde der Begriff in Deutschland von den sozialdemokratischen Ärzten Bernstein und Moser verwendet, die ab 1910 die Arbeiterfrauen in Vorträgen und Broschüren über Verhütungsmethoden aufklärten und zum Gebärstreik aufriefen. Der Gebärstreik wurde zur entscheidenden Strategie erklärt, um den kulturellen Aufstieg der Arbeiterklasse zu gewährleisten. Die Frauen wurden in der Propaganda zur Zentralfigur für die Lösung des sozialen Elends durch Geburtenkontrolle. Zur gleichen Zeit setzte eine staatliche Politik gegen die willkürliche Geburtenkontrolle ein. Im Parlament sollten entsprechende Gesetze verabschiedet werden. Die SPD wurde wegen des Gebärstreikaufrufs auch aus den eigenen Reihen scharf kritisiert. Die Führungsspitze sprach sich gegen den Gebärstreik aus und rief am 13.08.1913 zu einer Kundgebung „Gegen den Gebärstreik" auf. Die Positionen der weiblichen Mitglieder in der Parteispitze: Zetkin, Luxemburg und Zietz, die ihre Geschlechtsgenossinnen davon überzeugen wollten, daß die Stärke der Arbeiterklasse in ihrer Masse liegt und der Klassenkampf viele „revolutionäre Soldaten" benötigt, wurden von den Arbeiterfrauen nicht angenommen (vgl. Bergmann, 1992).

Ob durch die Entscheidung zur Sterilisation Formen von Widerstand [29] praktiziert werden oder ob tendenziell von einem Individualisierungsschub [30] gesprochen werden kann, konnte mit Hilfe der quantitativen Befragung nur ansatzweise beantwortet werden. Wir führten zur Beantwortung dieser Fragen 28 leitfadengestützte Interviews durch, die wir in Form einer typisierenden Strukturierung analysierten. Dabei wurden schrittweise Typisierungsdimensionen (berufliche bzw. familiäre Orientierung, Prioritätensetzung hinsichtlich Mutterschaft/Familie oder Berufstätigkeit, berufliche Perspektiven, Vereinbarkeitserfahrungen von Berufstätigkeit und Mutterschaft, Motivation für die Sterilisation, Verhältnis zu reversiblen Verhütungsmitteln) definiert und Ausprägungen formuliert. Am Ende der Analyse wurden die Ergebnisse in bezug auf die Eingangsfrage interpretiert.

Es lassen sich drei Typen von Frauen unterscheiden:

Typ I – Die familienorientierten Frauen

Alle Frauen dieses Typs sind zwischen 33 und 35 Jahren alt. Sie leben in langjährigen Partnerschaften, die von den Frauen als glücklich beschrieben werden. Die Haushaltseinkommen sind eher hoch. Die Familien sind als gut situiert zu bezeichnen.

Fast immer stammen diese Frauen aus eher traditionalen Familien, d. h. bäuerlichen, kinderreichen oder konfessionellen Familien. Sie haben möglicherweise in ihrer Herkunftsfamilie eine besonders starke Familienorientierung ausgebildet.

In den Lebensentwürfen der Frauen dieses Typs haben sowohl Berufsarbeit als auch Familie und Kinder eine hohe Wertigkeit, wobei sich tendenziell die Priorität zugunsten der Familie entwickelte. Kinderwunsch bestand nach höchstens zwei Kindern. Ihr Selbstbild ist stark durch ihre Rolle als Mutter und Familienhüterin geprägt. Stellvertretend dafür die Aussage einer von uns interviewten Frau:

29 Der Begriff Widerstand muß weit gefaßt werden und reicht von individuellen Formen (die auch gegen sich selbst gerichtet sein können) bis hin zu kollektiven Widerstandsformen (vgl. Heintz und Honegger, 1984).

30 Unter „Individualisierung" wird die „Auflösung vorgegebener Lebensformen – zum Beispiel das Brüchigwerden von lebensweltlichen Kategorien wie Klasse und Stand, Geschlechterrollen, Familie, Nachbarschaft usw.", von traditionellen Orientierungssystemen und hergebrachten Solidargruppen verstanden. Der damit verbundene individuelle Zwang zur Wahl geht einher mit neuen institutionellen Anforderungen, Kontrollen und Zwängen für die Individuen (vgl. dazu: Beck, 1986; Beck und Beck-Gernsheim, 1994).

Für mich ist meine Qualifikation die richtige, [so] daß ich Familie und Beruf unter einen Hut bringe. Wenn ich ein Hochschulstudium hätte, müßte ich mich wahrscheinlich im Beruf mehr engagieren und hätte dadurch nicht soviel Zeit für meine Familie. Und das würde mir nicht so gefallen, deshalb bin ich zufrieden so.

Die Verantwortung der Frau für Familie und Kindererziehung wird von den Frauen dieses Types nicht in Frage gestellt, sondern positiv in ihr Selbstbild integriert.

Damals habe ich mir darüber noch keine Gedanken gemacht. Später ist für mich die Mutterrolle wichtiger geworden, das muß ich sagen. Also für meine Kinder würde ich meinen Beruf aufgegeben ... Ja, ich bin mehr Mutter als Frau.

Sie fühlen sich in ihren Familien am wohlsten. Vereinbarkeitsprobleme zwischen Beruf und Mutterschaft spielen in ihren biographischen Reflektionen kaum eine Rolle. Motive für Berufsarbeit sind bei ihnen vor allem soziale Anerkennung und Kontakte.

Ich fühle mich in meinem Beruf wohl und ich fühle mich als Mutter wohl. Etwas mehr im Beruf, man bekommt dort mehr Anerkennung, hat eigenes Geld, man ist nicht abhängig von irgendwem.

Die Familienorientierung dieses Typs findet Ausdruck in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation; alle Frauen leben in langjährigen und glücklichen Partnerschaften mit ein bis zwei Kindern.

[...] also um die Ausbildung und um die berufliche Entwicklung brauchte man sich eigentlich solche Sorgen nicht zu machen. Es lief eigentlich fast alles automatisch. Das Studium. [Einen] Studienplatz [zu bekommen] war alles nicht so das Problem ... mit neunzehn das erste Kind, deshalb ist sie auch jetzt schon so groß. Und das hat auch alles so geklappt. Das zweite dann drei Jahre später, war kein Problem. Und das wichtigste waren halt die Kinder, daß die halt gesund aufwachsen und das hat auch geklappt.

Die Frauen dieses Typs wurden zwischen 1959 und 1961 geboren. Wir vermuten, daß die in den Herkunftsfamilien geprägte subjektive Familienorientierung durch die DDR-Familienpolitik der 70er und 80er Jahre verstärkt wurde (vgl. Helwig und Nickel, 1993; Trappe, 1995).

Von den sechs Frauen dieser Gruppe haben vier einen Fachschulabschluß, eine Frau einen Hochschulabschluß und ebenfalls eine Frau einen Facharbeiterabschluß. Nach der „Wende“ blieben sie weiterhin – bis auf eine arbeitslose

Frau – in ihren angestammten Berufsfeldern tätig. Diese Tatsache mag verwundern, aber die Tätigkeitsfelder dieser Frauen befinden sich häufig im öffentlichen Dienst und da ist der Stellenabbau am geringsten geblieben.

Typisch ist, daß keine Frau in den letzten Jahren eine berufliche Ausbildung absolvierte. Sie erlebten die politischen und wirtschaftlichen Veränderungen hinsichtlich ihrer Erwerbsbiographie nicht als Bruch. Auch darüber hinaus gibt es in ihren Biographien keine Brüche. Dies gilt auch für die erwerbslose Frau, die ihre Arbeitslosigkeit durch den Rückzug in ihre Familie kompensiert.

Es handelt sich bei diesem Typ um Frauen, für die auch ohne Wende keine Familienerweiterung im Frage gekommen wäre und die das Verhütungsproblem mit einer Sterilisation lösen wollten. Für diese Gruppe sind zwei Motive typisch, die absolut entscheidend waren: Das erste ist abgeschlossene Familienplanung:

> *Ich hatte ständig Angst vor einer Schwangerschaft und wollte keine Kinder mehr haben. Für mehr als zwei Kinder hat man in der heutigen Zeit nicht genügend Zeit.*

Ein zweites ausschlaggebendes Motiv war, daß sie sich zu alt für weitere Kinder fühlen.

> *Na, da das Alter jetzt erreicht ist und die Kindersache, die muß jetzt abgeschlossen werden, weil mit vierunddreißig jetzt noch einmal anzufangen und noch mal ein Kind zu bekommen, wenn man schon zwei hat, ist kein Thema mehr. Das war dann der Schlußstrich.*

Für diese Gruppe ist die Sterilisation nicht als Akt von Widerstand interpretierbar. Diese Frauen nehmen Sterilisation als neue Form von Verhütung und nicht als Abwehr gegen veränderte politische oder ökonomische Bedingungen wahr. Auch als Individualisierungsschub ist die Entscheidung für eine Sterilisation nicht zu bezeichnen.

Typ II – Die sozial benachteiligten Frauen

Die Frauen dieses Typs leben in ungesicherten finanziellen Verhältnissen. Entweder arbeitet nur der Mann und erhält ein Einkommen auf niedrigem Niveau oder beide sind arbeitslos und die monatlichen Bezüge kommen vom Arbeits- bzw. Sozialamt. Hinzu kommt, daß alle Familien dieses Typs hoch verschuldet sind.

Soweit in dem Material Angaben zur Herkunftsfamilie vorhanden sind, wird erkennbar, daß die Frauen dieses Typs in bescheidenen finanziellen Verhältnissen und mit mehreren Geschwistern aufgewachsen sind.

In ihren Lebensentwürfen kommen der Berufsarbeit und Familie eine etwa gleichwertige Position zu. Motive für Erwerbsarbeit sind Aufbesserung des Familieneinkommens und soziale Kontakte. Hochqualifizierte Berufsarbeit gehört nicht zu den angestrebten Zielen.

Ihr Kinderwunsch beschränkte sich auf zwei Kinder.

> *Ich meine, ich bin zwar aufgewachsen, wir sind zu Hause vier Mädchen gewesen, aber ich habe immer gesagt, vier Kinder, so viele möchtest du nie haben. Zwei auf jeden Fall. Also ein Leben ohne Kinder konnte ich mir sowieso nicht vorstellen ...*

Typisch für diese Gruppe ist, daß sie überdurchschnittlich viele Kinder zur Welt brachte. Alle Frauen dieser Gruppe beschreiben starke Probleme der Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf, die sich zum einem aus der größeren Kinderzahl ergeben und die zum anderen in partnerschaftlichen Konflikten resultieren.

Die Ideale eines harmonischen Familienlebens stehen im Kontrast zu ihren tatsächlichen Erfahrungen. Fast alle Frauen sprechen von Gewalterfahrungen. Auffallend ist auch, daß die meisten Frauen teilweise mehreren Trennungen hinter sich hatten, die vermutlich auf den individuellen Gewalterfahrungen beruhen.

> *Aber – naja dadurch, daß das mit dem Ersten so schief gegangen ist, naja ist das auch ein bißchen normal, daß man zusammen auch Kinder haben möchte. Und dann, wo die Dritte da war, also das war wirklich schlimm, da hat mein Mann die beiden Großen irgendwie ein bißchen ungerecht behandelt, der hat sie manchmal sogar geschlagen und sowas alles. Das mußten wir ihm erstmal beibringen, daß er das nicht darf. Mit Hilfe auch vom Jugendamt. Naja und die Dritte hat er dann total vorgezogen. Und da habe ich gedacht, das geht nicht so weiter, da müssen wir irgendwie was machen ... und da wurde ich dann schwanger ... Naja gut habe ich gesagt, eins nehme ich dann noch. Naja und dadurch hat es sich dann auch gebessert.*

Wenn neue Partnerschaften eingegangen wurden, verbanden diese sich mit dem Wunsch nach einem weiteren Kind, der in der Regel auch realisiert wurde, sei es, um wiederum die familiären Verhältnisse zu harmonisieren oder sei es, um mit einem biologisch eigenen Kind eine neue „richtige" Familie zu gründen.

Alle Frauen absolvierten eine Facharbeiterausbildung in frauentypischen und schlechtbezahlten Berufen. Ihre Erwerbsbiographien sind durch häufige Stellen- und Tätigkeitswechsel in zum Teil ungelernte Berufe gekennzeichnet. Alle Frauen dieses Typs verloren nach der Wende ihre Arbeit und waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits mehrere Jahre arbeitslos. Die Chancen eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsmarkt sind durch die hohe Zahl meist noch jüngerer Kinder bzw. niedrig qualifizierte Berufsabschlüsse sehr gering.

> *Beworben habe ich mich schon ein paar mal. Die Chancen sind eben schlecht. Ich meine, ich bin jetzt nun auch schon 38, man ist nicht mehr jung, man ist noch nicht alt, so mittendrin, die Kinder auch noch ... Die [Arbeitgeber] sehen jetzt bloß die Kinderzahl, die fragen nicht, wie alt die Kinder sind oder ob sie vielleicht alleine klar kommen können ... Also wenn du jetzt schon drei, vier Kinder hast und bist nicht mehr so jung, na dann stehst du auf dem Trittbrett. Ja, das ist eben sehr traurig, muß ich sagen. Aber was soll man machen? Man muß sich damit abfinden.*

Ihre Motive für die Sterilisation sind auf der einen Seite die notwendige Finanzierung von Verhütungsmitteln:

> *Die Pille, die kostet viel Geld. Und dadurch, daß wir monatlich ... hatten wir 1500.— DM abzusetzen nur an Krediten ... Ich konnte mir die Pille nicht leisten.*

Auf der anderen Seite werden die veränderte ökonomische Situation kinderreicher Familien und fehlende soziale und finanzielle Unterstützung als Motive genannt.

> *Das Kind muß es auch schön haben, und so wie das jetzt meine Kinder haben, daß ich den großen Ferien nicht groß was unternehmen kann, weil wir kein Geld haben, das tut mir in der Seele leid, das würde ich nie wieder machen. Ich schaffe mir doch kein Kind an, wenn ich das finanziell schon nicht kann. Denn wenn man sich das überlegt, die ganze Nahrung, das sind doch Werte, das ist ja nicht mehr Dreimarkzehn, wie wir früher bezahlt haben.*

Diese Frauen sind jene, die am meisten durch den Abbau materieller und immaterieller Transfers und der DDR-typischen Unterstützung kinderreicher Familien betroffen sind.

Von der Sterilisation als Ausdruck eines Individualisierungsschubes kann bei dieser Gruppe nicht gesprochen werden. Für sie ist kennzeichnend, daß ihre Wahlmöglichkeiten bereits zu DDR-Zeiten beschränkt waren. Diese Situation hat sich nach der Wende für sie verschärft. Die Abwertung ihrer beruf-

lichen Qualifikation bzw. die Möglichkeiten entsprechend ihrer beruflichen Qualifikation zu arbeiten war eine Erfahrung, die sie aufgrund ihrer spezifischen Familiensituation als sog. kinderreiche Familien bereits zu DDR-Zeiten machten. Auf dem Arbeitsmarkt sind ihre Chancen gering. Ihre Lebensbedingungen werden von den äußeren Umständen bestimmt, d. h. sie sind durch ihren Ausschluß vom Arbeitsmarkt ausschließlich auf ihre Familie zurückgeworfen.

Bei Frauen dieses Typs ist die Entscheidung für die Sterilisation als eine Widerstandsform anzusehen, die in dem beschränkten Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume eine freie Entscheidung ermöglicht.

> *Sag ich, die muß ich ja dann wieder bezahlen? Sagt sie [die Gynäkologin], ja, die müssen sie bezahlen. Sag ich, nö, das mache ich nicht ... Taler [Geld] hast du sowieso nicht, sag' ich und dann fragte ich den von der Barmer [Name der Krankenkasse], das ist kostenlos? Ja. Na, da wissen wir doch, was wir zu machen haben.*

Ihr individueller Widerstand kann gegen das veränderte Abbruchrecht und die damit einhergehende Bevormundung gerichtet sein. Er kann aber ebenso in Form des Widerstandes gegen Machtbeziehungen in der Partnerschaft auftreten.

> *Meinem Mann habe ich ja zuerst was anderes vorgeflunkert. Dem habe ich das ja gar nicht erzählt, weil wir ja damals noch ganz schön in Knatsch waren ... also um Gottes Willen, ich will kein Kind mehr. Und viere reichen ja wahrhaftig auch. Trotzdem muß ich sagen, das soll mal einer nachmachen.*

Typ III – die berufsorientierten Frauen

Die Frauen dieses Typs haben höhere Qualifikationen und meist auch höhere berufliche Positionen. Sie verfügen zudem über ein hohes Einkommen.

Für alle Frauen dieser Gruppe besitzt eine hohe berufliche Qualifikation und inhaltlich anspruchsvolle Erwerbstätigkeit Priorität.

> *Mir war immer daran gelegen, einen Beruf zu haben, selbständig sein zu können.*

Gleichzeitig gehörten Kinder und eine Familie zu ihrem Lebensentwurf. Ihr Lebensentwurf konzentriert sich auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, was als konfliktreicher Prozeß erlebt wurde, der sich jedoch mit zunehmendem Alter der Kinder positiv auflösen ließ.

Für mich war erstmal der Beruf im Vordergrund. Ich habe mir nicht vorstellen können, mit 19 oder 20 schon Mutter sein zu können oder zu wollen. Also das war für mich kein Thema, muß ich sagen ... Als ich meinen Mann mit Mitte Zwanzig kennenlernte und als sich dann für mich herausstellte, irgendwann in den nächsten zwei drei Jahren würde ich eine Familie gründen und da war für mich der Kinderwunsch dann auch da. Und eigentlich war das für mich persönlich auch ein Zeitpunkt. Ich habe mich beruflich entwickeln können und habe das auch für mich wahrgenommen. Und da dachte ich, jetzt ist es an der Zeit, sich ein Kind zu wünschen und das eben möglichst bald. Und das ging dann auch in Erfüllung.

Ihre Partnerschaften sind unkonventioneller als die der anderen beiden Typen, sie leben häufiger allein mit ihren Kindern oder in Lebensgemeinschaften. Die Hälfte der Frauen leben nach einer Scheidung in Lebensgemeinschaften mit einem neuen Partner oder allein mit ihren Kindern bzw. haben ein zweites Mal geheiratet. Typisch sind ebenfalls ein bis zwei Kinder, die allerdings zum Zeitpunkt der Sterilisation 13 Jahre und älter waren (bis auf drei Frauen).

Zu Trennungen kam es, wenn sie ihre Ansprüche an eine gleichberechtigte Partnerschaft und Selbstbestimmung nicht realisieren konnten.

Vielleicht liegt es auch daran, daß ich eine emanzipierte Frau bin. Vielleicht ist das mit ein Grund. Wenn ich nicht so im Leben stehen würde, mit meinen [beiden] Beinen, das ist ja schließlich ein Männerberuf, wenn ich so ein bißchen mich unterordnen würde, das würde ihm gefallen haben. Aber dadurch, daß ich immer meinen Kopf versucht habe durchzusetzen oder zu sagen versucht habe, das wird so gemacht und das wird so gemacht. Vielleicht ist es deshalb auch nicht gegangen.

Wenn diese Frauen in Lebensgemeinschaften oder Ehen leben, haben die zugehörigen Männer ebenfalls höhere berufliche Positionen und hohe Einkommen.

Alle Frauen dieser Gruppe, bis auf eine, haben Fach- bzw. Hochschulabschlüsse. Nach meist kritischen Phasen der Neuorientierung haben sich die Frauen dieses Typs vier Jahre nach der Wiedervereinigung beruflich konsolidiert. Entsprechend ihrer gegenwärtigen Berufsposition können sie in drei Untergruppen unterteilt werden:

Die erste und zugleich größte Gruppe (neun Frauen) vollzog nach 1989 eine berufliche Neuorientierung, parallel hierzu gingen für die meisten Frauen berufliche Qualifizierungen (in der Regel Anpassungsqualifikationen) einher.

Sie erreichten alle höhere berufliche Positionen, die zugleich mit hohen Einkommen einhergehen. Sie sind die beruflich erfolgreichen Frauen.

In einer zweiten Untergruppe (drei Frauen) erreichten die Frauen zwar ebenfalls mittlere bis hohe Berufspositionen, nehmen ihre gegenwärtige Lebenssituation aber als sehr negativ wahr. Dies resultiert aus den hohen familiären Belastungen durch jüngere Kinder, Belastungen, die durch partnerschaftliche Probleme verstärkt werden. Auch sie gehören zu den beruflich erfolgreichen Frauen.

In einer Umschulung befinden sich die Frauen einer dritten Untergruppe (drei Frauen). Kennzeichnend ist jedoch, daß diese Umschulung unter ihrem bisherigen Qualifikationsniveau liegt. Sie haben sich auf diese Umschulungen eingelassen, weil sie auf jeden Fall Chancen des Wiedereinstiegs nutzen und keinesfalls auf Familie und Haushalt beschränkt sein wollen. Sie werden versuchen, ihre Handlungsressourcen zu nutzen, um sich beruflich zu etablieren.

Motive dieser Frauen sich sterilisieren zu lassen, sind zum einen die starke Orientierung auf Berufsarbeit und damit die Antizipation von Konflikten bei weiteren Geburten, zum anderen fühlen auch sie sich zu alt für die Geburt weiterer Kinder.

> *Also ich war mir eigentlich klar, ich wollte jetzt keine Kinder mehr haben unter den neuen Umständen. Ich war gerade dabei, mich beruflich zu verändern, hier in dieses Büro einzusteigen und die Jungs sind groß und gesund.*

Auch eine kritische Sicht auf reversible Kontrazeptiva trug zu ihrer Entscheidung bei.

In ihren hohen Berufs- und Erwerbsorientierungen, Bildungsniveaus und Berufsabschlüssen sowie ihren eher pluralen Lebensformen entsprechen sie den Kriterien gängiger Individualisierungstheorien. Bei dieser Gruppe kam es nach 1989 zu einem Individualisierungsschub, der Tendenzen zur Individualisierung verstärkte, die bereits zu DDR-Zeiten eingesetzt hatten. Durch höhere Bildungsabschlüsse und teilweise auch auf der Basis familiärer Handlungsressourcen konnten diese Frauen bereits zu Beginn ihrer Ausbildung aus einem größeren Spektrum an Möglichkeiten wählen. Ihre berufliche Entwicklung ist durch hohe inhaltliche Anforderungen, Freiheitsgrade und Flexibilität gekennzeichnet. Die Fähigkeit, Chancen wahrzunehmen, gehört zu ihrem sozialen Kapital und bietet ihnen auch jetzt größere Handlungspotentiale. Zur Individualisierung zählt auch ein höheres Gesundheitsbewußtsein, das sich hier als kritische Sicht gegenüber reversiblen Kontrazeptiva äußert.

§218

Wie schon bei der Auswertung der Fragebögen, stellte sich auch bei der Interviewauswertung das Motiv „Änderung des Schwangerschaftsabbruchrechtes" nach der Wiedervereinigung als typenübergreifend heraus. Der größter Teil der Frauen lehnt die gegenwärtig geltenden Regelungen mit Zwangsberatung und Selbstfinanzierung des Abbruchs vollständig ab und wendet sich in ihrer Kritik vor allem gegen die fremdbestimmenden Aspekte des Gesetzes.

> *Ja ich finde, das ist eine Bevormundung der Frau. Diese ganze Regelung, dieses „sich beraten lassen müssen" zu dieser Problematik, ob die Schwangerschaft ausgetragen wird oder nicht. Es gibt sicherlich Situationen, die ein Konflikt sein können, in dem Moment, wo eine Schwangerschaft auftritt. Für mich steht aber außer Frage, daß auch die Rahmenbedingungen dafür sprechen müssen, ob ich ein Kind aufziehe oder nicht ... Ich finde, da muß ich nicht extra noch zu einer Konfliktberatung gehen und mich da ausbreiten und meinen seelischen Zustand beschreiben. Da muß mir die Möglichkeit bleiben, es für mich selbst festzulegen.*

Ein Ergebnis des veränderten Rechtes zum Schwangerschaftsabbruch sind Befürchtungen, irgendwann ein ungewünschtes Kind austragen zu müssen. Dieser Situation wollen sich die meisten Frauen nicht aussetzen.

> *Und dann kamen noch diese dümmlichen Diskussionen: §218 oder nicht, wieder zurückfallen ins Mittelalter ... Gerade bei Pille und Spirale sagt man, es könnte trotzdem irgendwann einmal passieren oder man kommt in die Wechseljahre und hört mit der Pille auf und dann soll ich mir von irgend jemand sagen lassen, vielleicht mit Mitte 40, das Kind hast du noch zu kriegen, man weiß ja heute noch nicht richtig, wie das mit der Gesetzeslage ausgeht und das wollte ich mir von diesen alten Männern nicht bestimmen lassen.*

Ein geringer Teil der Frauen akzeptiert die Ablösung der in der DDR gültigen Fristenregelung, sie argumentieren aufgrund ihres religiösen Hintergrundes oder mit dem gängigen Klischee, DDR-Frauen hätten Schwangerschaftsabbrüche als Verhütungsmethode angewendet, weshalb drastischere Reglementierungen eine sinnvolle Lösung zum Schutz ungeborenen Lebens darstellen.

> *Ich bin christlich erzogen und deshalb wäre ein Schwangerschaftsabbruch für mich sowieso nie in Frage gekommen, weder zu DDR-Zeiten noch zu heutigen Zeiten. Allerdings wäre zu DDR-Zeiten ein drittes Kind für mich nicht so tragisch gewesen, wie jetzt ... Die Fristenlösung hat mir nie gefallen, ein Leben würde ich nie töten.*

Verallgemeinernd ist zu sagen, daß die Entscheidung von Frauen für eine Sterilisation nicht als „Gebärstreik" – wie in der Presse kolportiert – gedeutet werden kann. „Gebärstreik" als kollektive Strategie impliziert die organisierte Einstellung des Gebärens; die Auswertung der Fragebögen und der Interviews zeigt zwar, daß sie als Symbol für gemeinsame Erfahrungen und Interessen ostdeutscher Frauen gelten, nicht aber mit dem Begriff „Gebärstreik" charakterisiert werden kann.

Sterilisation kann als Widerstand verstanden werden, die allerdings bei den verschiedenen Typen in unterschiedlichen Formen auftritt. Sie kann als selbstbestimmte Entscheidung auf einen individuell angelegten Lebensplan – das gilt für den dritten Typ – oder „aus dem Bauch" auf eine momentane Unrechtserfahrung – wie bei dem zweiten Typ – folgen.

Auch die Frage des Individualisierungsschubs muß auf die gleiche differenzierte Weise beantwortet werden. Für die Gruppe der berufsorientierten Frauen gilt, daß deren Lebensplan bereits mit den Individualisierungsmöglichkeiten, die die DDR bot, auf die Nutzung der vorhandenen Freiheitsgrade, die Berufsarbeit bot, ausgerichtet war und mit den neuen Wahlmöglichkeiten einen weiteren Schub erhielt. Auch ihre kritische Sicht auf reversible Kontrazeptiva kann in diesem Sinn betrachtet werden, da Angebote gemäß der eigenen Bedürfnisse reflektiert und das Für und Wider in die Entscheidung einbezogen wurde.

4. Bigamie der Moderne

Der Moderne-Diskurs in der deutschen Soziologie wurde in den vergangenen Jahren vor allem unter zwei Aspekten geführt: Zum einen geht es um die theoretisch angemessene Beschreibung der postmodernen Phase der Moderne. Hierbei nimmt auch die „Individualisierungsthese" eine zentrale Stellung ein. Zum anderen dient dieses Modernisierungskonzept dazu, die Unterschiede zwischen DDR und BRD als differente Modernitätsgrade (vgl. Hradil 1992) zu betonen.

In diesem Sinne sind auch verschiedene Argumente der Presseartikel zu interpretieren. In den journalistischen Berichterstattungen wird die gewonnene Freiheit, einschließlich der freien Wahl von Verhütungsmitteln, als Zeichen von Modernität beurteilt. Sozialwissenschaftliche Analysen betonen mit Formulierungen wie: „Früher gab es verregelte Lebensläufe" [31] den Übergang der traditionell strukturierten DDR in eine moderne Gesellschaft, und Mediziner

31 Zitiert nach „Der Spiegel" 38/1993.

greifen jenen Strang der Modernisierungsdebatte auf, der Individualisierung mit Egoismus und sozialer Bindungsfähigkeit verknüpft. Als Folge des Individualisierungsschubes wird konstatiert und prognostiziert, daß Frauen aus „selbstsüchtigen" Interessen auf Kinder verzichten und damit den Untergang der Zivilisation fördern (vgl. Miegel und Wahl 1994).

Nach Zygmunt Bauman, war der moderne Sozialismus von Anfang an die Gegenkultur der Moderne und gehörte zur selben historischen Formation wie die Gesellschaft, die er bekämpfte. Die Wahrnehmung seiner gegenkulturellen Rolle führte dazu, daß er diese andere Gesellschaft konstant in Bewegung hielt, indem er deren essentielle Probleme artikulierte. „Diese Zusammengehörigkeit zeigte sich auch darin, daß sich der Sozialismus so gut wie vollständig auf das Programm verließ, das die Moderne entworfen hatte" (Bauman 1992, 321). Der moderne Sozialismus verband sein Schicksal mit dem des Projektes der Moderne. Sie wuchsen gemeinsam auf, gingen aber nicht gemeinsam unter. Die nunmehr monogame Verbindung führt dazu, die Existenz des Projektes einer „sozialistischen Gegenkultur" (ebd., 324) zu negieren. Signifikant hierfür könnte die eingangs genannte populäre These sein, die von einem Modernisierungsschub ausgeht und die Anpassung des ostdeutschen an westdeutsches generatives Verhalten, respektive dessen Geburtenniveau postuliert.

Es ist aber noch immer fraglich, inwieweit sich das westliche Gesellschaftmodell in Ostdeutschland durchsetzen kann. Der „innerdeutsche Majorisierungsmechanismus" (Kreckel 1995, 494) läßt es faktisch ausgeschlossen erscheinen, daß der Westen strukturell vom Osten lernen kann. Diese strukturelle Generalisierung stützt die Angleichungsthese.

Die empirischen Analysen der oben beschriebenen Untersuchung legen hingegen etwas anderes nahe. Sie stützen jene Hypothese, nach der sich habituelle Grundmuster und Wertorientierungen (relativ) stabil und resistent gegenüber extern induzierten Veränderungen erweisen (Schenk und Schlegel 1993, 380). Auch sie beziehen sich auf empirische Analysen. Diese sog. „Eigensinn"-Hypothese (Sinn für Eigenes!) (Kreckel 1995, 494) wird meist im Zusammenhang mit der Erwerbsneigung ostdeutscher Frauen formuliert, die entgegen ersten Prognosen nach wie vor ungebrochen hoch ist, läßt sich aber gleichfalls auf ihr generatives Verhalten übertragen.

Verknüpft man die durch empirische Analysen bestätigten lebensweltlichen Selbstverständlichkeiten ostdeutscher Frauen mit theoretischen Analysen zum Prozeß der Individualisierung vor 1989, die den Grad der sozialen Absicherung, Chancengleichheit und Mobilität in der DDR als Basis für Individualisierungsprozesse beurteilten (Hüning 1990, 3) bzw. den Ablauf von Individualisierungs-

schüben in der DDR als teilweise dramatischer und nachhaltiger bezeichnen als im Westen (Engler 1993, 185), unterstützt das sowohl die „Eigensinn"-Hypothese als auch Baumans Gewißheiten über die Parallelität von Sozialismus und Moderne.

Eine Prognose ist bekanntlich schwer zu treffen. Die durchgeführten Sterilisationen in Brandenburg sind von etwa 800 im Jahr 1991 auf ca. 7'000 im Jahr 1993 angestiegen. Mittlerweile sinken sie wieder und werden sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf einem niedrigerem Niveau einpegeln. Auf welchem allerdings, ist derzeit noch fraglich. Ob sich die Zahlen tendenziell eher an das Niveau beispielsweise der Niederlande und England (20% bzw. 16% der Frauen sind sterilisiert) angleichen werden oder an die alten Bundesländer und Österreich (ca. 2% bzw. 1%), ist noch offen (Ketting und van Praag 1985). Eine Angleichung an die Zahlen der alten Bundesländer stellt nach obigem Resümee keine wahrscheinliche Variante dar.

LITERATURVERZEICHNIS

Bauman, Zygmunt (1992), *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit,* Hamburg: Junius.

Beck, Ulrich (1986), *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Beck, Ulrich und Elisabeth Beck-Gernsheim (1994), *Riskante Freiheiten,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bergmann, Anna (1992), *Die verhütete Sexualität: Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle,* Hamburg: Rasch und Röhring.

Bundesministerium für Fauen und Jugend (1991), Frauen in den neuen Bundesländern im Prozeß der deutschen Einigung, Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Instituts für angewandte Sozialforschung Bad Godesberg, in: *Materialien zur Frauenpolitik,* 11/1991, Bonn.

Dölling, Jrene; Daphne Hahn und Sylka Scholz (1996), *Sterilisation in den neuen Bundesländern: „Gebärstreik" – Widerstandsform – Individualisierungsschub?* Unveröffentlichtes Manuskript Universität Potsdam.

Dorbritz, Jürgen (1993), Sozialer Systemwandel und die Folgen für die Familienbildung, *Berliner Journal für Soziologie,* 3/1993, 355–368.

Engler, Wolfgang (1993), Individualisierung im Staatssozialismus, *Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im inneren Europa. Verhandlungen des 26. Soziologentages in Düsseldorf 1992,* Frankfurt/Main: Campus.

Heintz, Bettina und Claudia Honegger (1984), *Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen,* Frankfurt/Main: Evangelische Verlagsanstalt.

Helwig, Gisela und Hildegard Maria Nickel, Hrgs. (1993), *Frauen in Deutschland 1945–1992,* Berlin: Akademie.

Hornig, Daphne (1994), *Auswirkungen gesellschaftlicher Transformationsprozesse auf das reproduktive Verhalten Brandenburger Frauen unter besonderer Berücksichtigung der*

irreversiblen Schwangerschaftsverhütung, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Brandenburg.

Hradil, Stefan (1992), Die „objektive" und die „subjektive" Modernisierung. Der Wandel der westdeutschen Sozialstruktur und die Wiedervereinigung, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte,* B 29–30.

Hüning, Hasko (1990), Individualisierung und Gesellschaftentwicklung in der DDR: Ansätze einer inneren Kritik, *Berliner Arbeitshefte und Berichte zur sozialwissenschaftlichen Forschung,* Nr. 53, Freie Universität Berlin.

Ketting, Evert und Philip van Praag (1985), *Schwangerschaftsabbruch: Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich,* Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Kreckel, Reinhard (1995), Makrosoziologische Überlegungen zum Kampf um Normal- und Teilzeitarbeit im Geschlechterverhältnis, *Berliner Journal für Soziologie,* 6/1995, 489–495.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (1994), *Bevölkerung und Erwerbsleben im Land Brandenburg 1993, Ergebnisse des Mikrozensus,* Potsdam.

Mayring, Philipp (1993), *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken,* Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Miegel, Manfred und Stefanie Wahl (1994), *Das Ende des Individualismus. Die Kultur des Westens zerstört sich selbst,* Bonn: Aktuell.

Müller-Enbergs, Helmut; Marianne Schulz und Jan Wielgohs, Hrsg. (1991), *Von der Illegalität ins Parlament. Werdegang und Konzept der neuen Bürgerbewegungen,* Berlin: LinksDruck.

Münz, Rainer und Ralf Ulrich (1994), *Was wird aus den neuen Bundesländern? Demographische Prognosen für ausgewählte Regionen und für Ostdeutschland,* Berlin: Humboldt-Universität, Lehrstuhl für Bevölkerungswissenschaft.

Schenk, Sabine und Uta Schlegel (1993), Frauen in den neuen Bundesländern – Zurück in eine andere Moderne? *Berliner Zeitschrift für Soziologie,* 3/1993, 369–384.

Trappe, Heike (1995), *Emanzipation oder Zwang? Frauen in der DDR zwischen Beruf, Familie und Sozialpolitik,* Berlin: Akademie.

Wendt, Hartmut (1993), Familienbildung und Familienpolitik in der ehemaligen DDR, *Materialien zur Bevölkerungspolitik,* Sonderheft 22, Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaft.

Winkler, Gunnar, Hrsg. (1990), *Frauenreport '90,* Berlin: Die Wirtschaft.

Anschrift der Autorin:
Daphne Hahn,
Universität Potsdam,
Planckstr. 20 II, D-10117 Berlin

Kurt Imhof / Peter Schulz (Hrsg.)

Reihe «Mediensymposium Luzern» Band 1

«Medien und Krieg – Krieg in den Medien»

Krieg ist das beständigste Thema des Medienzeitalters. In ihm wird das früher Ausseralltägliche zum alltäglichen Medienereignis, zur permanenten Darstellung kollektiver physischer Gewalt mit wechselnden Akteuren und Schauplätzen.
Der Krieg in den Medien war jedoch immer schon mehr als seine blosse Reproduktion: Die Bedeutung des Krieges in den Medien korreliert nicht mit der Anzahl der Toten. Wie jedes Phänomen wird gerade auch der Krieg gewichtet und bewertet:
Es gibt «wichtige» und «unwichtige» Kriege. Für die «Wichtigen» unter ihnen gilt das eherne Gesetz des Krieges auch in ihrer medialen Vermittlung: Der Krieg als Fortsetzung der Politik mit anderen Mitteln ist der grosse Simplifikator alles Sozialen. Er reduziert die vielfältigsten gesellschaftlichen Spannungen auf eine Konfliktlinie, zieht alle und alles in seinen Bannkreis, ent-individualisiert die Beteiligten zu Täter- und Opfergruppen, Aggressoren und Verteidigern, Helden und Verrätern. Er produziert Charismaträger, verlangt waffenstarrend nach moralischen Urteilen polarisierenden Charakters und spitzt die Erwartungen aller auf Sieg oder Niederlage zu. Zum Bannkreis des Krieges gehören auch die Medien. Krieg wird in ihnen kolportiert, personifiziert, legitimiert und entlegitimiert. Die Darstellung von Krieg gerät oft zum Bestandteil seiner selbst, womit die Reproduktionsfunktion der Medien zum Produktionsfaktor des Krieges wird.

Dr. Kurt Imhof ist Oberassistent am Soziologischen Institut der Universität Zürich und Leiter des Nationalen Forschungsprogramms 39 «Migration und interkulturelle Beziehungen».

Peter Schulz ist Direktor des «Medienausbildungszentrums Luzern» (MAZ) und der «Stiftung Akademie 91 Zentralschweiz».

Seismo

Erhältlich im Buchhandel
oder direkt beim Seismo Verlag
Postfach 313, CH-8028 Zürich

ISBN 3-908239-45-1
224 Seiten, 15.5x22.5 cm, broschiert
SFr. 38.–/DM 47.50/ÖS 304.–