



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Last-Minute-Mütter“

verfasst von

Sarah Csokai BA

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 445 333

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Lehramtsstudium UniStG

UF Biologie und Umweltkunde UniStG

UF Deutsch UniStG

Betreut von:

Ao Univ.-Prof. Mag.rer.nat. Mag.phil. Dr.rer.nat (PhD) Sylvia
Kirchengast

"Es gibt keine alten oder jungen Eltern, es gibt nur gute oder schlechte" (Brandstätter & Frank, 2004 S. 11)

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	1
DANKSAGUNG	6
KURZFASSUNG	7
ABSTRACT	9
1. EINLEITUNG	11
2. THEORIE ZU SPÄTE MÜTTER	12
2.1. Begriffserklärung	12
2.2. Aktuelle Situation in Österreich	13
2.3. Akademikerinnen- Tendenz zur späten Mutterschaft?	14
2.4. Gründe für den Anstieg des Schwangerschaftsalters	15
2.4.1. Partnersuche	16
2.4.2. Karriere und Beruf	17
2.4.3. Abnahme der Fertilität	19
2.4.4. Geburtsplanung	22
2.4.5. Möglichkeit von künstlichen Eingriffen im Alter	23
2.4.5.1. Intrauterine Insemination (IUI)	25
2.4.5.2. In-vitro-Fertilisation (IVF)	26
2.4.5.3. Intrazytoplasmische Spermieninjektion (ICSI)	26
2.4.6. Steigende Lebenserwartung	27
2.4.7. Pränatale Diagnostik	28
2.4.7.1. Nicht –Invasive Methoden	29
2.4.7.1.1. Ultraschall-Screening	29
2.4.7.1.2. Nackentransparenz	30
2.4.7.1.3. Chromosomenanalyse	30
	1

2.4.7.1.4. Triple Test	30
2.4.7.2. Invasive Methoden	31
2.4.7.2.1. Amniozentese (Fruchtwasserpunktion)	31
2.4.7.2.2. Chorionzottenbiopsie - CVS (Punktion des Mutterkuchens)	32
2.4.7.2.3. Nabelschnurpunktion (Chordozentese)	32
2.5. Späte Schwangerschaft: Chance oder Risiko?	33
2.5.1. Mögliche Vorteile	33
2.5.1.1. Erfüllter Kinderwunsch	33
2.5.1.2. Stabile Partnerschaft	34
2.5.1.3. Ausbildung und finanzielle Sicherheit	34
2.5.1.4. Fester Stand im Leben	35
2.5.1.5. Lebenserfahrung	35
2.5.1.6. Leben bewusster	35
2.5.1.7. Jungbrunnen	36
2.5.1.8. Höhere Lebenserwartung?	36
2.5.2. Mögliche Nachteile	36
2.5.2.1. Medizinisch-biologische Risiken	36
2.5.2.1.1. Risikoschwangerschaft	36
2.5.2.1.2. Gestose	37
2.5.2.1.3. Bluthochdruck (Hypertonie)	38
2.5.2.1.4. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	38
2.5.2.1.5. Gestationsdiabetes	39
2.5.2.1.6. Eisenmangelanämie	40
2.5.2.2. Geburtskomplikationen	40
2.5.2.2.1. Präeklampsie	41
2.5.2.2.2. Vorzeitige Lösung der Plazenta	41
2.5.2.2.3. Schlechtere Wehentätigkeit	41
2.5.2.2.4. Kaiserschnitt (Sectio)	42
2.5.2.2.5. Wunschkaiserschnitt	43
2.5.2.2.6. Saugglocke oder Geburtszange	44
2.5.2.2.7. Vorzeitiger Blasensprung	44
2.5.2.3. Risiken fürs Kind	45
2.5.2.3.1. Aborte	45

2.5.2.3.2. Frühgeburt	46
2.5.2.3.3. Down Syndrom	47
2.5.2.4. Psycho-soziale Risiken	48
2.5.2.4.1. Übervorsichtig	49
2.5.2.4.2. Außergewöhnliche Familienzusammensetzung	49
2.5.2.4.3. Reaktion der Mitmenschen	50
2.6. Ausblick in die Zukunft	51
3. DIE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	53
3.1. Forschungsziel	53
3.2. Hypothesen	54
3.3. Material und Methoden	54
3.3.1. Planung und Durchführung der Untersuchung	54
3.3.2. Fragebogen	55
3.3.3. Statistische Auswertung	55
4. ERGEBNISSE	56
4.1. Ergebnisse der Späten Erstgebärenden	56
4.1.1. Alter	56
4.1.2. Ausbildung	56
4.1.3. Familienstand	56
4.1.4. Berufstätigkeit	57
4.1.5. Anzahl der Kinder	57
4.1.6. Geburtsalter	58
4.1.7. War das Kind geplant?	59
4.1.8. Gründe für die späte Schwangerschaft	59
4.1.9. Waren Sie sich bewusst, dass eine Schwangerschaft über 35 gewisse Risiken haben kann?	63
4.1.10 Warum haben Sie sich trotzdem für eine späte Schwangerschaft entschieden?	63
4.1.11. Vorsorgeuntersuchungen	63
4.1.12. Wartezeit bis zur gewünschten Schwangerschaft	65

4.1.13. Schwangerschaftsbeschwerden	65
4.1.14. Geburtswoche	66
4.1.15. Geburt	66
4.1.16. Geburtskomplikationen	67
4.1.17. Vorteile später Schwangerschaften	68
4.1.18. Nachteile später Schwangerschaften	70
4.1.19. Nochmal ein spätes Kind?	72
4.1.20. Altersgrenze	75
4.2. Ergebnisse der Studentinnen	77
4.2.1. Alter	77
4.2.2. Universität	77
4.2.3. Familienstand	77
4.2.4. Später einmal Kinder	77
4.2.5. Gedanken über Kinderplanung	77
4.2.6. Mit welchem Alter erstes Kind	78
4.2.7. Bis zu welchem Alter können sie sich vorstellen ein Kind zu bekommen?	78
4.2.8. Voraussetzungen für ein Kind	79
4.2.9. Vorteile einer späten Schwangerschaft?	81
4.2.10. Nachteile einer späten Schwangerschaft	84
4.2.11. Schwangerschaft bei späten Müttern	87
4.2.12. Vorsorgeuntersuchungen bei älteren Müttern	87
4.2.13. Schwangerschaftskomplikationen	88
4.2.14. Entbindungsart	89
4.2.15. Altersgrenze	89
4.3. Vergleich der Meinungen von Müttern und Studentinnen	92
4.3.1. Vorteile von späten Müttern	92
4.3.1.1. Psychische Reife	92
4.3.1.2. Finanzielle Unabhängigkeit	93
4.3.1.3. Lebenserfahrung	93
4.3.1.4. Stabile Partnerschaft	94
4.3.1.5. Wirklicher Kinderwunsch	94
4.3.1.6. Eigenes Heim	95
4.3.1.7. Karriere	95

4.3.1.8. Fester Stand im Leben	96
4.3.1.9. Besserer Umgang mit Krisensituationen	96
4.3.1.10. Toleranz	97
4.3.1.11. Nichts mehr verpassen	97
4.3.1.12. Verantwortungsbewusster	98
4.3.2. Nachteile von späten Müttern	98
4.3.2.1. Schwangerschaftskomplikationen	98
4.3.2.2. Alte Eltern	99
4.3.2.3. Öfters Fehlgeburten	99
4.3.2.4. Nicht mehr so fit	100
4.3.2.5. Schwangerschaftskrankheiten	100
4.3.2.6. Frühgeburten	101
4.3.2.7. Höheres Risiko für Trisomie 21	101
4.3.2.8. Psychisch nicht mehr so belastbar	102
4.3.2.9. Säuglingssterblichkeit	102
4.3.2.10. Kranke Neugeborene	103
5. DISKUSSION	104
5.1. Fragestellungen und Hypothesen	104
5.1.1. Beziehungsstatus und Ausbildung	104
5.1.2. Die häufigsten Gründe & Vor- und Nachteile von späten Schwangerschaften	105
5.1.3. Schwangerschaftsverlauf von Schwangeren über 35	112
5.1.4. Studentinnen und Kinderplanung	114
6. LITERATURVERZEICHNIS	116
ANHANG	121
LEBENS LAUF	140

Danksagung

Für die freundliche und hilfsbereite Betreuung dieser Diplomarbeit möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Professor Kirchengast bedanken, die mich stets unterstützte und sich bei Fragen jederzeit zur Verfügung stellte.

Auch möchte ich meinen Eltern und Großeltern danken, ohne deren Unterstützung ich nicht so weit gekommen wäre. Mein größter Dank geht an meine geliebte Mama, die mich die ganze Zeit tatkräftig mit vielen Ratschlägen und Tipps unterstützt hat. Danke, dass ich mit all meinen Problemen und Sorgen immer zu dir kommen kann und du immer für mich da bist.

Ein großer Dank geht auch an meinen Freund, der mich immer unterstützt und in schweren Zeiten wieder aufgebaut hat.

Auch meinen Freundinnen möchte ich von Herzen danken, auf die ich mich immer verlassen kann. Ihr habt die Studienzeit zu einer unvergesslichen Zeit gemacht und bereichert mein Leben. Danke, dass ich mich immer auf euch verlassen kann.

Des Weiteren bedanke ich mich bei den an der Untersuchungen teilnehmenden Probandinnen, ohne deren Hilfe die Durchführung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Kurzfassung

Seit den letzten Jahrzehnten steigt das Erstgebäralter laufend an, wobei sich ein gewisser Trend zur späten Mutterschaft feststellen lässt, der auch über die Medienberichterstattung verstärkt wird. Vor ein bis zwei Generationen galt eine über 35-jährige Erstgebärende noch als Ausnahme, heute stellt dies bei Weitem keine Seltenheit mehr dar.

Da zu erwarten ist, dass sich dieser Trend auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird, sollen in der vorliegenden Arbeit die wichtigsten Gründe, die häufigsten Vor- und Nachteile von späten Schwangerschaften, sowie der Schwangerschaftsverlauf der späten Mütter untersucht werden. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf Frauen, welche ihr erstes Kind ab einem Alter von über 35 Jahren bekamen. Im Zeitraum zwischen November 2013 und Jänner 2014 wurden mittels Fragebogen Daten von 109 spätgebärenden Müttern erhoben.

Der Großteil der befragten Mütter (69,7%) war verheiratet, 20,2% lebten in einer festen Partnerschaft, nur 5,5% waren geschieden und 4,6% waren ledig. 67,9% der befragten Mütter hatten einen Hochschulabschluss. Auffallend ist, dass es sich bei den späten Kindern der befragten Mütter größtenteils um Wunschkinder handelte (86,9%). Mehr als die Hälfte der Probandinnen hatte nur ein Kind, wobei oftmals angegeben wurde, dass dies eine (unwillkommene) Konsequenz der späten Erstgeburt sei.

Zu den häufigsten Gründen (Mehrfachnennungen möglich) für späte Schwangerschaften zählten: „Fehlender Partner“ (74,7%), „Fehlende finanzielle Unabhängigkeit“ (48,5%), „ausreichend Lebenserfahrung sammeln“ (43,4%), „berufliche Karriere“ (42,4%) sowie „lange Wartezeit auf Schwangerschaft“ (40,7%). Für einige der Probandinnen waren die Motive „Es fehlte etwas im Leben“ (54,7%) und „Tickende biologische Uhr“ (47,2%) ausschlaggebend für den späten Kinderwunsch.

51,4% der Probandinnen gaben an, an Schwangerschaftsbeschwerden gelitten zu haben, wobei die einzelnen Erkrankungen der späten Mütter, wie Übelkeit (22,9%), Schwangerschaftsdiabetes (9,2%), Bluthochdruck (8,2%) und Diabetes (2,8%) nicht häufiger vertreten waren, als es generell bei allen Schwangeren der Fall ist.

Hingegen konnte - wie in der Literatur vertreten – eine höhere Rate an Geburtskomplikationen wie beispielsweise eine sehr hohe Kaiserschnitttrate (43%) sowie eine häufigere Beckenendlage (25,2%) des Kindes nachgewiesen werden. Andere Komplikationen, wie längere Geburtsdauer (14%), schlechte Wehenkontraktionen (7,5%) und vorzeitige Lösung der Plazenta (1,9%) waren unter den Probandinnen ebenfalls erhöht anzutreffen.

Da in der Theorie, der Großteil der späten Mütter gleichzeitig aus Akademikerinnen besteht, wurden weiters 100 Studentinnen, zwischen 18 und 28 Jahren, mittels Fragebogen zum Thema „Spätschwangerschaft“ befragt, wobei der Schwerpunkt auf potenziellen Kinderplänen, sowie allfälligem Wissen über späte Mutterschaft gelegt wurde. Die Untersuchung sollte zeigen, ob sich die befragten Studentinnen bereits mit der Kinderfrage auseinandersetzen und ob ein später Kinderwunsch eventuell schon erkennbar ist. Weiters sollte untersucht werden, ob sie dieselben Beweggründe für eine Schwangerschaft wie ihre älteren Geschlechtsgenossinnen haben und bis zu welchem Alter eine Schwangerschaft für sie akzeptabel wäre.

Es stellte sich heraus, dass 80% der Studentinnen einmal Kinder haben möchten, sich jedoch nur 22% aller befragten Probandinnen bereits regelmäßig Gedanken darüber machen. Der Großteil (51%) der Studentinnen möchte zwischen 25 und 30 Jahren das erste Kind bekommen und 79,8% wollen die Kinderplanung bereits vor dem 40. Lebensjahr abgeschlossen haben.

Deutlich war auch erkennbar, dass den Studentinnen „geregeltes Einkommen“ (100%), „finanzielle Unabhängigkeit“ (97%), „feste Partnerschaft“ (94,9%) sowie „abgeschlossene Ausbildung“ (84,8%) wichtig für einen Kinderwunsch ist.

Abstract

For decades women's' age at first childbirth has been increasing steadily, somewhat marking a trend to late motherhood, also fuelled by media coverage. One or two generations ago, giving birth to one's first child as of the age of 35 was the exception, nowadays this has become quite normal.

The phenomenon towards late first childbirth is expected to continue in upcoming years, which is why this thesis aims to reveal the main reasons for this trend, as well as common advantages and disadvantages of late pregnancy and the late pregnancy's course. The paper's main focus was on women, who gave birth to their first child later than at the age of 35. Between November 2013 and January 2014 data of 109 of those "late-mums" were collected and analysed via standardised questionnaires.

The majority of the respondents, representing 69,7 %, was married, 20,2 % lived in a committed relationship, only 5,5 % were divorced and 4,6 % were single. 67,9 % of the "late-mums" had a university degree.

What draws attention is, that 86,9 % of the late birth cases were about a planned child. More than half of the respondents had just one child, a lot of them stating, that this was one unfavourable consequence of giving first birth rather late.

The survey showed, that the most common reasons for late pregnancy are: "absence of a mate" (74,7%), „to get financial independence“ (48,5%), „lack of life experience“ (43,4%), „professional career“ (42,4%) and „latency to get pregnant“ (40,7%). A lot of respondents also stated “something in life was missing” (54,7%) and the “biological clock ticking” (47,2%) as determining factors for their late desire to have children.

51,4% of the survey subjects declared that they had suffered from afflictions caused by pregnancy. But late mothers did not suffer more often from specific indispositions, as morning sickness (22,9%), gestational diabetes (9,2%), hypertension (8,2%) and diabetes (2,8%), than all pregnant women do in general.

As far as the actual birth is concerned, an elevated C-section rate (43%) and a quite high number of babies in breech presentations (25,2%) were found. Also other complications, such as longer duration of labour (14%), worse uterine contractions (7,5%) and premature placental separation (1,9%) could be observed more often with

the surveyed "late-mums", which again is confirmed by literature concerning late-pregnancies.

Since in theory, the majority of "late-mums" are academics, another survey concerning the topic of late-pregnancy in general, and the desire to have children and knowledge about late-motherhood in particular, was conducted among 100 female students within the age of 18 and 28 years.

The objective was to determine, whether the wish for a child was already a concern among those students and if their motives for giving birth would coincide with those of the sample group of late-mums. Furthermore, students were asked about the maximal age, at which they would still want to get pregnant. The results indicate, that 80% of the surveyed students plan to have children at some point in the future. However, only 22% of all interviewed students give thought to that topic on a regular basis. The majority (51%) of all students wants to have the first child between 25 and 30 years and 79,8% want to have their last child before reaching 40 years.

The survey also clearly revealed, that the most important factors, determining the wish for child among the interviewed students were "regular income" (100%), "financial independence" (97%), "committed relationship" (94,9%) and "finished qualification" (84,8%).

1. Einleitung

In Österreich sowie in vielen anderen westlichen Ländern hat sich in den letzten Jahrzehnten ein neuer Trend entwickelt: Frauen sind immer älter bei der Geburt ihres ersten Kindes, das Durchschnittsalter liegt bereits bei dreißig Jahren, und immer mehr Frauen werden erst Ende dreißig oder sogar Anfang beziehungsweise Ende vierzig erstmals Mutter (Ritzinger & Weissenbacher, 2006; Feichtinger & Stanzl, 2009). In Europa und den USA fällt die Entscheidung für ein Kind oft erst so spät, da Frauen davor ihre Ausbildung abschließen und ihr Leben genießen wollen. Der Trend geht zusätzlich auch noch in die Richtung, weniger Kinder zu bekommen, immer öfter bleibt es sogar nur bei einem (Hengstschläger, 2006).

„Die Mütter in besten Jahren sind im Kommen. Nicht nur die wenigen prominenten. Die Zahlen belegen es“ (Bohnhorst & Cerna, 2001 S. 7).

Außerdem werden uns von den Medien, immer öfters Frauenidole gezeigt, die mit vierzig Jahren plus extrem attraktiv und erfolgreich sind und sich eines späten Mutterglücks erfreuen. Auch das könnte eine Vorbildfunktion für viele Frauen haben, im Alter um die vierzig ein Kind zu bekommen (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Die Hollywood-Schauspielerin Michelle Pfeiffer hat beispielsweise ihr erstes Kind mit 37, ihre Kollegin Kim Basinger mit 42 Jahren bekommen (Zebothsen, 1997) und Madonna hat ebenfalls mit 42 noch einen Sohn bekommen (Bohnhorst & Cerna, 2001). Die Liste der Promis, die sich erst sehr spät für Kinder entscheiden, wird immer länger, und auch in Österreich zeigt sich dieser Trend. ZIB-Moderatorin Danielle Spera bekam ihre erste Tochter mit 45, und WOMAN-Herausgeberin Uschi Fellner wurde mit 42 noch einmal Mutter. Dafür, dass Mütter immer älter werden, können viele Gründe ausschlaggebend sein. Vielen Frauen ist heutzutage wichtig, Karriere zu machen. Das ist ohne Kinder einfacher. In vielen Fällen fehlt auch der richtige Partner oder dieser will noch keine Kinder haben, wodurch der Kinderwunsch ebenfalls öfters in die Ferne gerückt werden muss (Brandstätter & Frank, 2004).

Laut Statistik Austria liegt in Österreich das Durchschnittsalter der Erstgebärenden schon bei fast 29 Jahren und das Alter der Schwangeren steigt weiter (Statistik Austria, 2013). Zirka jedes fünfte Kind wird von einer Mutter zwischen 35 und 39 Jahren zur Welt gebracht, jedes zwanzigste sogar von einer Frau über 40 Jahren (Ritzinger, 2013). Das muss nicht unbedingt ein Nachteil sein, denn Spätgebärende

sind meist besser gebildet, haben ein überdurchschnittlich gutes Einkommen und entscheiden sich bewusst für ein Baby (Brandstätter & Frank, 2004).

2. Theorie zu Späte Mütter

2.1. Begriffserklärung

Auf die Begriffe „späte Schwangerschaft“ und „späte Mutter“ muss in dieser Arbeit näher eingegangen werden, da die Auffassung, ab wann man von einer „späten Schwangerschaft“ redet, ganz unterschiedlich ist und sich die Ansichten dazu auch in den letzten Jahrzehnten stark verändert haben. So ist es heutzutage nicht mehr selten, dass eine Frau über dreißig noch ein Baby bekommt, es gehört eigentlich schon zur Normalität (Döring, 2012).

Diese Bezeichnung wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts für Frauen nach dem 26. Lebensjahr eingeführt. 1940 wurde dieses Alter schon auf über dreißig Jährige angehoben (Richter, 1940) und heute sind damit meist Frauen gemeint, die über 35 ein Kind bekommen. Die Altersgrenze von 35 stammt aus der Medizin, wo eine Schwangerschaft über 35 als Risikoschwangerschaft eingestuft wird. Auch in den meisten wissenschaftlichen Studien zum Thema „späte Mutterschaft“ wird daher diese Altersgrenze verwendet (Sardavar, 2010). In manchen aktuellen Studien zu den Risiken von Spätgebärenden wird die Altersgrenze erst bei vierzig statt 35 Jahren gezogen, da immer öfters davon ausgegangen wird, dass erst ab dem vierzigsten Lebensjahr die Risiken relevant zunehmen (Ritzinger et al., 2012).

Es sollte unterschieden werden, ob die Frauen zuvor schon Kinder bekommen haben oder es das erste Kind ist, welches sie über 35 bekommen, sie also "späte Erstgebärende" sind. Nur die letztere der beiden Gruppen ist für die hier vorliegende Arbeit von Bedeutung.

Um 1900 war eine späte Erstgebärende noch sehr selten, und die Geburt war immer mit Gefahren und Komplikationen verbunden (Richter, 1940). Trotzdem hat es auch früher öfters Frauen gegeben, welche im fortgeschrittenen Alter noch Kinder bekommen haben. Nur handelte es sich bei diesen Schwangerschaften eben nur sehr selten um die erste Geburt eines Kindes (Beham, 1998). Nach dem Krieg stieg die Zahl der älteren, werdenden Mütter deutlich an. So waren 1910 nur ca. 1,5 Prozent der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes über 30, zwanzig Jahre später

war der Anteil schon auf über zehn Prozent gestiegen. Dass die Anzahl der älteren Erstgebärenden so gestiegen ist, liegt zum einen daran, dass die Frauen unabhängiger wurden, sowohl beruflich als auch privat, zum anderen wurde es üblich mit Präservativen zu verhüten, wodurch Schwangerschaften besser gesteuert werden konnten. Der häufigste Grund für späte Geburten lag jedoch an späten Eheschließungen, wobei oft die Angst vor einer Schwangerschaft im höheren Alter dazu führte, dass die Frauen ganz auf Kinder verzichteten (Richter, 1940).

2.2. Aktuelle Situation in Österreich

Während 1984 in Österreich die Erstgebärenden in einem Durchschnitt von 23,8 Jahren ihr erstes Kind bekamen (Döring, 2012), lag dieser im Jahr 2012 schon bei 28,8 Jahren (Statistik Austria, 2013). Wie man laut Statistik Austria erkennen kann, ist seit 1991, wahrscheinlich auch schon davor, das Alter der Erstgebärenden jedes Jahr deutlich gestiegen. Das generelle Gebäralter hat sich seit 1991 bis 2012 von 27,2 auf 30,3 Jahre erhöht, Tendenz ebenfalls laufend steigend (Statistik Austria, 2013).

Tabelle 1: Durchschnittliches Gebär- bzw. Fertilitätsalter der Mutter nach Lebendgeburtenfolge seit 1991 (Statistik Austria, 2013)

Jahr	Lebendgeburtenfolge													
	Durchschnittliches Gebäralter ¹⁾							Durchschnittliches Fertilitätsalter ²⁾						
	insgesamt	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. u. weit. Kind	insgesamt	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. u. weit. Kind
1991	27,2	25,1	27,8	30,3	32,2	33,9	35,8	27,2	25,0	27,9	30,6	32,7	34,3	36,3
1992	27,3	25,3	27,9	30,4	32,4	33,9	35,7	27,3	25,0	27,9	30,6	32,8	34,3	36,2
1993	27,5	25,5	28,0	30,5	32,4	33,9	35,8	27,3	25,1	27,9	30,7	32,7	34,3	36,2
1994	27,8	25,9	28,2	30,7	32,5	33,8	35,7	27,5	25,4	28,1	30,8	32,7	34,2	36,1
1995	28,0	26,2	28,5	30,8	32,7	34,1	35,9	27,7	25,7	28,2	30,8	32,9	34,4	36,3
1996	28,3	26,5	28,7	31,0	32,8	34,0	35,6	27,8	25,9	28,3	30,9	32,9	34,2	36,0
1997	28,5	26,7	29,0	31,3	33,1	34,4	36,2	27,9	26,0	28,5	31,1	33,2	34,5	36,5
1998	28,7	26,9	29,1	31,3	33,0	34,6	36,1	28,0	26,2	28,6	31,0	32,9	34,6	36,3
1999	28,9	27,0	29,4	31,5	33,2	34,9	35,9	28,2	26,3	28,8	31,1	33,0	34,9	36,0
2000	28,9	27,1	29,5	31,7	33,3	34,8	36,0	28,2	26,4	28,9	31,2	33,0	34,6	36,0
2001	29,1	27,2	29,8	31,9	33,4	34,6	36,6	28,4	26,5	29,2	31,4	33,0	34,3	36,5
2002	29,3	27,4	29,9	32,0	33,5	34,7	36,1	28,6	26,8	29,3	31,4	33,0	34,3	35,9
2003	29,4	27,5	30,1	32,3	33,8	34,8	36,5	28,8	26,9	29,5	31,7	33,2	34,4	36,2
2004	29,5	27,6	30,1	32,2	33,7	35,1	36,4	28,8	27,0	29,6	31,6	33,2	34,6	36,1
2005	29,6	27,7	30,3	32,2	33,8	34,9	36,7	29,0	27,3	29,8	31,7	33,2	34,4	36,2
2006	29,7	27,9	30,4	32,3	33,8	35,2	36,7	29,2	27,5	29,9	31,8	33,3	34,7	36,3
2007	29,8	28,0	30,4	32,5	34,0	34,8	36,4	29,4	27,7	30,0	32,1	33,5	34,3	36,0
2008	29,9	28,1	30,5	32,6	34,0	35,0	36,9	29,5	27,8	30,2	32,2	33,5	34,5	36,5
2009	30,0	28,2	30,7	32,5	33,9	35,0	36,7	29,7	28,0	30,5	32,2	33,5	34,6	36,2
2010	30,1	28,5	30,7	32,6	34,0	34,9	36,3	29,8	28,2	30,5	32,4	33,7	34,5	35,9
2011	30,2	28,7	30,9	32,6	34,1	35,1	36,5	30,0	28,5	30,8	32,5	33,8	34,8	36,1
2012	30,3	28,8	31,0	32,7	34,2	35,1	36,5	30,2	28,7	30,9	32,6	34,0	34,8	36,2

2.3. Akademikerinnen- Tendenz zur späten Mutterschaft?

Die Gründe warum Frauen immer später Kinder bekommen sind unterschiedlich, einerseits gibt es jene, welche sich bewusst für einen späten Nachwuchs entscheiden, diese gehören überwiegend zu dem Bevölkerungsteil mit einem höheren Bildungsniveau und einer qualifizierten Ausbildung, mit einem hohen Akademikerinnenanteil (Ritzinger, 2013). Diese Frauen wollen zuerst ihre Ausbildung beenden, streben eine berufliche Karriere an und möchten finanziell unabhängig sein. Ein Großteil der Frauen aus Industrieländern wird aus diesen Gründen immer später Mutter, wie Untersuchungen in Deutschland und den USA bestätigen (Rensing & Mohsenzadeh, 2008).

Im Akademikerinnenkreis stehen Heiraten und Familienplanung meist nicht an erster Stelle, da der berufliche Werdegang im Vordergrund steht. Späte Heirat, späte Elternschaft und Kinderlosigkeit ist in diesen Kreisen auch weiter verbreitet als beispielsweise in der Mittelschicht oder in ländlichen Umgebungen. Der Unterschied zwischen Stadt und Land, zwischen Akademikerinnen und Kleinbürgerinnen liegt vermutlich darin, dass die alten Vorstellungen der Geschlechterrollen noch immer in den Köpfen der Kleinbürgerinnen eingepägt sind (Hager, 2006).

Der Zusammenhang zwischen späten Erstgebärenden und Akademikerinnen kann durch eine ausbildungsbedingte Verschiebung der Lebensplanung erklärt werden. So lösen sich Studentinnen erst später vom Elternhaus und, gehen erst später feste Partnerschaften ein, wodurch der Eintritt ins Erwachsenenleben verzögert wird. So ist zum Beispiel auch das Heiratsalter bei Akademikerinnen am Höchsten. Je höher die akademische Ausbildung der Personen ist, desto später heiraten sie. So schließen Akademiker, im Schnitt von 29 und Akademikerinnen mit 26 Jahren, den Bund fürs Leben. Männer, die eine Lehre abgeschlossen haben, heiraten bereits mit 26 und Frauen mit einem Lehrabschluss mit 23 Jahren. Für die obere Bildungsschicht scheint das plausibel, da die Ausbildungszeit auch lange dauert und viel Zeit in Anspruch nimmt und danach erst einmal Geld verdient werden muss. Da das Erstgeburtsalter meist mit dem Heiratsalter zusammenhängt, kann dies auch erklären, warum Akademikerinnen erst später Kinder bekommen (Hager, 2006).

Nach Burkhart:

„Wen Sie eine Hochschulausbildung haben, sind Sie heute fast gezwungen, die Entscheidung der Elternschaft einmal zurückzustellen. Da haben Sie nicht wirklich die Wahl. In gewisser Weise kann man natürlich sagen, dass wir darüber letztlich selbst entscheiden: Wir müssen Handlungen unternehmen, die eine Art Entscheidung voraussetzen. Aber dass wir dabei wirklich frei abwägen könnten, ist meiner Ansicht nach eine Illusion“ (Hager, 2006 S.25)

In Österreich steigt der Akademikerinnenanteil laufend an, wodurch auch eine Zunahme des Schwangerschaftsalters erklärt werden könnte. So hatten 1971 nur ein Prozent der Frauen und vier Prozent der Männer einen Hochschulabschluss, 2000 betrug dieser schon sechs Prozent bei den Frauen und acht Prozent bei den Männern (Hager, 2006). 2011 erreichte der Frauenteil zum ersten Mal beinahe den der Männer, so lag der Anteil der Männer bei 11,1 Prozent und der der Frauen ebenfalls schon bei 10,9 Prozent (Statistik Austria, 2013).

2.4. Gründe für den Anstieg des Schwangerschaftsalters

In den sechziger und siebziger Jahren, war die Situation der Mütter ganz anders als heute, es war normal als Hausfrau und Mutter daheim zu bleiben, die Frauen mussten sich dafür nicht vor der Gesellschaft rechtfertigen. In der damaligen Zeit war es auch nicht schwer, nach der Geburt wieder einen Job zu finden, denn gut ausgebildete Frauen waren selten und wurden gerne aufgenommen. Frauen sind heutzutage zwar unabhängiger, sie können ihre Entscheidungen selbst treffen und sind von niemandem abhängig, trotzdem werden sie noch immer regelmäßig von der Gesellschaft in diese alten Rollenbilder gesteckt (Hager, 2006). Von Frauen wird bis in unsere heutige Zeit erwartet, dass sie bestimmte Rollenzuweisungen erfüllen, schon von klein an lernen sie, wie sich ein Mädchen beziehungsweise eine Frau zu verhalten hat. Auch entscheidet sich fast die Hälfte aller Frauen für Berufe, die sich gut mit einer Familienplanung vereinbaren lassen. Es wird auch von der Gesellschaft erwartet, dass frischgebackene Mütter in den ersten Monaten bis Jahren rund um die Uhr für ihr Kind da sind und auf ihren beruflichen Erfolg verzichten sollten (Harder & Stiefel, 2005).

Heute haben Frauen viele verschiedene Möglichkeiten um ihr Leben zu planen: sie können Kinder auch erst im höheren Alter bekommen und zuerst die Ausbildung

beenden, arbeiten, sich auf ihre Karriere konzentrieren und sich bei der Suche nach dem richtigen Partner Zeit lassen und somit eine Mutterschaft auf einen späteren Lebensabschnitt hinausschieben oder sich sogar gegen ein Kind entscheiden. Diese unterschiedlichen Möglichkeiten bedeuten aber auch, dass man Verantwortung für das eigene Leben übernehmen und Entscheidungen fällen muss, dass diese also nicht mehr von kulturellen Traditionen übernommen werden. Die früheren traditionellen Familiennormen sind nicht mehr verpflichtend und alles wird den individuellen Entscheidungen überlassen und als Privatangelegenheit angesehen (Hager, 2006).

Es gibt verschiedene Ursachen warum Frauen erst jenseits der 35 ein Kind bekommen. Die erste Gruppe entscheidet sich bewusst für eine späte Schwangerschaft, sie gehören meist, wie oben bereits erwähnt, zur höheren sozialen Schicht mit einem hohen Bildungsniveau und qualifizierter Ausbildung und Arbeit. Zu dieser Gruppe gehören daher vorwiegend Akademikerinnen. Zur zweiten Gruppe gehören Frauen, welche schon lange an einem Nachwuchs arbeiten oder nicht schwanger werden können. Viele von ihnen schaffen es erst nach mehreren Jahren oder gar erst durch eine künstliche Befruchtung schwanger zu werden. Die dritte und vierte Gruppe, welche für diese Arbeit nicht von Bedeutung sind, bekommt noch einmal spät ein Kind um ihre geplante Kinderanzahl zu verwirklichen oder um mit einem neuen Partner noch einmal ein gemeinsames Kind zu bekommen (Ritzinger, 2013)

2.4.1. Partnersuche

Laut einer Studie ist der Hauptgrund warum Frauen sich oft erst recht spät für ein Kind entscheiden, der fehlende Partner. Entweder sind sie Single, noch nicht verheiratet oder leben mit einem Partner zusammen, mit dem sie sich (noch) keine Kinder vorstellen können (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Umfragen bei Frauen ergeben immer wieder, dass eine feste Partnerschaft eine wichtige Voraussetzung für die Kinderplanung ist. Oft kommt es zu so einer Bindung erst in späteren Jahren, wodurch es auch erst im höheren Alter zu einer Schwangerschaft kommt. Der Großteil später Erstgebärender lebt in einer festen Beziehung, bei jungen Erstgebärenden ist im Vergleich nur etwa ein Drittel der Frauen in einer Beziehung (Beham, 1999). Generell hat sich die Art der Liebesbeziehungen in den letzten

Jahrzehnten stark verändert, so werden Beziehungen nicht mehr auf Drang zusammengehalten, oft gibt es eher Lebensabschnittspartner als Lebenspartner. Vor ein bis zwei Generationen waren die meisten im Alter von dreißig Jahren verheiratet, laut einer Studie der Universität Hamburg sogar 69 Prozent. Heute sieht das anders aus, nur noch 16 Prozent sind verheiratet, wobei viele in einer festen Partnerschaft leben (Biermann & Raben, 2004). So hat sich die Anzahl von nichtehelichen Geburten seit 1960 bis 2006 um 37 Prozent erhöht (Rille-Pfeiffer, 2010). Dies kommt daher, dass der Trauschein für viele nicht mehr so relevant wie früher ist, einen Lebenspartner wünschen sich dennoch 83 Prozent (Biermann & Raben, 2004). Außerdem ist heute mindestens jede zweite Ehe, oft schon nach wenigen Jahren, zum Scheitern verurteilt, wodurch sich das Kinderbekommen auch oft noch weiter nach hinten verschieben kann beziehungsweise mit dem neuen Partner noch einmal ein Kinderwunsch aufkommt (Zebothsen, 1997).

2.4.2. Karriere und Beruf

Auswertungen über die Kinderlosigkeit in Deutschland zeigen, dass der Zeitpunkt der Geburt einer Frau mit deren beruflichen Qualifikation in Zusammenhang stehen könnte. Während im Jahr 2003 68 Prozent der Akademikerinnen unter 35 keine Kinder hatten, sank dieser Wert im Alter von 35 bis 40 Jahren auf 35 Prozent und zwischen 40 und 45 Jahren weiter auf 29 Prozent (Saleth, 2006).

Die Unabhängigkeit der Frau hat sich in den letzten Jahrzehnten ebenfalls stark verändert, der Anteil an beruflich gut ausgebildeten Frauen hat extrem zugenommen. Frauen haben dadurch eine längere Ausbildungszeit und oft einen relativ späten Berufseinstieg. Daher ist der Beruf und die Karriere der zweithäufigste Grund für einen späteren Kinderwunsch (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Die Frauen streben hohe Positionen auf der Karriereleiter an, was durch mangelnde flexible Arbeitszeiten, wenig Teilzeitstellen und mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten sehr schwer ist, mit der Kinderplanung unter einen Hut zu bekommen (Ritzinger, 2013). Durch Ausbildung und Studium und den dadurch späteren Berufseinstieg haben viele Frauen erst gar keine andere Wahl, als den Babywunsch nach hinten zu verschieben (Zebothsen, 1997). Für Frauen die ihren Beruf gern haben, kann der Kinderwunsch oft eine Krisensituation bedeuten (Biermann & Raben, 2004). Denn während Männer meist trotz Kinder nicht auf ihre berufliche Karriere verzichten müssen, schaffen es Frauen oft nur ohne Kinder ihre beruflichen Ziele zu erreichen

(Hager, 2006). So zeigt auch eine australische Studie, dass schwangere Frauen mit einem guten Job, sich oft nicht sagen trauen, dass sie schwanger sind. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass sie nicht in einem anderen Licht gesehen wollen werden und nicht wollen, dass ihnen im Job nicht mehr so viel zugetraut wird, aufgrund der Schwangerschaft (Carolan, 2003). Die Universität Linz führte im Jahr 2002 ebenfalls Untersuchungen zu einem ähnlichen Thema durch, die ergaben dass sechzig Prozent der Frauen in Führungspositionen kinderlos bleiben, hingegen bei den männlichen Managern 97 Prozent ihren Job nicht als Hindernis für die Kinderplanung sehen (Hager & Hofer & Stanzl, 2007). Daher entscheiden sich karriereambitionierte Frauen häufig erst recht spät für ein Kind, da sie zuvor erst ihre beruflichen Ziele erreichen und Karriere machen möchten. Besonders wichtig ist ihnen dabei oft Berufserfahrung und eine gesicherte Position im Job so wie finanzielle Unabhängigkeit. In der Regel treten Frauen mit einer qualifizierten Ausbildung, nach einer Geburt wieder in die Berufswelt ein, wogegen Frauen mit einem einfachen Schulabschluss ihre berufliche Laufbahn nach einer Schwangerschaft eher aufgeben (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Gut ausgebildete Frauen vermissen oft die gewohnte Anerkennung, die sie im Beruf erfahren, und die Reduzierung zur Mutter und Hausfrau macht vielen erfolgreichen Frauen zu schaffen (Döring, 2012). Das Selbstbewusstsein, welches erfolgreiche Frauen, durch ihre harte Arbeit, in ihrem Job, bekamen, fehlt vielen, da dies in der Zeit zuhause nicht ausgeglichen werden kann. Dies hängt auch damit zusammen, dass der Job zuhause, von der Gesellschaft und auch oft vom eigenen Mann nicht als gleichwertige Arbeit anerkannt wird oder die Frauen sich für diesen Job überqualifiziert fühlen, denn für das erledigen von Hausarbeiten braucht man keine Qualifikationen, da dies jeder machen kann (Beck-Gernsheim, 1989).

„Die Rolle der Hausfrau und Mutter als Lebensmodell, als Zentrum weiblicher Biografie, hat mehr und mehr ausgedient“ (Fosen-Schlichtinger, 2006 S. 14).

Auch die Angst im Job ersetzt zu werden und finanziell einen Rückschritt akzeptieren zu müssen, stellt oft ein großes Problem für die frischen Mütter dar. Durch diese Unzufriedenheit kommt es oft dazu, dass sie früh wieder in ihren Beruf zurückkehren möchten (Döring, 2012), denn umso länger man sich eine Auszeit gönnt, um sich um den Nachwuchs zu kümmern, umso schwerer ist es, im Job wieder Fuß zu fassen (Brandstätter & Frank, 2004).

„Die Gefahr einen Job zu verlieren, der Spaß macht und eine gewisse Perspektive bietet, ist bei gut ausgebildeten Frauen besonders groß“ (Hager, 2006. S. 65).

Eine Frau die hingegen "nur" an der Kassa in einem Supermarkt arbeitet wird es nicht sonderlich stören, wenn sie ihren Beruf aufgrund eines Kindes für längere Zeit aufgeben muss (Hager, 2006).

Bei mittel- bis hochqualifizierten Frauen kommt es meist mehr oder weniger bewusst zu einer späteren Familienplanung, während es bei Frauen mit niedriger Ausbildung meist durch unvorhersehbarer Zwänge zu einer ungewollten späten Erstmutterschaft kommt (Beham, 2004).

In Österreich haben es Frauen, die bald nach einer Geburt wieder berufstätig sein möchten, nicht leicht, da ihnen von der Gesellschaft oft Karrieregeilheit, Egoismus und das Bild einer schlechten Mutter unterstellt wird. In vielen anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise Frankreich oder Dänemark, ist eine kurze Karenzzeit völlig normal. Wichtig ist, dass das Kind in geregelten Beziehungskreisen aufwächst, und solange es die Eltern nicht als Bezugsperson verliert, sollte einer gesunden Entwicklung des Kindes, trotz Berufstätigkeit der Mutter, nichts im Wege stehen (Brandstätter & Frank, 2004).

2.4.3. Abnahme der Fertilität

Viele der über 35-jährigen Frauen wissen, dass sie bei der Kinderplanung zu einer Risikogruppe gehören, doch denken sie meist nur an eventuell mögliche Behinderungen des Kindes und bedenken nicht, dass es bei ihnen im schlimmsten Fall zu gar keiner Schwangerschaft mehr kommen könnte. So zeigen die Ergebnisse einer Studie der Universität Leipzig zu dem Thema, dass 33 Prozent der Probandinnen glauben, dass man bis 45 ohne Probleme Kinderbekommen kann und 28 Prozent meinen, dass die Fruchtbarkeit erst nach dem vierzigsten Lebensjahr abnimmt (Spiewak, 2004). Noch drastischer fallen die Ergebnisse einer Umfrage des Allensbach-Instituts aus, es zeigte sich, dass vierzig Prozent der Probandinnen glauben, dass Frauen erst mit einem Alter über vierzig Jahre Probleme mit der Fruchtbarkeit bekommen. 14 Prozent meinten sogar, dass diese erst bei Frauen über 45 auftreten (Nawroth et al., 2014).

Generell glauben die meisten Paare, dass sie sofort, wenn sie es wollen, schwanger werden können, es kommt jedoch immer wieder vor, dass das Kinderkriegen einfach nicht so funktioniert wie man es sich vorstellt. Viele Frauen rechnen bei einer geplanten Schwangerschaft mit schnellen Erfolgen, dieser Enthusiasmus kann jedoch schnell getrübt werden und die meisten Frauen sind schon nach wenigen Monaten frustriert und besorgt, wenn es mit dem Schwanger werden nicht klappt. Mit dem steigenden Alter dauert es oft noch länger bis eine Schwangerschaft eintritt (Biermann & Raben, 2004), so nistet sich beispielsweise bei den unter Dreißigjährigen nur zirka jede dritte befruchtete Eizelle in die Gebärmutter Schleimhaut ein, bei einer vierzigjährigen Frau ist die Anzahl schon zweieinhalbmal so groß (Zebothsen, 1997). Zirka fünfzig Prozent der Frauen werden schon nach drei bis vier Monaten schwanger, mit 35 steigt die Dauer schon auf sieben bis acht Monate und mit 38 auf dreizehn bis vierzehn Monate an. Mit 42 dauert es bei der Hälfte der Frauen mindestens zwei Jahre bis eine Schwangerschaft klappt, die Chance bereits innerhalb von drei Monaten schwanger zu werden beträgt in diesem Alter nur fünfzehn Prozent. Die andere Hälfte der Frauen braucht entweder länger oder bleibt überhaupt erfolglos bei dem Versuch Mama zu werden, jeder sechsten Frau bleibt der Kinderwunsch verwehrt (Biermann & Raben, 2004). Im Durchschnitt klappt es mit dem Kinderbekommen bei jedem 12. bis 15. Paar nicht und etwa ein Drittel der Frauen die erst mit dreißig oder vierzig heiraten, bleibt ungewollt kinderlos. (Bohnhorst & Cerna, 2001; Spiewak, 2004). Doch in 98 Prozent aller Fälle ist Hilfe möglich, ob natürlich oder auf medizinischem Wege. Laut Statistik dauert es bei jedem dritten Paar länger als ein Jahr um schwanger zu werden, bei jedem sechsten Paar dauert es sogar noch länger. Die Probleme dabei liegen gleichermaßen bei Mann und Frau (Brandstätter & Frank, 2004). Doch das ist nicht nur ein Problem der älteren Frauen, auch Jüngere sind immer öfter von einer Unfruchtbarkeit betroffen. Wissenschaftliche Untersuchungen fanden heraus, dass in den Industrieländern seit den letzten zwanzig Jahren die Zeugungsfähigkeit abgenommen hat, eine Begründung hierfür gibt es allerdings noch nicht (Bohnhorst & Cerna, 2001). Schätzungsweise steht sie jedoch mit der Belastung der Umwelt, der Arbeitswelt und dem Lebensstil der heutigen Gesellschaft im Zusammenhang (Federspiel, 2000).

Fast jede Frau und jeder Mann durchleben unfruchtbare Phasen, welche aus verschiedensten Gründen, wie Medikamente, Stress oder Erkrankungen, auftreten

können. Versuchen die betroffenen Personen nicht gerade schwanger zu werden, fällt dies im Normalfall gar nicht auf (Federspiel, 2000). Es kann verschiedene Gründe geben, warum eine geplante Schwangerschaft nicht gleich auf Anhieb funktioniert. Viele Frauen sind nicht in jedem Monatszyklus fruchtbar, oft gibt es Monate in denen es zu keinem Eisprung kommt. Selbst wenn es zu einem Eisprung kommt, liegt eine Befruchtung, selbst zur Zeit des Eisprungs, nur bei 25 Prozent (Biermann & Raben, 2004). Bei Frauen über 35 sinkt die Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft und ab dem vierzigsten Lebensjahr sogar rapide. Liegt die Chance auf eine Schwangerschaft bei einer 38-jährigen noch bei fast zwanzig Prozent, liegt diese bei einer vierzigjährigen nur noch bei zehn Prozent pro Zyklus (Feichtinger & Stanzl, 2009). Selbst wenn eine Befruchtung stattfindet, muss es nicht sein, dass sich die befruchtete Eizelle in die Gebärmutter einnistet, sogar nur jede dritte schafft es zu einer Schwangerschaft. Meist sind das ganz natürliche Prozesse ohne Gründe, oft können aber auch Stresssituationen oder Infekte des Gebärmutterhalses auslösend sein. Wenn ein Paar nach über einem Jahr seinen Kinderwunsch noch nicht erfüllen konnte, spricht man von einer Fruchtbarkeitsstörung. Hier hängt es natürlich auch davon ab, wie oft das Paar Geschlechtsverkehr hat und zu welchen Zeiten im Zyklus dieser stattfindet. Beim Zyklus der Frau, der 29 Tage umfasst, sind der 12-14. Tag am fruchtbarsten. Der erste Tag beginnt mit dem Beginn der Regelblutung. Der beste Tag für eine Befruchtung ist der Tag vor dem Eisprung, wobei es auch an anderen Tagen zu einem kommen kann (Biermann & Raben, 2004).

Die Möglichkeit ein gesundes Kind zu bekommen hängt hauptsächlich von der Qualität und Quantität der Eizellen einer Frau ab, welche schon im Embryo gebildet werden und – anders als beim Mann die immer neu gebildeten Spermien - einem Alterungsprozess unterliegen. Daher ist das Alter der Frau und die damit zusammenhängende Fruchtbarkeit ein wichtiger Faktor für die Entwicklung des Embryos. Ein vier Monat alter, weiblicher Fetus hat zirka sechs bis sieben Millionen Ovarien, welche bis zur Geburt auf etwa ein bis zwei Millionen sinken. Beim Eintritt der ersten Regelblutung stehen der Frau etwa noch 300.000 bis 4000.000 Eizellen zur Verfügung, welche mit dem Alter kontinuierlich abnehmen und um die Menopause herum sogar schon unter 1000 sind. Das „biologischem Alter“ der Eizellen hängt nicht mit dem Alter der Frau zusammen, da die Ovarienreserve unterschiedlich schnell abnimmt. So gibt es Frauen zwischen 35 und 40 Jahren, deren Fertilität der einer unter 30-Jährigen entspricht. Auch andere Einflüsse, wie

beispielsweise Rauchen oder Übergewicht können negative Auswirkungen auf die Fertilität der Frau haben. Diese Veränderungen in den Eizellen, sowie auch deren Abnahme bleibt bei Frauen über 35 unbemerkt und zeigt sich, falls überhaupt, nur in einem unregelmäßigen Zyklus (Ritzinger, 2013, Nawroth et al., 2014).

2.4.4. Geburtsplanung

Verhütung ist schon immer ein wichtiges Thema in der menschlichen Geschichte gewesen, bereits vor Christi Geburt verwendeten die Frauen verschiedene Pflanzenextrakte, welche vaginal angewendet wurden, zum Schutz vor ungewollten Schwangerschaften. Im alten Ägypten gibt es die ersten Hinweise auf Kondome, welche aus Metall und Leder angefertigt wurden. Später wurden Kondome aus getrockneten Schafsdärmen oder Schwimmblasen von Fischen verwendet. Im 19. Jahrhundert entstanden die ersten Kondome, welche aus Gummi gefertigt wurden und den heutigen bereits ähnlich, jedoch noch zwei Millimeter dick waren und eine Längsnaht aufwiesen. Eine besonders wichtige Wendung kam durch die Erfindung der Anti-Baby-Pille in den USA 1960 zustande, welche es den Frauen von nun an ermöglichte, Schwangerschaften zu planen (Döring, 2012). Durch die Einführung der Pille konnten die Frauen Eigenverantwortung in der Familienplanung übernehmen und so war dieser Schritt auch wichtig für ihre Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentfaltung (Ritzinger, 2013).

Wirksame Geburtenkontrolle führte zu einer riesen Veränderung in der Eigenständigkeit der Frauen. Sie müssen nicht mehr die ständige Furcht vor einer ungewollten Schwangerschaft durchleben und können ihre Sexualität genießen. Außerdem können sie die Kinderplanung nun gezielt angehen und sich für oder gegen ein Kind entscheiden. Trotzdem ist ein relativ hoher Prozentsatz der Frauen einmal im Leben mit einer ungewollten Schwangerschaft konfrontiert (Hager, 2006). Die Möglichkeit der Geburtsplanung macht jedoch nicht unbedingt alles leichter für Frauen, denn nun müssen sie eine Entscheidung treffen, die ihr restliches Leben beeinflussen kann und sie wissen oft nicht, ob diese die richtige Wahl für sie ist. Früher musste man sich einfach mit der Situation abfinden, wenn man ungewollt schwanger wurde, heute hat man die Wahl ob man das ungeborene Baby behalten oder abtreiben möchte (Hager, 2006).

„Heute sind Kinder kein Schicksal mehr, das Frauen hinnehmen müssen. Sie können sich frei entscheiden. Und wenn sich die Entscheidung als falsch herausstellt, haben sie es selbst zu verantworten“ (Hager, 2006. S.33).

Heute gibt es zahlreiche Verhütungsmittel, wie die Pille, den Vaginalring, Hormonimplantat, Dreimonatsspritzen, Pflaster, Kondome, Spiralen, etc. welche es erlauben Schwangerschaften ziemlich genau zu planen. Zwei Drittel aller Frauen zwischen zwanzig und vierzig Jahren überlassen in punkto Schwangerschaft nichts dem Zufall (Biermann & Raben, 2004). Diese Mittel ermöglichen es den Frauen auch, ihren Kinderwunsch hinauszuschieben, bis der richtige Zeitpunkt für sie gekommen ist. Ein Großteil der Frauen setzt dann die Pille ab und wird schwanger. Für manche Frauen scheint die Zeit aber nie passend genug für ein Baby, weil immer irgendetwas gerade nicht stimmt. Diese Frauen können Gefahr laufen, erst sehr spät Mutter zu werden oder das Kinderkriegen überhaupt zu verpassen (Beck-Gernsheim, 2006).

2.4.5. Möglichkeit von künstlichen Eingriffen im Alter

Statistisch gesehen wird eines von sechs Paaren (15%), bei regelmäßigem Verkehr, innerhalb eines Jahres nicht schwanger und hat somit Fruchtbarkeitsprobleme. In Österreich sind zirka 30 000 Paare von dieser Unfruchtbarkeit betroffen (Feichtinger & Stanzl, 2009).

Wenn Paare früher ungewollt kinderlos waren, versuchten sie mit Kräutern und magischen Ritualen nachzuhelfen. Heute, hat man aufgrund von künstlichen Befruchtungen tatsächlich auch in hoffnungslosen Fällen noch die Chance schwanger zu werden. Die künstliche Befruchtung hilft heute Millionen von kinderlosen Paaren, doch noch zu einem Sprössling zu kommen. Im Jahr 2009 lag die Anzahl der IVF-Behandlungen bei 6000 pro Jahr, hier sind aber nur Frauen bis 40 Jahre und Männer bis zum 50. Lebensjahr einbezogen, da nur diese von der Krankenkasse übernommen werden. Die Anzahl der älteren Frauen und Männer, die nicht auf Unterstützung hoffen können, liegt schätzungsweise bei 2000, was 25 Prozent der Fälle bedeutet (Feichtinger & Stanzl, 2009).

Die fortschreitende Entwicklung der Reproduktionsmedizin ist daher ein weiterer möglicher Grund für den Anstieg des Schwangerschaftsalters. Dank dieser Techniken werden viele Frauen noch mit Anfang oder sogar Ende vierzig schwanger, die zuvor

kein Glück mit dem Kindersegen hatten. Dies war vor wenigen Jahrzehnten zum Beispiel noch unmöglich und diese Frauen mussten kinderlos bleiben (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

Die Anzahl der Paare, die sich an die Reproduktionsmedizin, wegen eines unerfüllten Kinderwunsches richten, wächst laufend. Dies hängt auch mit der höheren Lebenserwartung und dem steigenden Gebäralter zusammen. Viele wünschen sich erst Mitte dreißig oder später ein Kind, ein Alter bei dem man heute noch in den besten Jahren ist, jedoch haben diese Frauen ihre fruchtbarsten Tage meist schon hinter sich und müssen deshalb mit längeren Wartezeiten bis zu einer erfolgreichen Schwangerschaft rechnen (König, 2003). Bis heute hat sich der Eintritt der Menopause nicht nach hinten verschoben. Die weibliche Menopause ist fast schon ein Rätsel der Natur, denn der Mensch ist das einzige Säugetier, welches seine Menopause über viele Jahre, sogar Jahrzehnte überleben kann. Alle anderen Säugetiere sterben schon nach wenigen Jahren, nachdem ihre Fruchtbarkeit endet. Außerdem verbringen Menschen sehr viele Jahre mit dem Aufziehen ihrer Kinder. Dadurch spielt die Rolle der Großmutter aus Sicht der Evolution einen wichtigen Faktor, sie hilft ihre Enkel groß zu ziehen und kann dies besser, wenn sie selbst keine Kinder mehr hat, dies könnte auch die frühe Menopause erklären (Feichtinger & Stanzl, 2009).

Heute sehen viele Paare die künstliche Befruchtung als Ausweg aus der Kinderlosigkeit, wobei man sich bewusst sein muss, dass auch diese nicht immer funktioniert. Tatsächlich können sich nur zirka zwanzig Prozent der Paare nach den Behandlungen über ein Baby erfreuen (Bohnhorst & Cerna, 2001). Es bleiben mehr als die Hälfte der Paare nach drei Behandlungsprozessen noch immer kinderlos und mit jedem weiteren Behandlungszyklus sinkt die Chance auf eine Schwangerschaft (Tewes & Stammer, 2006). Betroffen sind junge und ältere Frauen, wobei bei älteren Müttern eine höhere Misserfolgsrate auftritt. Laut Bewley (2005) brachten nur dreißig Prozent der älteren Frauen nach einer IVF ein lebendes Baby zu Welt, bei Frauen über vierzig waren es nur noch zehn Prozent (Bewley, 2005). Außerdem kommt bei den älteren Frauen zusätzlich eine psychische Belastung, aufgrund des Zeitdrucks hinzu, da ihnen die Zeit sprichwörtlich davon läuft. Für künstliche Befruchtung gibt es eine Altersgrenze mit 40 Jahren, bei einem höheren Alter übernimmt die Krankenkassa die Behandlungen nicht (BVA, 2014). In vielen anderen Ländern ist, im

Gegensatz zu Österreich, eine Eizellenspende erlaubt, wobei eine Eizelle einer jüngeren Frau in die Gebärmutter eingesetzt wird. Diese Behandlungen werden in anderen Ländern, gerade bei älteren Frauen, oft erfolgreich angewendet (Bohnhorst & Cerna, 2001; IVF, 2014)

Um der Unfruchtbarkeit entgegenzuwirken gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie Hormonpräparate bei einem unregelmäßigen Eisprung oder niedrigen Hormonhaushalt oder verschiedenste chirurgische Eingriffe. Sind die Probleme schwerwiegender gibt es noch andere Methoden (König, 2003). Alle Behandlungsmethoden der künstlichen Befruchtung haben die Verschmelzung zwischen Eizelle und Spermium zum Ziel, wobei es verschiedene Methoden hierfür gibt. Im Normalfall erfolgen die Behandlungen nach einer vorhergehenden hormonellen Behandlung. Meist lässt man mehrere Eizellen heranreifen, damit die Befruchtungschance höher ist, wobei nur maximal drei befruchtete Eizellen in die Gebärmutter der Frau gesetzt werden dürfen, um das häufig auftretende Risiko von Mehrlingsschwangerschaften geringer zu halten (Feibner & Khaschei, 2012).

2.4.5.1. Intrauterine Insemination (IUI)

Die Insemination ist die einfachste Methode und kommt dem natürlichen Befruchtungsvorgang am nächsten. Hier werden die Spermien des Mannes durch den Arzt, zum Zeitpunkt der Befruchtung, in den Genitaltrakt der Frau gesetzt. Zuvor werden die Eierstöcke der Frau stimuliert um die Chancen auf eine erfolgreiche Befruchtung, durch mehrere Eizellen, zu erhöhen. Da die Spermien direkt in die Gebärmutter eingeführt werden, ersparen sich diese einen langen Weg, was ebenfalls die Erfolgchancen erhöht. Eine Insemination erfolgt meist ein bis zwei Tage nach dem Eisprung, wobei der Samen des Mannes in die Gebärmutter der Frau gespritzt wird. Anschließend muss die Frau noch einige Minuten liegen bleiben, damit die Spermien nicht ausfließen können (Feibner & Khaschei, 2012). Eine Insemination kann nur erfolgreich sein, wenn die Eileiter der Frau durchgängig sind. Der Vorteil ist, dass die Spermien schneller zur Eizelle gelangen und sie unkompliziert und schmerzlos ist. Als Nachteil, im Gegensatz zu den anderen beiden Befruchtungsmethoden, ist, dass man erst beim Ausbleiben oder Eintreten der Regelblutung erkennt, ob es zu einer Befruchtung gekommen ist (Feichtinger & Stanzl, 2009). Bei gesunden Paaren wird meist zuerst diese Behandlung durchgeführt, da sie unkomplizierter und billiger als andere ist. Die

Wahrscheinlichkeit auf einen Erfolg liegt bei fünfzehn bis zwanzig Prozent (Feibner & Khaschei, 2012).

2.4.5.2. In-vitro-Fertilisation (IVF)

Bei der In-vitro-Fertilisation handelt es sich um die bekannteste Methode der Reproduktionsmedizin. Bei ihr verschmelzen die Eizellen und Spermien außerhalb des Körpers und werden anschließend in die Gebärmutter der Frau gesetzt. Dies geschieht ebenfalls nach einer hormonellen Stimulation der Eierstöcke um möglichst viele zur Reife zu bringen. Anschließend werden sie durch eine vaginale Punktion entnommen und in einem Gefäß mit den Spermien des Mannes zusammengebracht und befruchtet (Feibner & Khaschei, 2012). Anschließend werden die Eizellen und Spermien in einem Wärmeschrank verfrachtet, welcher den Eileiter nachahmen soll. Nach zirka zwanzig Stunden lässt sich erkennen, ob eine Befruchtung stattgefunden hat (Feichtinger & Stanzl, 2009). Danach werden die befruchteten Eizellen zurück in die Gebärmutter gesetzt, wo sie sich hoffentlich einnisten. Damit die Erfolgschance höher ist, werden bis zu drei Eizellen eingesetzt, dies erklärt auch die auftretende Häufigkeit von Zwillingen bei künstlichen Befruchtungen. Bei 25 Prozent der Paaren kommt es nach einer IVF zu einer Schwangerschaft, desto jünger die Frauen sind, desto höher sind die Erfolgschancen. Nach dem Eingriff sollten sich die Patientinnen ein paar Tage schonen und auf Sport und Geschlechtsverkehr verzichten. (Feibner & Khaschei, 2012).

2.4.5.3. Intrazytoplasmische Spermieninjektion (ICSI)

Hierfür wird ein Spermium unter dem Mikroskop in eine Eizelle injiziert und anschließend in die Gebärmutter der Frau gesetzt. Diese Methode wird vor allem bei sehr schlechten Spermien, welches es selbst nicht schafft eine Eizelle zu befruchten, angewendet. Nach der Injektion in die Eizelle laufen die weiteren Behandlungsschritte wie bei der IVF ab. Die Erfolgsraten eine ICSI liegen auch etwa bei 25%, wobei viele dieser Paare ohne ICSI gar keine Chance auf ein Kind hätten. Zu dieser Methode gibt es einige Kritiken, da die Eizelle zu einer Befruchtung mit dem Spermium „gezwungen“ und die natürliche Selektion übergangen wird. Denn bis heute ist nicht geklärt, warum und von welchen Spermien eine Eizelle sich befruchten lässt, denn es gewinnt nicht das schnellste Spermium, sondern das, welches die Eizelle hineinlässt. Bei der ICSI hingegen muss die Eizelle das Spermium, welches ihr gespritzt wird, annehmen (Feibner & Khaschei, 2012).

Erstmals wurden ICSI mit 6000 Behandlungen 1994 statistisch aufgezeichnet. Zwei Jahre später hatte sich die Behandlungsanzahl auf 16000 erhöht, 1999 bereits auf 44000. Von den durchgeführten Behandlungen schaffen es jedoch nur 23 Prozent zu einer Schwangerschaft und davon zehn Prozent zu einem gesunden Baby. Dies bedeutet, dass zirka jede sechste Behandlung zum langersehnten Nachwuchs führt (Feibner & Khaschei, 2012).

2.4.6. Steigende Lebenserwartung

Die statistische Lebenserwartung mitteleuropäischer Frauen liegt bei 81 Jahren (Ritzinger & Weissenbacher, 2006), in Österreich liegt die Lebenserwartung einer Frau bei der Geburt sogar bei 83 Jahren (Statistik Austria, 2013). Wenn man dieses Alter mit der Fruchtbarkeit einer Frau vergleicht, ist die fruchtbare Phase der Frau nur sehr gering (Biermann & Raben, 2004). Heutzutage steht eine vierzig jährige Frau am Höhepunkt ihres Lebens und ist sowohl psychisch als auch physisch voll leistungsfähig (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Trotz des höheren Alters welches Frauen heutzutage erreichen, hat sich die reproduktive Phase der Frau nur gering verlängert, die erste Regelblutung setzt zirka ein bis zwei Jahre früher ein, der Zeitpunkt der Menopause hat sich jedoch nicht auffallend weiter nach hinten verschoben (Ritzinger, 2013).

Jahr 1)	Männer						Frauen					
	0 (bei der Geburt)	1 Jahr	15 Jahre	30 Jahre	45 Jahre	60 Jahre	0 (bei der Geburt)	1 Jahr	15 Jahre	30 Jahre	45 Jahre	60 Jahre

Österreich

1995	73,30	72,74	58,95	44,85	30,95	18,50	79,98	79,37	65,54	50,83	36,39	22,86
1996	73,68	73,08	59,29	45,08	31,11	18,65	80,12	79,51	65,67	50,93	36,48	22,97
1997	74,02	73,37	59,57	45,40	31,33	18,79	80,55	79,93	66,09	51,36	36,86	23,23
1998	74,45	73,85	60,02	45,76	31,67	19,13	80,83	80,20	66,37	51,61	37,11	23,51
1999	74,78	74,11	60,31	46,03	31,97	19,28	80,85	80,20	66,35	51,64	37,17	23,58
2000	75,11	74,52	60,69	46,48	32,37	19,73	81,12	80,47	66,62	51,91	37,42	23,84
2001	75,61	75,06	61,20	46,91	32,78	20,15	81,60	80,90	67,05	52,31	37,80	24,17
2002	75,81	75,16	61,32	47,01	32,86	20,17	81,69	80,97	67,09	52,36	37,83	24,16

2003	75,91	75,28	61,45	47,13	32,92	20,17	81,54	80,87	67,03	52,30	37,77	24,12
2004	76,40	75,76	61,90	47,62	33,38	20,64	82,11	81,46	67,60	52,87	38,27	24,55
2005	76,62	75,95	62,11	47,77	33,54	20,74	82,21	81,53	67,68	52,93	38,34	24,63
2006	77,08	76,40	62,56	48,18	33,90	21,00	82,65	81,90	68,02	53,28	38,69	24,87
2007	77,30	76,61	62,74	48,36	34,08	21,17	82,84	82,11	68,21	53,43	38,81	25,05
2008	77,59	76,93	63,06	48,63	34,30	21,33	82,96	82,21	68,32	53,57	38,92	25,12
2009	77,39	76,70	62,85	48,42	34,11	21,21	82,85	82,14	68,28	53,50	38,88	25,07
2010	77,66	77,00	63,11	48,71	34,40	21,44	83,14	82,42	68,55	53,76	39,14	25,30
2011	78,08	77,42	63,54	49,06	34,72	21,67	83,43	82,66	68,76	54,01	39,36	25,56
2012	78,25	77,50	63,63	49,13	34,77	21,64	83,28	82,55	68,66	53,84	39,19	25,32

Q: STATISTIK AUSTRIA. Erstellt am 15.7.2013. 1) Abgekürzte Darstellungsform ausführlich berechneter roher Sterbetafeln. Ab 2009 inklusive Auslandssterbefälle von Personen mit Wohnsitz in Österreich. - 2) Ab dem genauen Alter von ... Jahren sind statistisch noch ... weitere Lebensjahre zu erwarten.

2.4.7. Pränatale Diagnostik

Viele werdende Eltern beschäftigen sich mit der Frage, ob ihr Kind gesund sein wird, einem Großteil genügt es zu wissen, dass zirka 97 Prozent aller Kinder gesund geboren werden und einige Fehlbildungen bzw. Behinderungen auch mit den Standarduntersuchungen des Mutter-Kind-Passes erkannt werden können. Es gibt jedoch auch Paare welche genau wissen wollen, ob ihr Kind gesund wird und daher zusätzliche Untersuchungen (Pränataldiagnostik) in Anspruch nehmen. Die verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten der Pränataldiagnostik ermöglichen es, spezielle Fehlbildungen, Erkrankungen oder Behinderungen zu erkennen, welche bei den Standarduntersuchungen nicht festgestellt werden können (Arzt, 2009).

In Österreich gibt es fünf Vorsorgeuntersuchungen, die im Mutter-Kind-Pass vermerkt sind und von der Krankenkassa bezahlt werden. Bei der Pränatalen Diagnostik hingegen handelt es sich um zusätzliche Untersuchungen, welche privat bezahlt werden müssen. Besonders die Nackendichtemessung wird heute empfohlen und fast schon routinemäßig durchgeführt (Döring, 2012).

Gerade bei Frauen über 35 kann es häufiger zu Komplikationen während einer Schwangerschaft bzw. der Geburt kommen. Zum Beispiel ist eine Chromosomen-Aberration häufig, besonders das Down-Syndrom, aber auch andere Komplikationen aufgrund des Alters können auftreten. Deshalb ist es besonders bei älteren Schwangeren ratsam, regelmäßig zu den Schwangerschaftsuntersuchungen zu gehen um eine Schwangerschaft ohne Komplikationen erleben zu können (Biermann

& Raben, 2004). Laut Mutter-Kind-Pass sollte eine Schwangere alle vier Wochen, im achten Monat zweimal und im letzten Monat wöchentlich zur Vorsorgeuntersuchung kommen. Bei Schwangeren über 35 werden, situationsbedingt, mehr Untersuchungen empfohlen (Bohnhorst & Cerna, 2001). Zum Glück wird bei den meisten Untersuchungen nichts Schlimmes festgestellt und die Ärzte können den werdenden Eltern gute Nachrichten überbringen, wobei es eine hundertprozentige Sicherheit nie gibt. Trotzdem kommt es leider hin und wieder vor, dass ein Defekt oder eine Störung am Fötus festgestellt wird. Einen Herzfehler, eine Hasenscharte oder andere Komplikationen können Spezialisten oft schon korrigieren. Aber zum Beispiel Rückenmarkfehlbildungen oder das Down-Syndrom können nicht geheilt werden, und die Eltern stehen vor der schweren Entscheidung, ob sie ihr Baby behalten wollen. Tritt wirklich der Fall ein, und eine Chromosomenanomalie wird beim ungeborenen Kind entdeckt, entscheiden sich rund neunzig Prozent der Eltern für eine Abtreibung (Biermann & Raben, 2004).

Gerade bei älteren Schwangerschaften sind daher die Methoden der Pränatalen Diagnostik stark verbreitet und die werdenden Mütter gehen regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen um eine komplikationsfreie Schwangerschaft zu erleben und ein gesundes Kind zu bekommen (Biermann & Raben, 2004).

2.4.7.1. Nicht –Invasive Methoden

2.4.7.1.1. Ultraschall-Screening

Das Ultraschall-Screening gehört schon seit vielen Jahren zu den häufigsten Untersuchungen der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge (Harder & Stiefel, 2005). Diese Untersuchung wird zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt, wobei sich mögliche Fehlentwicklungen des Kindes erkennen lassen können, da die inneren Organe des Kindes schon gut sichtbar sind. Es werden Herz, Blase, Niere, Magen, Wirbelsäule, Gehirn, Geschlechtsorgane, sowie die Lage der Plazenta untersucht (Brandstätter & Frank, 2004). Die Fehlentwicklungen oder Missbildungen können anhand von Schallwellen erkannt werden (Biermann & Raben, 2004). Diese Untersuchung ist sehr weit verbreitet, da sie auch kein Risiko für Mutter und Kind birgt (Brandstätter & Frank, 2004). Es können jedoch nicht immer Fehlbildungen erkannt werden und Untersuchungen zeigen, dass die Erkennungsrate nicht von der Qualität der Geräte, sondern von der Erfahrung der Ärzte abhängt. Falsche Untersuchungsergebnisse, egal ob positiv oder negativ,

können schlimme Auswirkungen haben. So kann es zu einem Schwangerschaftsabbruch bei einem gesunden Kind kommen oder die Eltern bekommen unerwartet ein behindertes Kind. Es gibt Analysen von abgetriebenen Feten, wo heraus kam, dass es sich bei zwei bis fünf Prozent um falsche Diagnosen handelte und der Abbruch unnötig war (Harder & Stiefel, 2005).

2.4.7.1.2. Nackentransparenz

Durch die Messung der Nackentransparenz kann die Möglichkeit einer Chromosomenabweichung beim Fötus festgestellt werden, wie beispielsweise das Down-Syndrom. Auch können dadurch bereits mögliche Herzfehler oder andere Krankheiten festgestellt werden. Diese Untersuchung wird während der zwölften und vierzehnten Schwangerschaftswoche durchgeführt, ist die Nackenfalte dicker als der Durchschnitt, wird der Wert mit dem Alter der Mutter ins Verhältnis gesetzt. Liegt das Ergebnis außerhalb der Norm, so ist ziemlich sicher, dass ein Down-Syndrom vorliegt, jedoch gibt es unterschiedliche Studienergebnisse, die je nach Studie einen Fehlerquotienten von 40-80 Prozent angeben. Um ein noch sichereres Ergebnis zu erlangen, müssen invasive Behandlungsmethoden angewendet werden. Besteht der Verdacht einer Erkrankung übernimmt die Krankenkassa alle weiteren Behandlungskosten (Brandstätter & Frank, 2004, Schmid-Altringer, 2008).

2.4.7.1.3. Chromosomenanalyse

Hierbei müssen die Zellen des Fötus untersucht werden, welche meist durch eine Fruchtwasserpunktion, seltener durch eine Chorionbiopsie, gewonnen werden. Diese Methoden enthalten jedoch immer ein Risiko, im schlimmsten Fall kann es zu einer Fehlgeburt kommen, was zum Glück jedoch nur selten der Fall ist (Brandstätter & Frank, 2004).

2.4.7.1.4. Triple Test

Mit einem Triple-Test kann man die Wahrscheinlichkeit einer schwangeren Frau berechnen, ob ihr Kind eine Chromosomenstörung, vor allem das Down-Syndrom haben wird. Dabei wird die Konzentration des Schwangerschaftshormons Östriol und Beta-HCG sowie des Alpha-Feto-Protein in ein Verhältnis zum Alter der Mutter und der Schwangerschaftszeit gesetzt. Diese Untersuchung muss zwischen der 16. und 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden und erfolgt durch eine Blutabnahme und Ultraschalluntersuchungen. Dieser Test kann mit zirka 60-70 Prozent feststellen, ob das Kind am Down-Syndrom leiden wird. Doch bei 24

Prozent der Fälle wird eine falsche negative Diagnose erstellt und es stellt sich bei späteren Untersuchungen heraus, dass die Eltern umsonst um die Gesundheit ihres Kindes gezittert haben. Gerade bei älteren Frauen ist dieser Test empfehlenswert, da sie ein höheres Risiko haben, ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären. Außerdem ist der Triple Test, für Frauen die Angst vor einer Amniozentese haben, eine gute Alternative, da das Risiko weitaus geringer ist. Besonders wichtige Informationen für ein korrektes Ergebnis des Tests sind Alter des Embryos, Geburtsdatum, Gewicht, Diabetes und ob schon ein Kind mit Down-Syndrom geboren wurde (Brandstätter & Frank, 2004; Schmid-Altringer, 2008).

2.4.7.2. Invasive Methoden

2.4.7.2.1. Amniozentese (Fruchtwasserpunktion)

Schon seit über 40 Jahren gibt es die Methode der Fruchtwasserpunktion, sie ist die häufigste Methode um kindliche Zellen für eine Chromosomendiagnose zu gewinnen. Im Fruchtwasser schwimmen kindliche Zellen, welche gefunden werden müssen um anschließend untersucht werden zu können. Punktionen finden aus Sicherheitsgründen erst nach der vierzehnten, im Normalfall in der 16, Schwangerschaftswoche statt, wenn der Embryo zirka acht Zentimeter groß ist. Nach einer ausführlichen Ultraschalluntersuchung sticht der Arzt unterhalb des Bauchnabels mit der Punktionsnadel durch die Bauchhaut, am Ultraschall kann er die Lage und die Bewegungen des Kindes sehen und somit vermeiden den Fötus zu verletzen. Es werden zirka zwanzig Milliliter des Fruchtwassers mit der Spritze eingesaugt und anschließend untersucht (Biermann & Raben, 2004). Mit dieser Methode lassen sich neben Chromosomenstörungen wie dem Down Syndrom, Klinefelter-Syndrom, XYY Syndrom, eine Aneuploidie (Fehlen des Großhirns) oder ein sogenannter offener Rücken, auch die Blutgruppe und das Geschlecht des Ungeborenen bestimmen (Harder & Stiefel, 2005). Die Gefahr, dass die Punktion zu einer Fehlgeburt führen kann, liegt bei 1:200. Das Risiko ist zwar gering, ein solcher Verlust jedoch umso schlimmer, da man auch ein völlig gesundes Kind durch diesen Eingriff verlieren könnte (Biermann & Raben, 2004). Das Ergebnis dauert zirka vierzehn Tagen. Nach dem Eingriff sollen sich die Frauen ein paar Tage schonen und sportliche Anstrengung sowie Geschlechtsverkehr sind in dieser Zeit verboten (Brandstätter & Frank, 2004). Tritt Fruchtwasser aus der Scheide, treten Blutungen oder hohes Fieber auf, so ist dies kein gutes Zeichen und die Frau sollte sofort ihren

Arzt verständigen (Biermann & Raben, 2004). Die Fruchtwasseruntersuchung kann mit 99 prozentiger Sicherheit ein positives oder negatives Ergebnis über genetische Erkrankungen feststellen (Schmid-Altringer, 2008).

Sollte im schlimmsten Fall tatsächlich eine starke Behinderung bzw. Erkrankung festgestellt werden, muss sich die Frau (das Paar) Gedanken über den weiteren Verlauf machen. Wird ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen, sollte man sich im Klaren sein, dass zu diesem späten Schwangerschaftszeitpunkt nur durch eine durch Wehen eingeleitete Geburt stattfinden kann (Arzt, 2009).

2.4.7.2.2. Chorionzottenbiopsie - CVS (Punktion des Mutterkuchens)

Der Untersuchungsvorgang der Chorionzottenbiopsie ähnelt dem der Amniozentese, es wird mit einer Nadel eine Gewebeprobe des Mutterkuchens, durch die Bauchdecke oder Scheide, wobei beim letzteren ein größeres Infektionsrisiko auftreten kann, entnommen. Sie kann, zwischen der achten und zwölften Schwangerschaftswoche, durchgeführt werden. Vorteile dieser Untersuchung sind die frühzeitige Diagnosemöglichkeit und die schnellen Untersuchungsergebnisse, welche nach ein bis drei Tagen vorliegen. Es gibt jedoch auch Nachteile, da das Risiko dieser Untersuchung höher als bei der Amniozentese ist, so kann es beispielsweise zu einem vorzeitigen Blasensprung, Infektionen oder gar Fehlgeburten (1-3%) kommen. Auch die Diagnosemöglichkeiten sind geringer, daher wird dieser Eingriff seltener angewendet und es wird eher auf die Amniozentese gewartet (Harder & Stiefel, 2005; Schmid-Altringer, 2008).

2.4.7.2.3. Nabelschnurpunktion (Chordozentese)

Deuten die Ultraschalluntersuchungen auf mögliche Erkrankungen des Neugeborenen hin, kann dem durch eine Nabelschnurpunktion genauer nachgegangen werden. Bei der Nabelschnurpunktion wird das ungeborene Kind untersucht, wobei der Arzt eine Blutprobe des Kindes entnehmen kann (Brandstätter & Frank, 2004). Hierbei wird nach dem Ende des dritten Monats eine Nadel durch die Bauchdecke in die Nabelschnur, unter Ultraschallkontrolle, geführt und so Blut entnommen (Harder & Stiefel, 2005). Es ist auch möglich, dass der Fötus über eine Nabelschnurpunktion eine Bluttransfusion erhält, er kann so direkt Medikamente verabreicht bekommen. Es können beispielsweise eine Blutarmut oder auch die Zahl der Blutplättchen festgestellt, sowie die Salz- und Nierenwerte kontrolliert werden

(Brandstätter & Frank, 2004). Die Gefahr für einen Abort beträgt zirka einen Prozent (Harder & Stiefel, 2005; Arzt, 2009).

2.5. Späte Schwangerschaft: Chance oder Risiko?

Es ist noch nicht lange her, da wurde davon abgeraten ein Kind über 30 oder gar über 35 zu bekommen. Dies hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert, da immer mehr Frauen sich erst spät für ein Kind entscheiden. In Deutschland sind bei zigtausend Schwangerschaften die werdenden Mütter bereits über 40, und selbst 45-50 Jährigen Frauen ist es in unserer heutigen Zeit immer öfter möglich, noch ein gesundes langersehntes Wunschkind zu bekommen. Trotz dieser ständig steigenden Zunahme des Schwangerschaftsalters, war das Kinderkriegen noch nie so sicher wie heute (Zebothsen, 1997). Späte Schwangerschaften kommen in unserer heutigen Gesellschaft immer öfters vor und stellen oft eine außergewöhnliche Erfahrung für alle Beteiligten dar (Döring, 2012).

2.5.1. Mögliche Vorteile

Psychologisch gesehen hat eine „späte Schwangerschaft“ auch Vorteile, die Eltern leben meist in einer stabilen Beziehung und sind finanziell abgesichert. In einem höheren Alter hat man meist auch schon viel Lebenserfahrung gesammelt und kann dadurch mit Krisensituationen besser umgehen. Es wurde schon viel ausprobiert und viele Wünsche konnten verwirklicht werden, außerdem hat man nicht mehr das Gefühl, man könnte wegen eines Kindes etwas verpassen. Ältere Frauen kennen ihre Identität und haben ein stärkeres Selbstwertgefühl und können daher dem Kind nachsichtiger und toleranter gegenüber treten. Sie können oft auf die Bedürfnisse der Kinder besser eingehen und lassen seine Persönlichkeit freier entfalten (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

2.5.1.1. Erfüllter Kinderwunsch

Bei den meisten „späten Schwangerschaften“ handelt es sich um geplante Schwangerschaften, welche von den Paaren meist gut überlegt und gemeinsam getroffen worden sind. Der Großteil der Frauen über dem 35. Lebensjahr trägt schon lange einen Kinderwunsch mit sich, hatten einfach nur noch nicht den richtigen Zeitpunkt dafür gehabt, da beispielsweise die Lebensumstände noch nicht zu einem Kind passten. Die werdenden späten Eltern haben meist gute Gründe, warum sie die Kinderplanung vor sich hergeschoben haben: lange Ausbildung, berufliche Karriere

oder finanzielle Unabhängigkeit sind nur drei häufige Gründe, die meist einen Einfluss auf die Verzögerung der Kinderplanung haben. Außerdem haben die Paare sich meist mit dem Thema Kinder lange und intensiv auseinandergesetzt und wissen auf was sie sich einlassen (Döring, 2012; Lackinger Karger, 2002).

2.5.1.2. Stabile Partnerschaft

Die Stabilität der Beziehungen ist bei älteren Eltern meist stärker als bei jüngeren. Dies hängt auch damit zusammen, dass sie schon Erfahrungen aus früheren Beziehungen sammeln konnten und wissen, was für eine gute Partnerschaft wichtig ist und wie sie mit Problemsituationen umgehen können (Lackinger Karger, 2002). In den meisten Fällen handelt es sich bei den Partnerschaften von älteren Eltern um lange Partnerschaften welche sehr stabil sind, da die Partner sich schon sehr gut kennen. Dies kann aber für eine Schwangerschaft auch einen negativen Effekt haben, da sie als Paar sehr lange Zeit nur zu zweit gelebt haben und sich an diese Lebenssituation gewöhnt haben. Die Geburt eines Kindes verändert diese Stabilität extrem und kann daher zu einer großen Herausforderung für das Paar werden (Fosen-Schlichtinger, 2006).

2.5.1.3. Ausbildung und finanzielle Sicherheit

Ältere Eltern haben aufgrund ihrer beruflichen Karriere meist die finanziellen Voraussetzungen um das Kind gut versorgen zu können. Gerade von älteren Eltern hört man oft als eines der Hauptargumente für die Verschiebung des Kinderwunsches, dass sie dem Kind etwas bieten können wollen und daher noch warten möchten. Auch haben späte Eltern meist zuvor eine gute Ausbildung absolviert, das kann ebenfalls positiv für die Entwicklung des Kindes sein. Sie können ihren Kindern kompetent Fragen beantworten und ihre geistige und intellektuelle Entwicklung besonders fördern. Außerdem ermöglichen diese Eltern auch meist ihren Kindern eine gute Ausbildung und finanzielle Unterstützung in dieser Zeit (Döring, 2012). Wenn Kinder in finanziell gesicherten Verhältnissen aufwachsen, bekommen sie meist die Möglichkeit viele verschiedene Hobbies wie Sportkurse, Reisen, Theaterbesuche oder andere Aktivitäten auszuführen. Diese breiten Spektren an möglichen Angeboten bieten den Kindern Anreize und sie können dadurch viel Neues lernen (Fosen-Schlichtinger, 2006).

2.5.1.4. Fester Stand im Leben

Ältere Mütter unterscheiden sich oft von jüngeren, so lebt die typisch späte Erstgebärende in finanziell gesicherten Verhältnissen und ist eine selbstständige und unabhängige Frau. In der Regel verfügt sie über eine hohe Bildung und arbeitet in akademischen Berufen (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Durch ihre Lebenserfahrung sind ältere Mütter auch reifer und besitzen emotionale Stabilität, eine gefestigte Persönlichkeit und können sich dadurch sehr gut auf eine Schwangerschaft einlassen und eventuelle Schwierigkeiten oder Hindernisse besser bewältigen als jüngere Genossinnen. Damit soll nicht gesagt werden, dass junge Mütter dazu nicht in der Lage sind, trotzdem gibt es oft einen Unterschied in der Festigkeit der Persönlichkeit aufgrund der Reife (Döring, 2012). Auch haben sie in ihrem Leben höchstwahrscheinlich auch schon einige negative Erfahrungen erlebt und gerade solche Erlebnisse stärken ihren Charakter. Sie kennen ihre Stärken und Schwächen und sind dadurch für eintretende Probleme besser gewappnet (Fosen-Schlichtinger, 2006).

2.5.1.5. Lebenserfahrung

Dass ältere Eltern mehr Lebenserfahrung haben ist ein großer Vorteil gegenüber jüngeren. Sie sind reifer und können Verantwortung übernehmen. Außerdem sind sie psychisch deutlich gefestigter, da sie sich selbst kennen und eine ausgereifte Persönlichkeit besitzen (Lackinger Karger, 2002).

2.5.1.6. Leben bewusster

Auch gehen ältere Frauen sorgsamer mit ihrer Schwangerschaft um, sie gehen häufiger zu den Vorsorgeuntersuchungen, verzichten auf Alkohol- und Zigarettenkonsum und ernähren sich gesünder. Sie erleben ihre Schwangerschaft häufig bewusster, ein Grund dafür könnte natürlich auch sein, dass sie sich schon lange ein Kind wünschen und, dass sie wissen, dass es unter Umständen nur diese eine Schwangerschaft für sie geben wird. Die positive Einstellung der Mutter ist auch ein wichtiger Faktor für den positiven Verlauf der Schwangerschaft. Auch sind sie meist emotional und psychisch besser auf die Schwangerschaft und spätere Kindererziehung eingestellt (Ritzinger & Weissenbacher, 2006; Ritzinger, 2013; Zebothsen, 1997).

2.5.1.7. Jungbrunnen

Die vierzig jährige Frau von heute ist anders als sie es noch vor ein paar Jahrzehnten war, sie lebt anders, ist unabhängiger und fühlt sich fit und jung. Gerade reife Mütter, wirken oft jünger als ihre gleichaltrigen Genossinnen mit älteren oder gar keinen Kindern. Durch ihre Sprösslinge bleiben sie jünger, da sie sich mit Situationen, Ansichten und Vorstellungen auseinandersetzen müssen, mit denen sie ansonsten nicht konfrontiert wären (Bohnhorst & Cerna, 2001).

2.5.1.8. Höhere Lebenserwartung?

Bei einer Studie der Universität Harvard von 1988, fanden Wissenschaftler heraus, dass Frauen die erst sehr spät gebären, oft eine sehr hohe Lebenserwartung haben. Es wurden mehrere hundertjährige Frauen befragt und man fand heraus, dass der Anteil unter jenen, die ein Kind mit über 40 Jahren bekamen, sehr hoch war. Als Grund dafür zieht man in Betracht, dass eine späte Schwangerschaft zu einer Verlangsamung des Alterungsprozesses führt, was wiederum ermöglicht, ein hohes Alter zu erreichen. Diese Studie ist jedoch nicht repräsentativ und muss erst durch andere umfassende Studien belegt werden (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

2.5.2. Mögliche Nachteile

2.5.2.1. Medizinisch-biologische Risiken

Neben der Angst vor einem behinderten Kind können auch andere Ängste wie Geburtskomplikationen, Schmerzen oder im Stich gelassen zu werden, hinzukommen. In den folgenden Punkten sollen daher die verschiedenen möglichen Nachteile einer späten Schwangerschaft diskutiert werden.

2.5.2.1.1. Risikoschwangerschaft

„Nicht nur die Möglichkeit kein Kind zu bekommen, sondern auch das Risiko ein krankes Kind zu bekommen steigt mit dem Alter der Mutter an“ (Peters, 2010, S. 3).

Einer Frau über 35 wird eine sogenannte Risikoschwangerschaft im Mutter-Kind-Pass vermerkt, was jedoch nicht bedeutet, dass automatisch Komplikationen auftreten werden. Untersuchungen aus den letzten Jahren zeigen aber, dass diese Risiken erst ab dem 40. Lebensjahr relevant sind. Für die GynäkologInnen ist dieser Vermerk lediglich ein Hinweis, die werdende Mutter auf eventuelle Risiken, wie Zunahme von Chromosomenaberrationen, aufzuklären. Der Frauenarzt sollte zwar

auf eventuelle Risiken und eine ausgewogene Untersuchung hinweisen, jedoch sollte er nicht unnötig Ängste machen, da die meisten ältere Frauen mit einer guten Ärztlichen Betreuung und regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen eine komplikationsfreie Schwangerschaft haben und ein gesundes Kind bekommen, auch wenn gewisse Risiken für Mutter und Kind höher sein können (Ritzinger, 2013). Laut Mutter-Kind-Pass sollte eine Schwangere alle vier Wochen, im 8. Monat zweimal und im letzten Monat wöchentlich zur Vorsorgeuntersuchung kommen. Bei Schwangeren über 35 werden, situationsbedingt, mehr Untersuchungen empfohlen (Bohnhorst, 2001).

Chronischer Bluthochdruck und schwangerschaftsreduzierender Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes und Diabetes mellitus sind die häufigsten Erkrankungen die bei älteren Müttern auftreten. Dies sind auch die Ursachen welche für eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei Spätgebärenden verantwortlich sein können (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Doch viele der Risiken die früher mit späten Schwangerschaften verbunden wurden, sind durch die Fortschritte der heutigen Medizin nicht mehr so gefährlich (Zerle et al., 2012).

2.5.2.1.2. Gestose

Gestose zählt zu den häufigsten Schwangerschaftskomplikationen, welche bei zirka zehn Prozent aller Schwangeren vorkommt. Diese Krankheit tritt meist erst zwischen der zwanzigsten Schwangerschaftswoche und der ersten Woche nach der Geburt auf. Eine Schwangere leidet unter Gestose, wenn neben dem erhöhten Blutdruck auch noch Eiweißausscheidungen durch den Urin erfolgen. Wird die Gestose rechtzeitig erkannt, kann sie meist ohne Probleme behandelt werden, wird sie jedoch nicht früh genug diagnostiziert, kann sie im schlimmsten Fall lebensbedrohlich für Mutter und Kind sein. Je höher die Blutdruckwerte sind, desto größer ist das Risiko, dass es in der Plazenta zu Durchblutungsstörungen kommen kann. Ist der Blutfluss eingeschränkt und es kommt zu einer längeren Mangeldurchblutung der Plazenta, kann es zu einer Unterversorgung des Kindes kommen, die wiederum zu einer intrauterinen Entwicklungsstörung führen kann. Durch eine gestörte Sauerstoffversorgung kann es sogar zu einer vorzeitigen Plazentalösung kommen, die den vorgeburtlichen Fruchttod zur Folge hat. Wird eine Gestose nicht erkannt bzw. nicht behandelt, kann dies bei der Mutter zu einer sogenannten Eklampsie führen, die jedoch nur noch sehr selten vorkommt. Symptome dafür wären

beispielsweise Krampfanfälle, wobei auch Bewusstseinsverlust vorkommen kann, akutes Nieren- und Leberversagen sowie Sehstörungen welche bis zur vollständigen Erblindung führen können. Eine nicht behandelte Eklampsie führt meist zum Tod. Etwa 45 Prozent der Todesfälle betreffen ältere Schwangere mit vorgängiger Hypertonie, obwohl mehr als 80 Prozent der Frauen mit Eklampsie junge Erstgebärende sind (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

Es ist bis heute nicht bekannt, warum und wann eine Gestose entsteht, eine Rolle spielen sicherlich erbliche Faktoren sowie psychische und soziale Belastungen. Besonders gefährdet sind alleinstehende, beruflich gestresste, sowie körperlich hart arbeitende Frauen, die keine Unterstützung bekommen. Auch das Alter spielt eine Rolle, so sind Schwangere unter 17 und über 35 Jahre besonders häufig betroffen (Ritzinger & Weissenbacher, 2003).

2.5.2.1.3. Bluthochdruck (Hypertonie)

Erhöhter Blutdruck kommt durch eine Verengung der Blutgefäße zustande, welche durch ein Zusammenziehen der Gefäßmuskulatur entsteht. Es wird von vielen Studien belegt, dass sowohl chronischer Bluthochdruck als auch schwangerschaftsinduzierter Bluthochdruck bei älteren zwei- bis viermal so oft vorkommt als bei jüngeren Schwangeren (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

2.5.2.1.4. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Kohlenhydrat-Intoleranz, welche verschiedene Formen einer Glucosestoffwechselstörung zugrunde liegt. Diese Krankheit entsteht durch einen hohen Insulinmangel im Körper. Insulin ist ein körpereigenes Hormon, das für die Glucosereaktionen im Körper verantwortlich ist. Es gibt zwei verschiedene Arten von Diabetes, der Typ 1 kommt schon im Kindesalter auf, während man Typ 2 erst im höheren Alter oder bei starkem Übergewicht bekommt. Insulin ist für jede Zelle im Körper wichtig, nur so kann der Zucker aus dem Blut aufgenommen werden. Wird von der Bauchspeicheldrüse zu wenig Insulin produziert, steigt die Blutkonzentration im Körper an, der überschüssige Zucker muss über den Urin ausgeschieden werden, wodurch dem Körper zusätzlich Wasser entzogen wird (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

2.5.2.1.5. Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes, auch Schwangerschaftsdiabetes genannt, bezeichnet wie Diabetes mellitus, eine Kohlenhydrat-Intoleranz, die allerdings erst das erste Mal während der Schwangerschaft auftritt. Es leiden zirka 7-10 Prozent aller Schwangeren an Gestationsdiabetes, wobei übergewichtige Frauen besonders häufig betroffen sind. Die Erkrankung kann nur durch eine gezielte Untersuchung festgestellt werden, da sie durch keine Symptome erkennbar ist. Diese Untersuchung, ein Diabetes-Screening, ist nicht in den Standarduntersuchungen bei Schwangeren vorgesehen, was bedeutet, dass die Krankenkassa nicht die Kosten dafür übernimmt. Viele Frauenärzte fordern dies jedoch und gerade Frauen über 35 sollten unbedingt diesen Test für ihre Sicherheit durchführen lassen (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

Es kommt bei Schwangeren oft zu einem Gestationsdiabetes, da während einer Schwangerschaft der Bedarf an Insulin kontinuierlich steigt. Wird dann aber in der Bauchspeicheldrüse nicht mehr Insulin erzeugt, kann der höhere Bedarf nicht gedeckt werden und es kommt zu einem Gestationsdiabetes. Nach der Geburt sinkt der benötigte Insulingehalt und der Gestationsdiabetes verschwindet in der Regel wieder. Frauen die jedoch während der Schwangerschaft an Gestationsdiabetes gelitten haben, haben ein höheres Risiko im höheren Alter an Diabetes mellitus zu erkranken. Um dieses Risiko möglichst gering zu halten, sollten sich die betroffenen Frauen gesund ernähren und viel Sport treiben (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Wird Gestationsdiabetes festgestellt, beinhaltet die Therapie vor allem eine Ernährungsumstellung sowie viel Bewegung. Die Ernährung sollte fettarm sein, und über den Tag verteilt sollten mehrere kleine Portionen, anstelle von drei großen, gegessen werden. Vor und nach dem Essen sollte der Blutzucker kontrolliert und auch für den behandelten Arzt aufgeschrieben werden (Ritzinger & Weissenbacher 2006).

Wenn der Blutzucker bei der Schwangeren nicht richtig eingestellt wird, führt dies zu einer Überernährung des Fötus und somit zu Übergewicht und einer extremen Körpergröße. Diese Kinder sollen nach der 38. Schwangerschaftswoche frühzeitig zur Welt gebracht werden, da sonst das Risiko eines intrauterinen Fruchttods infolge einer Plazentainsuffizienz ansteigt. Nach der Geburt kann der hohe Blutzuckerspiegel des Neugeborenen plötzlich drastisch absinken, diese

Unterzuckerung kann Lebensbedrohlich sein. Daher müssen die Kinder gerade in den ersten Tagen intensiv überwacht werden, und falls nötig müssen Traubenzuckerlösungen verabreicht werden um eine Unterzuckerung zu vermeiden. Obwohl die Neugeborenen recht groß sind, sind sie trotzdem noch unterentwickelt und haben daher oft noch keine ausreichende Funktion der Leber und daher verstärkt Neugeborenen Gelbsucht. Ebenfalls kann eine mangelnde Lungenreife zu Atemnotsymptomen führen (Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

Wird ein Schwangerschaftsdiabetes nicht erkannt oder rechtzeitig behandelt, so kann das zu einer höheren Morbidität von Mutter und Kind führen, im schlimmsten Fall sogar zum Tod. Obwohl es sich bei den Kindern von Schwangeren, welche unter Gestationsdiabetes leiden, immer um Risikokinder handelt, ist es mit einer guten medizinischen Betreuung und einem erfahrenen Geburtshelfer auf diesem Gebiet genauso möglich ein gesundes und normalgewichtiges Kind zu gebären. Die Mehrheit der durchgeführten Studien bestätigt ein häufigeres Auftreten von Gestationsdiabetes mit steigendem Alter der Frau. Das Risiko liegt bei 33-Jährigen bei zirka 7,4 Prozent, bei 40-Jährigen Frauen steigt es jedoch schon auf fast 14 Prozent an (Zebothsen, 1997).

2.5.2.1.6. Eisenmangelanämie

Eine Frau bezieht zirka zehn Prozent des benötigten Eisens aus der Nahrung, bei einer Schwangeren steigt dieser Anteil stark an, in der 36. Schwangerschaft sind es schon 66 Prozent. Kann dieser Bedarf nicht durch die Nahrung gedeckt werden, entsteht eine Eisenmangelanämie, die eine Gefahr für die Mutter und ihr ungeborenes Kind darstellen kann (Harder & Stiefel, 2005).

2.5.2.2. Geburtskomplikationen

Bis heute hat sich die Zahl der Notfälle während der Geburt trotz medizinischem Fortschritt nicht geändert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese meist spontan und ohne Vorwarnung auftreten und meist auch nicht durch vorherige Untersuchungen vorausgeahnt werden können. So kann sich eine normale Geburt innerhalb von wenigen Sekunden zu einem Notfall – einer lebensbedrohlichen Situation – verändern (Grin, 2004). Für Erstgebärende ergeben sich deutlich mehr Risiken im höheren Alter, die Ursprünge hierfür sind aber noch nicht bekannt (Peters, 2010).

2.5.2.2.1. Präeklampsie

Bei Schwangeren tritt die Präeklampsie bei drei bis vier Prozent der Frauen auf, Frauen mit über vierzig erleiden fünf bis zehn Prozent daran und bei über Fünfzigjährigen sind bereits 35 Prozent betroffen. Dieses Ergebnis konnte durch mehrere Untersuchungen bestätigt werden, wobei auffällig ist, dass Mehrgebärende öfters betroffen sind als Erstgebärende (Ritzinger et al., 2012).

Die Schwangerschaftsvergiftung, auch Präeklampsie genannt, ist eine Komplikation, welche innerhalb weniger Zeit lebensbedrohlich werden können. Der Blutdruck erhöht sich, Leber und Niere können versagen und es kann innerhalb weniger Minuten zu Blutgerinnungsstörungen kommen, welche tödlich enden können. Da diese Komplikation ein schnelles Handeln erfordert, ist in dieser Situation ein Notkaiserschnitt meist unumgänglich (Grin, 2004).

2.5.2.2.2. Vorzeitige Lösung der Plazenta

Noch akuter tritt die vorzeitige Lösung der Plazenta auf, welche den Embryo mit Sauerstoff versorgt. Es kommt meist zu sehr starken Blutungen der Gebärmutter, welche lebensgefährlich für die Mutter werden können. Das Kind leidet währenddessen unter Sauerstoffmangel, wodurch sein Leben ebenfalls bedroht ist. Auch hier bleibt den Ärzten nur ein Kaiserschnitt als Lösung, welcher sehr schnell erfolgen muss. Da die Frauen nicht auf eine Operation vorbereitet sind, steigt auch hier das Risiko für Komplikationen (Grin, 2004). Gerade bei über Vierzigjährigen tritt eine vorzeitige Plazentalösung häufig auf. Als Hauptursache dafür, wird der, ebenfalls mit dem steigenden Alter zusammenhängende, häufiger vorkommende Bluthochdruck sowie die Präeklampsie genannt (Ritzinger et al., 2012).

2.5.2.2.3. Schlechtere Wehentätigkeit

Mit höherem Alter wird die Muskulatur schwächer, was auch den Uterus und die Bauchmuskel betrifft. Auch die Weichteile der Frau verlieren an Dehnungsfähigkeit und dies führt zu einem größeren Widerstand bei der Geburt, weshalb der Uterusmuskel und die Bauchmuskel stärker belastet werden müssen. Dies führt daher öfters zu einer aufkommenden Wehenschwäche bei älteren Gebärenden (Kroggel, 1940). Dies führt öfters zu einer längeren Geburtsdauer, die Durchschnittlich zwischen 25 und 27 Stunden bei späten Erstgebärenden beträgt. Die durchschnittliche Geburtsdauer aller Erstgebärenden beträgt 18 Stunden. Aufgrund dieser längeren Geburtsdauer gibt es auch öfter Komplikationen, die zu

Operationen führen können (Richter, 1940). Auch neuere Studien bestätigen Richters (1940) Angaben, es wurde gezeigt, dass die Wehentätigkeitsdauer im Zusammenhang mit dem mütterlichen Alter steht. So steigt mit je fünf Jahren höherem Mütterlichen alter die Dauer der Wehentätigkeit um 0,45 Stunden an (Franz, 2013).

2.5.2.2.4. Kaiserschnitt (Sectio)

Früher war eine hohe Sectiorate für ein Krankenhaus eine schlechte Werbung, da diese bedeutete, dass der Arzt, die Geburtshilfe nicht gut beherrschte. Eine Rate bis zu 14 Prozent war in Ordnung, lag der Wert darüber, wurde die Ärztekammer auf die Krankenhäuser und Ärzte aufmerksam. Auch war es bis vor einigen Jahren noch für eine Frau selbstverständlich ihr Kind natürlich zur Welt zu bringen. Ein Kaiserschnitt wurde nur bei Komplikationen, wie zu wenig Sauerstoffversorgung oder beim Steckenbleiben des Kindes im Geburtskanal, angewendet. Seit einigen Jahren wird bei der Beckenendlage fast immer ein Kaiserschnitt als Entbindungsart gewählt, da es bei einer natürlichen Entbindung zu einem Sauerstoffmangel kommen kann und in der Vergangenheit viele Ärzte verklagt wurden, da sie nicht rechtzeitig einen Kaiserschnitt gemacht hatten. Daher wird heute fast automatisch ein Kaiserschnitt bei Beckenendlage gemacht und nur noch wenige Ärzte bieten überhaupt eine natürliche Geburt in diesem Fall an. Jeder dritte geplante Kaiserschnitt erfolgt aus diesem Grund (Bopp, 2003).

Besonders in den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Kaiserschnitte extrem angestiegen, von 1991-2001 ist der Wert auf 27 Prozent gestiegen, obwohl die Geburten zusätzlich um neun Prozent abnahmen (Bopp, 2003). Besonders Frauen über 35 Jahre werden zwei bis dreimal so häufig per Kaiserschnitt entbunden als jüngere Frauen unter dreißig. So beträgt die Kaiserschnitttrate bei älteren Frauen über vierzig Prozent, bei allen Frauen insgesamt hingegen nur 23 Prozent. Dies ist einerseits auf öfter auftretende Komplikationen in diesem Alter zurückzuführen, andererseits werden auch oft ältere Frauen ohne nötigen Grund per Kaiserschnitt entbunden (Ritzinger, 2013; Biermann & Raben, 2004). So lässt sich schwer sagen, ob tatsächlich das Alter für die erhöhte Kaiserschnittzahl bei älteren Frauen verantwortlich ist oder dies auch an der Übervorsichtigkeit der Ärzte, bei späten Schwangeren, liegen könnte (Zebothsen, 1997).

Generell lässt sich der Grund für den Kaiserschnittanstieg auch bei den Ärzten finden, da er für sie, eine sicherere Variante als eine natürliche Geburt ist. Zu oft wurden Ärzte verklagt in riskanten Situationen zu spät eine Sectio durchgeführt und so die Gesundheit des Kindes gefährdet zu haben. Daher ist es verständlich, dass Ärzte oft schon bei kleinsten Verdächtigungen den Patientinnen einen Kaiserschnitt nahelegen, obwohl dieser eigentlich gar nicht nötig wäre. Allerdings hat die Kaiserschnitttrate nicht zu einer geringeren Säuglings- oder Müttersterblichkeit beigetragen, also keinen wirklichen Fortschritt gebracht. Die Weltgesundheitsorganisation rät, die Kaiserschnitttrate von 15 Prozent nicht zu überschreiten, was jedoch in den meisten Ländern schon längst geschehen ist (Bopp, 2003). Eine Senkung der Sectiorate sollte daher theoretisch mit einer Abnahme des durchschnittlichen Gebäralters erreicht werden (Ritzinger et al., 2012).

2.5.2.2.5. Wunschkaiserschnitt

Die Gründe, warum sich Frauen für einen geplanten Kaiserschnitt entscheiden, können ganz unterschiedlich sein: die einen haben Angst vor den Schmerzen, andere hatten schon eine sehr schlimme Geburt hinter sich oder wieder andere haben Angst, dass ihr Baby durch den engen Geburtskanal verletzt werden könnte. Gerade junge Frauen haben Angst, dass ihr Beckenboden, und somit ihr Sexualleben, beeinträchtigt wird, und ein anderer Teil entscheidet sich für den Kaiserschnitt, da sich der Zeitpunkt der Geburt gut planen lässt (Bopp, 2003).

Eine Geburt ist mit extremen Schmerzen verbunden, welche sich eine Frau davor gar nicht vorstellen kann, darum entscheiden sich heutzutage, viele schon im Vorhinein, für einen Kaiserschnitt. Mit diesem sogenannten Wunschkaiserschnitt geht die Geburt einfacher und schneller. Die Stars machen es uns vor, von Madonna bis Victoria Beckham genauso wie einige österreichische Promis. Vor dreißig Jahren wurde jedes zehnte Kind per Kaiserschnitt geboren, vor zehn Jahren war es schon mindestens jedes fünfte. Trotzdem werden immerhin siebenzig Prozent dieser Kaiserschnitte auch wirklich aus medizinischen Gründen durchgeführt. Der Trend wird wahrscheinlich weiter steigen, da der Kaiserschnitt zum Trend geworden ist, der Vorteil für viele Frauen ist, dass sie so die schmerzhafteste Geburt umgehen können, jedoch oft nicht die starken Schmerzen danach bedenken (Brandstätter & Frank 2004).

Ein Nachteil des Wunschkaiserschnittes ist, dass er vor dem Eintreten der Wehen durchgeführt wird, welches schlechte Auswirkungen auf das Baby haben kann, da die Gefahr besteht, dass die Lunge zu diesem Zeitpunkt noch nicht voll ausgereift ist, da die Reifung durch bestimmte Hormone während der Wehen geschieht. So ist für das Neugeborene zum Beispiel die Gefahr einer Erkrankung der Atemorgane erhöht (Odent, 2005).

Außerdem kommen Kinder, die nicht natürlich auf die Welt kommen, nicht mit den Mikroben der Darm und Vaginalflora der Mutter in Berührung, was einen Einfluss auf die Entwicklung des Immunsystems haben kann. Neueste Untersuchungen haben ergeben, dass Kinder, welche per Kaiserschnitt auf die Welt kamen, ein höheres Risiko haben, an Asthma, Diabetes und Allergien zu erkranken (Ritzinger, 2013). Jedoch wird beispielsweise die Theorie mit dem Asthma durch andere Untersuchungen widerlegt: beobachtet man die Erkrankung über einen längeren Zeitraum, verschwindet der Unterschied zu Kindern, die nicht per Kaiserschnitt entbunden wurden. Daher gibt es die Ansicht, dass man nach einem anderen Grund für das Asthma als den Geburtsmodus suchen muss (Langer, 2013). Trotzdem sollte ein Kaiserschnitt nur gemacht werden, wenn er medizinisch notwendig ist. Dies ist jedoch, nach Schätzungen der WHO, nur bei ca. 15 Prozent der Geburten der Fall (Ritzinger, 2013).

2.5.2.2.6. Saugglocke oder Geburtszange

Zu einer Geburt mittels Saugglocke oder Geburtszange kommt es, wenn die Frau während der Geburt nicht genug Kraft aufbringen kann, das Kind herauszupressen oder wenn die Herztöne am Ende des Geburtsverlaufes stark nachlassen. Auch bei einem Geburtsstillstand werden diese Hilfsmittel verwendet, wobei sich das Baby schon im unteren Drittel des Beckens befinden sollte, denn das Anwenden der Saugglocke bzw. Zange soll nur eine letzte Hilfeleistung fürs Baby sein. Falls das Baby noch weiter oben im Becken liegt, muss ein Notkaiserschnitt angewendet werden (Gruber, 2006; Lackinger Karger, 2002).

2.5.2.2.7. Vorzeitiger Blasensprung

Der Blasensprung erfolgt normalerweise zirka Zeitgleich mit der Eröffnung des Muttermundes, kann jedoch auch schon davor erfolgen. Durchschnittlich kommt es bei 22,3 Prozent der Gebärenden zu einem vorzeitigen Blasensprung (Kroggel, 1940). Ein zu früher Blasensprung kann zu Infektionen der Gebärmutter und somit

auch des Babys durch Keime aus der Scheide führen. Bei jedem Blasensprung sollte man sofort ins Krankenhaus fahren, am besten mit einem Krankenwagen, passiert er jedoch schon vor der 36. Schwangerschaftswoche sollte man sich besonders beeilen (Lackinger, Karger, 2002).

2.5.2.3. Risiken fürs Kind

2.5.2.3.1. Aborte

Als eine Fehlgeburt (Abort) bezeichnet man den körpereigenen Abbruch der Schwangerschaft zu einem Zeitpunkt, wo das Baby noch nicht lebensfähig ist. Fehlgeburten kommen meist in der Frühphase der Schwangerschaft, den ersten zwölf Wochen, vor. Das Risiko einer solchen Fehlgeburt ist mit vierzig Jahren fast doppelt so hoch wie mit dreißig. Wegen der sehr hohen Wahrscheinlichkeit von irreparablen Störungen beim Fötus, bringt es nichts, eine drohende Fehlgeburt aufzuhalten zu versuchen. Der Arzt kann jedoch bei der nächsten Schwangerschaft durch genetische Tests herausfinden, ob es ein Risiko für eine erneute Fehlgeburt geben könnte (Zebothsens, 1997).

Vor der fünften Schwangerschaftswoche beträgt das Risiko einer Fehlgeburt über fünfzig Prozent, welches bis zur siebten Schwangerschaftswoche auf circa zehn bis fünfzehn Prozent sinkt. Danach sinkt die Gefahr eines Abortes laufend und in der zwölften Woche beträgt sie nur noch drei Prozent und ab der sechzehnten Schwangerschaftswoche ist die Wahrscheinlichkeit noch geringer (Zebothsens & Ragosch, 2007).

Ab Mitte dreißig steigt die Wahrscheinlichkeit in den ersten Monaten eine Fehlgeburt zu erleiden. Eine Zwanzigjährige hat ein zwölfprozentiges Risiko einer Fehlgeburt, bei Schwangeren über dem vierzigsten Lebensjahr steigt dieses bereits auf 26 Prozent, dies liegt ebenfalls an den gealterten Eizellen. Aufgrund dieser älteren Eizellen, welche ab dem 37. Lebensjahr stark an Qualität abnehmen, kommt es bei älteren Frauen oft längerer Zeit zu keiner Befruchtung oder der geschädigte Fötus endet in einer Fehlgeburt (König, 2003). Dies hängt mit dem Alter zusammenhängenden häufig auftretenden Chromosomenschäden in den Eizellen zusammen, wenn diese befruchtet werden, sterben sie meist nach kurzer Zeit ab. (Spiewak, 2004). Dies sind natürliche Auslesungsprozesse der Natur, um die geschädigten Eizellen zu minimieren (König, 2003; Bohnhorst & Cerna, 2001).

Eine Fehlgeburt kann sich in den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft durch leichte Blutungen oder einen braunfarbenen Ausfluss bemerkbar machen, oft treten kurz danach auch Beschwerden im Unterbauch auf. Bei einem Verlust des Kindes nach dem dritten Monat treten meist ziehende bis wehenartige Schmerzen im Unterleib auf, stärkere Blutungen oder Verlust von Fruchtwasser. Jedoch bedeutet nicht jede Blutung während der Schwangerschaft automatisch eine Fehlgeburt, es können auch harmlosere Gründe dafür verantwortlich sein, wie beispielsweise Schmierblutungen oder Einnistungsblutungen, der Arzt sollte jedoch bei jeder Art von Blutung sicherheitshalber aufgesucht werden (Zebothsen & Ragosch, 2007).

Auch der intrauterine Fruchttod (IUFT) steigt mit Zunahme des mütterlichen Alters. So zeigen Studien dass Schwangere zwischen 35 und 39 Jahren, im Vergleich zu Jüngeren im Alter von 20-25 Jahren, einem 1,8-2,2-fachen größerem Risiko ausgesetzt sind. Bei über vierzig Jährigen ist dieses Risiko schon bis zu 3,3 Mal so hoch (Franz, 2013). Als Hauptursache des Intrauterinen Fruchttodes bei Spätgebärenden werden Plazentastörungen sowie fetale Wachstumsrestriktionen gesehen (Ritzinger et al., 2012).

2.5.2.3.2. Frühgeburt

Nicht jedes Baby kommt zum errechneten Termin auf die Welt, zirka sechs Prozent der Kinder kommen schon vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt, was als Frühgeburt bezeichnet wird (Lackinger Karger, 2002). In der Literatur findet man genügend Hinweise darauf, dass das steigende Alter der Mütter im starken Zusammenhang mit Fehlgeburten steht (Ritzinger & Weissenbacher; Zebothsen, 1997). Auch liegt die Rate der Frühgeburten bei älteren Müttern höher als bei Jüngeren. Dies liegt teilweise an den häufiger vorkommenden Schwangerschaftskomplikationen wie beispielsweise Diabetes und Bluthochdruck. Aber auch die öfters vorkommenden Mehrlingsschwangerschaften, besonders nach künstlichen Befruchtungen, lassen die Frühgeburtenrate steigen (Lackinger Karger, 2002 & Ritzinger & Weissenbacher, 2006).

Die Anzahl der Frühgeburten steigt generell weltweit stark an und liegt heute in Österreich bei knapp über acht Prozent (Statistik Austria, 2013), in Deutschland bei neun Prozent und in den USA bei zwölf Prozent . Hierfür gibt es viele Ursachen wie: Adipositas, Diabetes, Scheideninfektionen, Rauchen, Stress sowie auch das

steigende Alter bei den Schwangerschaften. Bei späten Schwangeren liegt die Frühgeburtsrate bei zwölf Prozent (Ritzinger, 2013).

In den letzten Jahren hat sich in der Medizin viel verändert und die Überlebendfähigkeit von Frühgeborenen wird immer besser und zum Teil schaffen es schon Babys, die um die 24. Schwangerschaftswoche geboren werden, zu überleben. Trotzdem besteht bei Frühgeborenen immer ein hohes Risiko, dass das Kind geistige oder körperliche Schäden davonträgt, umso jünger das Neugeborene ist, umso höher ist die Gefahr (Zebothsen, 1997). Zirka dreißig Prozent der frühgeborenen Kinder haben langfristig gesundheitliche Probleme und zehn Prozent überleben sogar nur schwer behindert. Frühgeburten sind bis heute die zweithäufigste Todesursache bei Kindern (Ritzinger, 2013).

2.5.2.3.3. *Down Syndrom*

Der englische Arzt Dr. Langdon Down beschrieb im Jahre 1886 als erster diese Krankheit, da er die Ursache noch nicht kannte, benannte er die Störung "Mongolismus", da das Aussehen der Erkrankten den BewohnerInnen der Mongolei ähnelte (Biermann & Raben, 2004).

Das Down-Syndrom ist nicht die einzige Chromosomenstörung die auftreten kann, aber die häufigste, bei der das Kind lebend geboren werden kann. Bei anderen Störungen wie Trisomie 13, 18 und 22 kommt es meist zu einer Fehlgeburt. Beim Turnersyndrom, wo nur ein X-Chromosom vorhanden ist, oder dem Klinefelter-Syndrom, wo zwei X und ein Y vorhanden sind, handelt es sich um leichtere körperliche Behinderungen (Biermann & Raben, 2004).

Trisomie 21 entsteht nicht durch ein schlechtes Verhalten während der Schwangerschaft, diese Krankheit entsteht durch einen Fehler, im Augenblick der Vereinigung von Ei- und Samenzelle, der Vermischung von mütterlichen und väterlichen Chromosomen. Das 21. Chromosom kommt in diesem Fall statt zweimal, dreimal vor, weshalb die Krankheit auch Trisomie 21 heißt (Biermann & Raben, 2004).

Kinder die das Down-Syndrom haben, sehen sich äußerlich alle ähnlich: die Augenstellung ist schräg, die Ohren sind sehr klein, der Mund steht meist offen, weil die Zunge sehr groß ist. Hände und Füße sind meist sehr klein. Diese Symptome sind nicht alle gleich stark bei den Kindern ausgeprägt, doch sind sie typische

Kennzeichen. Auch leiden viele an einem Herzfehler und sind stark für verschiedene Infekte anfällig. Down-Kinder brauchen sowohl bei der körperlichen als auch geistigen Entwicklung um einiges länger als "normale" Kinder im selben Alter. Meist handelt es sich jedoch um sehr fröhliche Kinder mit einem großen Bedürfnis an körperlicher Zuwendung und Zärtlichkeit (Biermann & Raben, 2004).

Je älter eine Frau bei der Schwangerschaft ist, desto höher liegt die Gefahr einer Chromosomenstörung beim Kind. Statistisch gesehen liegt bei einer 20-Jährigen Frau 1:1600, während es bei einer 35-Jährigen Frau schon bei 1:365 liegt. Dies hört sich im Vergleich sehr viel an, wenn man ihn jedoch in absoluten Zahlen anstatt den Vergleich ansieht, besteht das Risiko ein Kind mit Down Syndrom zu bekommen bei 0,3 Prozent (Ritzinger, 2013). Bei vierzig Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit schon bei 1:90, danach steigt der Wert pro Jahr in zehner Schritten und die Gefahr einer chromosomalen Störung wird immer höher (Zebothsen, 1997). Mit 49 Jahren liegt die Gefahr sogar schon bei 1:10. (Biermann & Raben, 2004). Wieso bei älteren Eltern die Wahrscheinlichkeit für genetische Veränderungen bei den Embryonen höher liegt als bei jüngeren ist wissenschaftlich noch nicht hundert prozentig geklärt, wobei es verschiedene Theorien dafür gibt. Unumstritten ist allerdings, dass das Alter der Mutter eine größere Rolle spielt als das des Vaters. Erkennbar ist, dass genetische Veränderungen der Embryonen und Kinder, die bei erhöhtem Alter der Eltern häufiger gefunden werden, wahrscheinlich durch Fehler in der Eizelle hervorgerufen werden und nicht von Samenzellen. Dies kommt wahrscheinlich durch den Altersunterschied der weiblichen und männlichen Zellen zustande. Die Samenzellen werden alle paar Wochen neu gebildet und sind somit bei der Befruchtung höchstens ein paar Wochen alt, egal ob der Mann zwanzig oder fünfzig Jahre alt ist. Die Frau hingegen kommt mit einer bestimmten Anzahl von Eizellen auf die Welt. Daher hat eine zwanzigjährige Frau jüngere Eizellen als eine fünfzigjährige. Je älter die Zellen sind, desto eher tragen sie genetische Veränderungen, wobei der genaue Mechanismus noch nicht genau bekannt ist (Hengstschläger, 2006).

2.5.2.4. *Psycho-soziale Risiken*

Frauen die erst sehr spät ihren Kinderwunsch erfüllen, leiden verstärkt unter der Angst einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder dass sie andere Komplikationen erleben müssen. Den meisten ist bewusst, dass mit zunehmendem Alter, öfters eine Fehlgeburt vorkommen kann, die Fruchtbarkeit sinkt und die Wahrscheinlichkeit zum

gewünschten Zeitpunkt schwanger zu werden immer geringer wird. Daher begeben sich Spätgebärende meist in eine intensivere medizinische Betreuung und verhalten sich während der Schwangerschaft disziplinierter und leben gesünder als viele jüngere Schwangere. Schon allein das Bewusstsein, dass man ab einem gewissen Alter zur Risikogruppe gehört, versetzt viele Frauen unter Druck und kann zu psychischen Problemen führen. In so einem Fall verbinden die Frauen die Schwangerschaft oft mit negativen Gefühlen und gerade deshalb kann es dann tatsächlich zu Komplikationen kommen. Auch dafür, dass die gewünschte Schwangerschaft nicht eintritt, können oft psychische Faktoren verantwortlich sein (Ritzinger & Weissenbacher, 2003).

2.5.2.4.1. Übervorsichtig

Die Kinder älterer Mütter bekommen meist überdurchschnittlich viel Aufmerksamkeit und werden oft, besonders bei Frauen welche lange auf die Erfüllung ihres Kinderwunsches warten mussten, zum Lebensinhalt der Eltern. Dies ist oft ein Problem später Eltern, da sie ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und nur noch für ihr Kind leben (Biermann & Raben, 2004). Jüngere Mütter sind meist entspannter und sorgloser und gehen die Kindererziehung lockerer an. Dies kann sowohl als Vorteil, aber auch als Nachteil gesehen werden (Voß, 2004).

2.5.2.4.2. Außergewöhnliche Familienzusammensetzung

Bei Frauen, die erst spät ein Kind bekommen, gibt es eine andere Familienzusammensetzung als im herkömmlichen Sinn. Es kommt häufig vor, dass diese Kinder keine Großeltern mehr haben oder diese schon alt sind und deshalb nicht mehr viel mit ihren Enkelkindern unternehmen können. Dies wirkt sich auf die Kinder aus, da sie nicht so einen engen Großelternbezug erleben können. Aufgrund des höheren Alters der Großeltern fallen diese auch öfters als KinderbetreuerInnen für die Enkel aus, da sie aufgrund ihres Alters nicht mehr in der Lage sind, so lange auf die Kleinen zu schauen (Fosen-Schlichtinger, 2006). Auch die Mutter selbst ist in einem höheren Alter und kann unter Umständen ihre eigenen Enkelkinder nicht mehr miterleben. Es kann auch vorkommen, dass diese Kinder schon in sehr jungen Jahren sich um ihre Pflegebedürftigen Eltern kümmern müssen bzw. sich mit einem vorzeitigen Verlust von Mutter und Vater abfinden müssen (Ranner, 2010).

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Familienzusammensetzung bei Kindern später Eltern ist die Rolle des Einzelkindes. Die Kinder später Eltern bleiben meist

Einzelkinder, da für ein zweites Kind oft die fruchtbare Zeit der Frau zu knapp wird. Ein weiterer Grund ist auch, dass berufstätige Eltern im höheren Alter manchmal nicht mehr die Kraft aufbringen können, um noch ein zweites Mal eine Schwangerschaft zu durchleben, da sie körperlich nicht mehr so belastbar sind wie jüngere Mütter. Gerade gut gebildete Elternteile stecken oft sehr hohe Erwartungen in ihr Kind und möchten das Beste aus ihnen machen. Dies wirkt sich auf die Kindheit eines Einzelkindes natürlich stärker aus, da alle Hoffnung nur in das eine Kind gesteckt werden kann (Döring, 2011).

2.5.2.4.3. *Reaktion der Mitmenschen*

Viele meinen, dass Paare, die sich erst sehr spät für ein Kind entscheiden, unverantwortlich handeln, da sie ihrem Kind ein Leben schenken, welches sie wahrscheinlich nicht lange mit ihren Eltern teilen können, da sie dem Tod um einiges näher sind als im Vergleich zu zwanzig Jährigen Müttern. Diese Argumentation ist jedoch nicht ganz zutreffend, da auch Kinder junger Eltern, immer wieder mit deren frühen Tod konfrontiert werden müssen (Brandstätter & Frank, 2004).

"Eines der häufigsten Argumente gegen eine Schwangerschaft nach der Menopause und gegen eine Adoption ab einem bestimmten Alter der Wunscheltern lautet, dies sei dem Kind gegenüber nicht fair. Das Wohl des Kindes werde beeinträchtigt, denn die Eltern entwickelten altersbedingte Eigenschaften, die mit dem Wohl des Kindes nicht zu vereinbaren seien. Der statisch wahrscheinliche frühere Tod und ein altersbedingter Mangel an körperlicher und geistiger Energie werden als Begründung angeführt. "
(Brandstätter & Frank, 2004, S. 144)

Späte Elternschaft aufgrund eines möglichen baldigen Todes zu verurteilen ist weithergeholt, da Frauen in unserer heutigen Gesellschaft eine Lebenserwartung von 83 Jahren haben (Statistik Austria, 2013). Der Tod der Eltern ist immer schrecklich und ein traumatisches Erlebnis für ein Kind, doch zählt letztendlich am meisten, wie behütet und glücklich das Kind aufgewachsen ist. Es konnte bis jetzt noch nie nachgewiesen werden, dass das Alter der Eltern die Entwicklung des Kindes negativ beeinflusst. Immer öfter wird sogar vermerkt, dass es im Gegenteil vielleicht sogar vermehrt positive Effekte auf den Nachwuchs hat, da die Eltern meist schon um einiges reifer, standhafter und toleranter sind als jüngere (Brandstätter & Frank, 2004).

2.6. Ausblick in die Zukunft

Durch die Kontinuität des Trends zur späten Mutterschaft, stellt sich die Frage nach dem Ende des Aufschiebens der Kinderplanung ins immer höhere Lebensalter (Peters, 2010). Als natürliche Grenze gibt es die Menopause der Frau und auch wenn die Reproduktionsmedizin seit den letzten Jahrzehnten daran arbeitet, auch diese letzte biologische Barriere zu brechen, ist dies zumindest noch nicht in absehbarer Zeit zu erwarten (Peters, 2010). Dass sich der Trend der späten Mutterschaft auch in Zukunft fortsetzen wird, zeigt eine, von Statistik Austria durchgeführte Prognose: Bis in das Jahr 2030 soll das Erstgebäralter der Frauen in Österreich auf 31 Jahre ansteigen. Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern ist Österreich dennoch ein Nachzügler: in Schweden, Irland, Holland, Dänemark, Schweden und der Schweiz ist das Erstgebäralter bereits 2007 bei dreißig Jahren gewesen (Hager & Hofer & Stanzl, 2007).

Wie bereits erwähnt, hat die Anzahl der Frauen mit einem Hochschulabschluss in den letzten Jahren deutlich zugenommen und wird es höchstwahrscheinlich auch weiter tun. Sollten sich für gebildete und berufstätige Frauen die Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Kindern und Beruf nicht ändern, wird das Erstgebäralter ziemlich sicher auch in den nächsten Jahren noch deutlich ansteigen. Ob dieser stetige Anstieg von Spätgebärenden eine Auswirkung auf die Geburtenrate bzw. andere Konsequenzen mit sich ziehen wird, bleibt abzuwarten (Brachatschwarz & Dominé, 2007). Jedoch ist es wahrscheinlich, dass dieser Aufschub der Familienplanung generell zu einem Geburtenrückgang führt, da ältere Paare, im Vergleich zu jüngeren, weniger Kinder bekommen und auch geringere Chancen darauf haben (Zerle et al., 2012). Die generelle Abnahme der Geburten, aber Zunahme der Gebärenden über 35 wird oft als gesellschaftliches Problem diskutiert. *„Sollte das Alter bei der Erstgeburt weiterhin ansteigen, könnte dies zu einem relevanten gesundheitspolitischen Thema werden“* (Ritzinger et al., 2012, S. 16).

Um der Zunahme der ungewollten kinderlosen Paare entgegenzuwirken sollte es zu gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen kommen, welche es den Frauen ermöglichen, einen guten Beruf zu haben und nebenbei auch noch Kinder groß ziehen zu können, und dass auch schon in frühen Jahren. Es sollte bessere Angebote von Kinderbetreuungen geben genauso wie mehr finanzielle Unterstützungen für die Eltern (Tewes & Stammer, 2006). Denn berufstätige Mütter

müssen sich in Österreich, aufgrund mangelnder Kinderbetreuungsplätze, geringer flexibler Arbeitsstellen und ungerechter Verantwortungsaufteilung zwischen den Eltern, oft mit viel schlechtem Gewissen und Anstrengung plagen und meist auf mögliche Karrierechancen verzichten (Hager et al., 2007).

Außerdem sollten Frauen und Männer über die verschiedenen Risikofaktoren von später Mutterschaft Bescheid wissen, es wäre ratsam schon während der Schulzeit Kinder über die sinkenden Fertilität der Frau mit zunehmenden Alter zu unterrichten, damit sie später in der Lage sind, gewissenhaft und gut informiert entscheiden zu können, wann sie ihren Kinderwunsch verwirklichen wollen. Dabei soll es nicht darum gehen, die späte Mutterschaft schlecht darzustellen, vielmehr sollen Frauen und Männer informiert werden um Entscheidungen über die Familienplanung besser treffen zu können, damit sie so viele Kinder haben können, wie sie sich wünschen und sich im schlimmsten Fall nicht mit einer ungewollten Kinderlosigkeit abfinden müssen (Ritzinger et al., 2012).

3. Die empirische Untersuchung

3.1. Forschungsziel

Seit den letzten Jahrzehnten steigen das Erstgeburtsalter sowie das generelle Schwangerschaftsalter stetig an und wird sogar von Jahr zu Jahr höher. Es hat sich daraus schon fast ein Trend entwickelt, der vermuten lässt, dass es auch weiterhin ansteigen wird. Besonders Akademikerinnen sollen den Hauptanteil dieser „Späten Mütter“ darstellen. Daher ist das Ziel dieser Arbeit, einen Überblick über die Vor- und Nachteile von späten Schwangerschaften zu geben, weiters soll den persönlichen Gründen der Mütter für ihre späte Schwangerschaften nachgegangen werden und ob vermehrt Komplikationen während der Schwangerschaft bzw. Geburt aufgrund des höheren Alters aufgetreten sind. Da, laut Literatur, besonders gebildete und beruflich erfolgreiche Frauen (Akademikerinnen) zu dieser Gruppe gehören sollen, werden auch Studentinnen zu diesem Thema befragt, um zu sehen ob diese dieselben Motivationen für eine Schwangerschaft haben wie ihre älteren Genossinnen, und ob sich bei ihnen eventuell schon ein später Kinderwunsch erkennen lässt.

Außerdem wird in verschiedener Literatur darauf hingewiesen, dass vor allem jüngere Frauen über die möglich auftretenden Risiken bei Spätgebärenden informiert werden sollten, damit sie sich der möglichen Risiken bewusst werden und den Zeitpunkt der Kinderplanung besser planen zu können und die eventuellen Risiken für sich abwägen zu können. Deshalb werden die Studentinnen in der vorliegenden empirischen Untersuchungen auch zu den verschiedensten möglichen Komplikationen bei älteren Schwangeren befragt um herauszufinden was sie zum Thema „späte Mütter“ wissen.

Außerdem sollen in dieser Arbeit folgende Fragestellungen beantwortet werden.

- Was sind die häufigsten Gründe für eine späte Schwangerschaft?
- Was sind die Vor- und Nachteile später Schwangerschaften?
- Wie verlaufen Schwangerschaften von Frauen über 35 Jahren?
- Welche Ansichten gibt es zu späten Schwangerschaften?

3.2. Hypothesen

Aus den bereits erwähnten Zielen und Fragestellungen sowie der zuvor gelesenen Literatur entwickelten sich folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Die Mehrzahl der späten Erstgebärenden sind Akademikerinnen.

Hypothese 2: Die Mehrzahl der späten Erstgebärenden ist bei der Geburt ihres Kindes in einer festen Partnerschaft.

Hypothese 3: Die Motive für späte Schwangerschaften sind oft der Karrierewunsch und ein fehlender Partner.

Hypothese 4: Während des Studiums liegt der Kinderwunsch bei Studentinnen noch in weiter Ferne.

Hypothese 5: Den Studentinnen sind Berufserfolg, ein gutes Einkommen und eine feste Partnerschaft wichtig für einen Kinderwunsch

Hypothese 6: Die Studentinnen sind der Meinung, dass späte Schwangerschaften mehr Komplikationen mit sich bringen als Schwangerschaften in jüngeren Jahren.

Hypothese 7: Die Studentinnen sind der Meinung, dass es unverantwortlich ist, ab einem Alter über 40 noch Kinder zu bekommen.

3.3. Material und Methoden

3.3.1. Planung und Durchführung der Untersuchung

Die Studie basiert auf der Analyse einer Stichprobe von 109 Müttern, im Alter zwischen 35 und 58 Jahren, welche in einem Alter über 35 Jahren, ihr erstes Kind bekamen. Außerdem wurden 100 Studentinnen der Uni Wien, WU und TU befragt, welche zwischen 18 und 28 Jahre alt waren.

Die Daten der Mütter sowie Studentinnen wurden im Zeitraum November 2013 bis Jänner 2014 erhoben. Die Kontaktaufnahme mit den Müttern stellte sich anfangs ein wenig schwierig dar, da es schwer war, an passende Probandinnen zu kommen. Zirka die Hälfte kamen über diverse Freunde und Bekannte sowie deren Bekanntschaften zusammen, wobei die Fragebogenübermittlung persönlich oder mittels E-Mail-Kontakt stattfand, die andere Hälfte füllte die Fragen via Internet aus, wo der Fragebogen in diversen „Schwangerschafts- sowie Mutterforen“ gepostet

wurde. Der Onlinefragebogen wurde über die Homepage www.soscisurvey.de erstellt. Die Kontaktaufnahme mit den Studentinnen erfolgte persönlich an der Universität, in Lehrveranstaltungen, Pausen sowie in verschiedenen Bibliotheken.

3.3.2. Fragebogen

Der quantitative Fragebogen (siehe Anhang) wurde eigens für diese Diplomarbeit erstellt und die Fragen wurden aufgrund vorhergehender Literaturrecherche zusammengestellt. Ein Fragebogen war für die späten Mütter gedacht, der zweite für die Studentinnen, beide Fragebögen wurden unterschiedlich ausgewertet.

Der Fragebogen für die späten erstgebärenden Mütter besteht aus 39, der für die Studentinnen aus 24 Fragen, wobei persönliche demographische Daten (Alter, Ausbildung, Familienstand, Alter bei der Geburt, Anzahl der Kinder,...) sowie Daten zur Kinderplanung, Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Meinungen zur späten Schwangerschaft erhoben wurden. Da den Probandinnen einige sehr persönliche Fragen gestellt wurden, stellte die Anonymität der Probandinnen eine wichtige Voraussetzung dar. Beide Fragebögen beinhalten sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Es wurde darauf geachtet, dass das Ausfüllen recht schnell funktioniert und der Zeitaufwand, für die Probandinnen möglichst gering gehalten wird. Daher handelt es sich bei den geschlossenen Fragen meist um Single Choice oder Multiple Choice Aufgaben, wobei immer mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen als auch ein weiterer Punkt für andere Gründe, und Bewertungsskalen.

3.3.3. Statistische Auswertung

Die Eingabe und Auswertung der Fragebögen erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms „SPSS Statistics 21“. Die erhobenen Daten wurden anhand dieses Programmes in eine SPSS-Datenmaske eingetragen und anschließend ausgewertet. Bei der Analyse wurden folgende deskriptiv-statische Zahlen berechnet: Mittelwert, Standardabweichung sowie absolute und relative Häufigkeit.

Der Vergleich der beiden Probandinnengruppen (Mütter und Studentinnen) wurde mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt, wobei dieser die Zusammenhänge zwischen den Variablen testet und ihre Signifikanz prüft, wobei ein Signifikanzniveau von: $p \leq 0,05$ (signifikant) und $p \geq 0,05$ (nicht signifikant), angenommen wurde.

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse der Späten Erstgebärenden

4.1.1. Alter

An der empirischen Untersuchung nahmen 109 Frauen im Alter zwischen 35 und 58 Jahren teil, wobei sieben der Probandinnen ihr Alter nicht bekanntgaben.

4.1.2. Ausbildung

Der Großteil der Probandinnen, mit 67,9%, hat einen Hochschulabschluss, 18,3% haben Matura, 11,9% einen Lehrabschluss und 1,8% einen Pflichtschulabschluss als höchste Ausbildung.

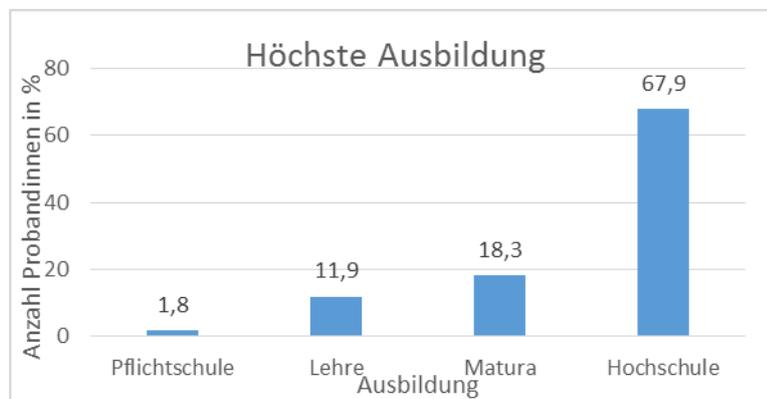


Abbildung 1: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Mütter

4.1.3. Familienstand

Die Mehrheit der Probandinnen, mit 69,7%, war zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet, in einer festen Partnerschaft waren 20,2%, 5,5% waren geschieden und 4,6% ledig. Alle Frauen, welche in einer Ehe bzw. Beziehung lebten, gaben an, mit dem Vater des Kindes beziehungsweise der Kinder zusammen zu sein.

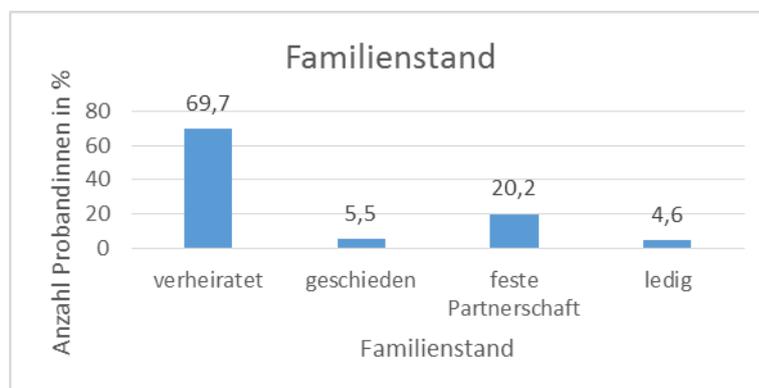


Abbildung 2: Familienstand der Mütter

4.1.4. Berufstätigkeit

Von den befragten Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung 75,2% berufstätig, die anderen 24,8% waren nicht berufstätig, wobei von diesen 27 Frauen 13 noch in Karenz waren. Vor der Schwangerschaft waren alle Probandinnen bis auf eine berufstätig.

Beim Berufseinstieg nach der Schwangerschaft kamen von einem sofortigen Berufseinstieg bis zu einer Pause von 204 Monaten alle möglichen Werte vor, daher wurden die Monate in Gruppen zusammengefasst um die Ergebnisse besser veranschaulichen zu können. Sofort nach der Geburt waren 4,6% wieder berufstätig, nach 1-3 Monaten 11%, 11,9% nach 4-6 Monaten, 23,9% nach 7-12 Monaten, zwischen einem und zwei Jahren wurden 13,7% wieder berufstätig und erst nach über zwei Jahren stiegen 16,5% der Probandinnen wieder in ihren Beruf ein. Im Durchschnitt blieben die Frauen 20 Monate zuhause, bis sie wieder zu arbeiten begannen. Zwei Frauen ließen diese Frage aus und 18 Frauen konnten diese Frage nicht beantworten, da sie noch in Karenz, wieder schwanger oder seit der Geburt nicht wieder berufstätig waren.

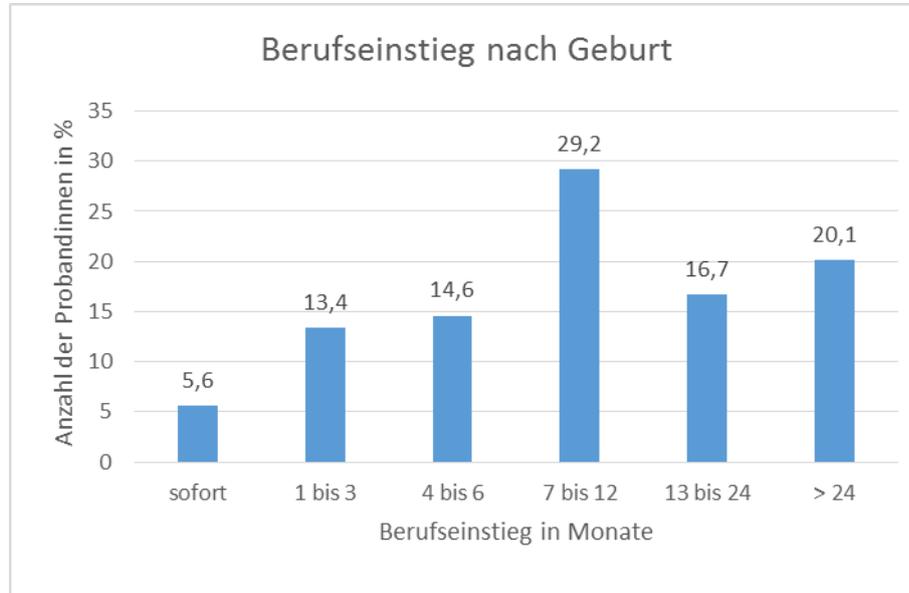


Abbildung 3: Dauer bis zum erneuten Berufseinstieg nach der Geburt

4.1.5. Anzahl der Kinder

Bei der Anzahl der Kinder zeigt sich, dass 66,1% der Probandinnen eines, 27,5% zwei, 4,6% drei und 1,8% vier Kinder haben. Im Durchschnitt bekamen die Frauen 1,4 Kinder.

4.1.6. Geburtsalter

Das Erstgeburtsalter der Probandinnen reicht von 35 bis 46 Jahren, wobei das Durchschnittsgebäralter 37,8 Jahre beträgt (mit einer Standardabweichung von 2,37). Die meisten bekamen ihr erstes Kind im Alter zwischen 35 und 40 Jahren, wobei es 19,4% mit 35, 16,7% mit 36, 13,9% mit 37, 15,7% mit 38, 9,3% mit 39 und 12,9% mit 40 Jahren bekamen.

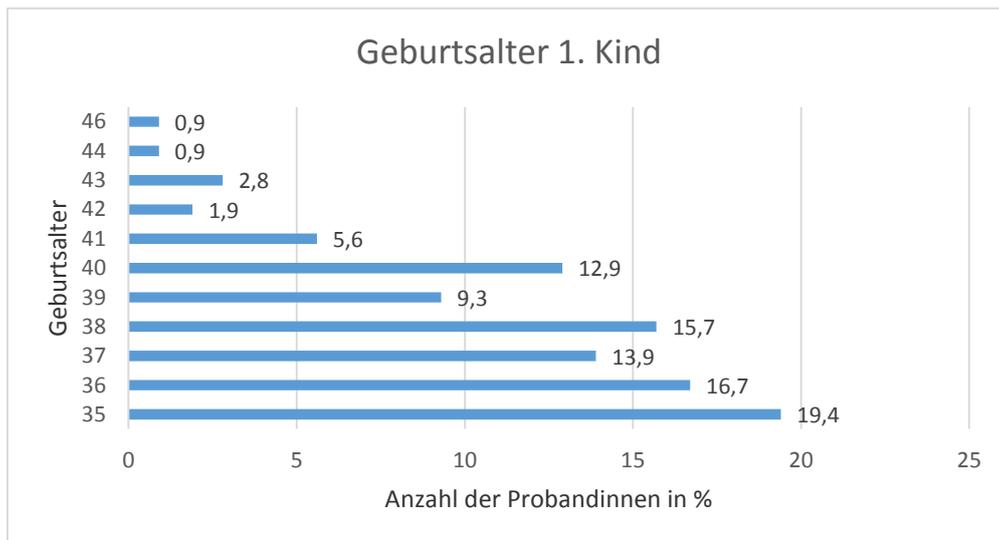


Abbildung 4: Alter der Mütter bei der ersten Geburt

30 der 109 Probandinnen bekamen noch ein zweites Kind, jedoch hatten nur 19 davon ihr Alter bei der zweiten Geburt angegeben, welches von 36 bis 45 Jahre reicht.

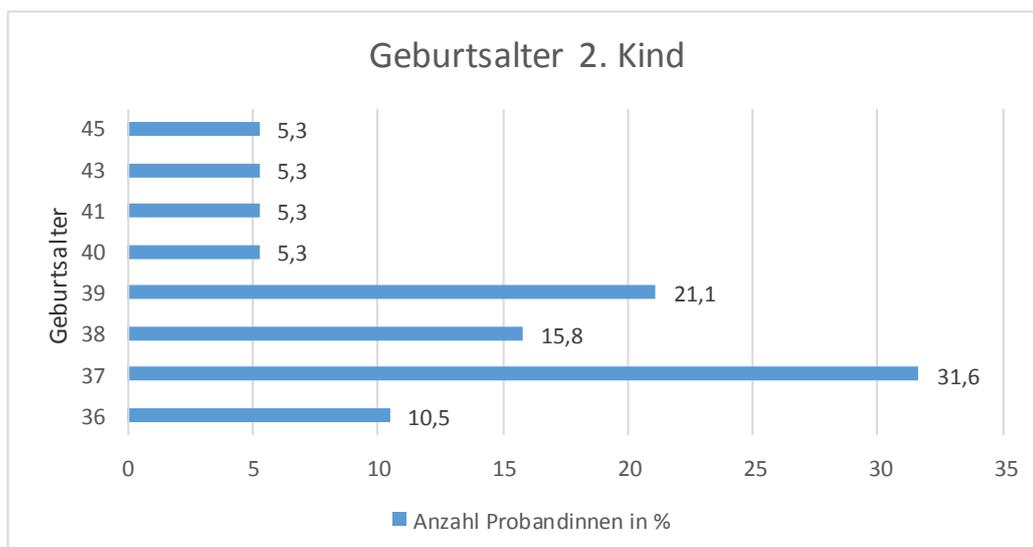


Abbildung 5: Alter der Mütter bei der zweiten Geburt

Vier Frauen bekamen noch ein drittes Kind, wobei eine Frau es mit 38, eine mit 39 und zwei mit 40 Jahren bekommen haben. Eine Frau hat noch ein viertes Kind mit 42 Jahren bekommen.

4.1.7. War das Kind geplant?

Bei 86,9% der Probandinnen war die Schwangerschaft geplant, 9,3% ließen es darauf ankommen und bei 3,7% handelte es sich um keine geplante Schwangerschaft.

4.1.8. Gründe für die späte Schwangerschaft

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den Gründen für ihre späte Schwangerschaft befragt, wobei sie die vorgegebenen Gründe anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld, wo sie weitere für sie relevante Gründe hinzufügen konnten.

Psychische Reife als ein Grund für die späte Schwangerschaft war für 9,4% sehr zutreffend, für 31,1% zutreffend, für 25,5% eher nicht zutreffend und für 34% nicht zutreffend.

Die Finanzielle Unabhängigkeit war für die späte Schwangerschaft bei 15,2% sehr zutreffend, bei 33,3% zutreffend, bei 23,8% eher nicht zutreffend und bei 27,6% nicht zutreffend als Grund für die späte Schwangerschaft.

Lebenserfahrung war für 11,3% sehr zutreffend, für 32,1% zutreffend, für 34% eher nicht zutreffend und bei 22,6% nicht zutreffend als Grund für die späte Schwangerschaft.

Für 52,3% der Probandinnen war eine feste Partnerschaft ausschlaggebend für die späte Schwangerschaft, zutreffend war dies für 22,4%, bei 13,1% eher nicht zutreffend und bei 12,1% nicht zutreffend.

Ein eigenes Heim war nur für 10,4% der befragten Mütter ein wichtiger Grund für die späte Schwangerschaft, 19,8 gaben ihn als zutreffend, 27,4% als eher nicht zutreffend und 42,5% als nicht zutreffend an.

Der Zeitdruck war bei 17% der Probandinnen ein sehr zutreffender Grund für die späte Schwangerschaft, bei 30,2% war er zutreffend, bei 22,6% eher nicht zutreffend und bei 30,2% nicht zutreffend.

Bei 16% der Probandinnen war die berufliche Karriere ausschlaggebend für die späte Schwangerschaft, bei 26,4% war dies zutreffend, bei 24,5% eher nicht zutreffend und bei 33% nicht zutreffend.

Der Grund sich ausgelebt zu haben war bei 12,3% sehr zutreffend, bei 22,6% zutreffend, bei 22,6% eher nicht zutreffend und bei 39,6% nicht zutreffend.

Das Verantwortungsbewusstsein war bei 9,4% ein sehr zutreffender Grund für die späte Schwangerschaft, bei 24,5% zutreffend, bei 34% eher nicht zutreffend und bei 32,1% nicht zutreffend.

Eine fertige Ausbildung war für 16% der Probandinnen ein sehr zutreffender Grund, für 22,6% zutreffend, für 18,9% eher nicht zutreffend und für 42,5% ein nicht zutreffender Grund für die späte Schwangerschaft.

Unzufriedenheit im Beruf war für den Großteil, mit 70,8%, nicht zutreffend, für 20,8% eher nicht zutreffend, zutreffend für 5,7% und für 2,8% sehr zutreffend als Grund für die späte Schwangerschaft.

Stress im Beruf war für 67,9% ein nicht zutreffender Grund für die späte Schwangerschaft, für 23,6% eher nicht zutreffend, für 5,7% zutreffend und für 2,8% zutreffend.

Das etwas im Leben fehlte war bei 23,6% der Probandinnen ein sehr zutreffender Grund, bei 31,1% zutreffend, bei 16% eher nicht zutreffend und bei 29,2% nicht zutreffend.

Endlich schwanger geworden zu sein, war für 28,7% der Probandinnen sehr zutreffend, für 12% zutreffend, für 13,9% eher nicht zutreffend und für 45,5% nicht zutreffend, als Grund für die späte Schwangerschaft.

Der Grund „Wollte schon immer spät ein Kind“ war für 57,5% der Probandinnen nicht zutreffend, für 23,6% eher nicht zutreffend, für 14,2% zutreffend und für 4,7% sehr zutreffend.

Der Grund, dass der Partner endlich Kinder wollte, war für 58,5% nicht zutreffend, für 18,9% eher nicht zutreffend, für 17,9% zutreffend und für 4,7% sehr zutreffend als Grund für die späte Schwangerschaft.

Ein fester Stand im Leben war für 43,4% der Probandinnen keine zutreffende Voraussetzung für die späte Mutterschaft, für 29,2% eher nicht zutreffend, für 23,6% zutreffend und für 3,8% sehr zutreffend.

Der Grund endlich verheiratet zu sein war für 75,7% der Probandinnen nicht zutreffend, für 14% eher nicht zutreffend, für 5,6% zutreffend und für 4,7% sehr zutreffend als Grund für die späte Schwangerschaft.

Ein besserer Umgang mit Krisensituationen war für 6,6% der späten Mütter ein sehr zutreffender Grund, für 16% zutreffend, für 29,2% eher nicht zutreffend und für 48,1% nicht zutreffend als Grund für die späte Mutterschaft.

Die Probandinnen hatten am Ende der Tabelle einen weiteren Punkt bei dem sie andere Gründe für ihre späte Schwangerschaft hinzufügen konnten. Acht Frauen gaben an, dass es sehr lange gedauert hatte bis sie schwanger wurden. Bei einer Frau dauerte es 15 Jahre, eine andere gab an, dass bei ihr vor Jahren eine Sterilität festgestellt wurde und ihr Kind ein Wunder sei. Neun der Probandinnen gaben an, dass sie ihren Lebenspartner bzw. einen Partner mit dem sie sich Kinder vorstellen konnten, erst sehr spät kennen gelernt haben. Drei Frauen hatten zuvor einige Fehlgeburten, zwei gaben an, dass es aus medizinischen Gründen früher nicht möglich war, zwei meinten, dass ein Kind vorher nicht in ihr Leben gepasst hätte und sie dazu noch nicht bereit waren und zwei gaben eine feste Arbeitsstelle bzw. fertige Ausbildung und Berufserfahrung als Grund an.

Tabelle 2

Ausschlaggebende Gründe für die späte Schwangerschaft der Probandinnen (%)

Gründe	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Psychische Reife	9,4%	31,1%	25,5%	34,0%
Finanzielle Unabhängigkeit	15,2%	33,3%	23,8%	27,6%
Lebenserfahrung	11,3%	32,1%	34,0%	22,6%
Feste Partnerschaft	52,3%	22,4%	13,1%	12,1%
Eigenes Heim	10,4%	19,8%	27,4%	42,5%
Zeitdruck	17,0%	30,2%	22,6%	30,2%
Berufliche Karriere	16,0%	26,4%	24,5%	33,0%
Ausgelebt haben	12,3%	22,6%	25,5%	39,6%
Verantwortungsbewusstsein	9,4%	24,5%	34,0%	32,1%
Fertige Ausbildung	16,0%	22,6%	18,9%	42,5%
Unzufriedenheit im Beruf	2,8%	5,7%	20,8%	70,8%
Stress im Beruf	2,8%	5,7%	20,8%	70,8%
Es fehlte etwas im Leben	23,6%	31,1%	16,0%	29,2%
Endlich schwanger	28,7%	12,0%	13,9%	45,5%
Wollte schon immer spät ein Kind	4,7%	14,2%	23,6%	57,5%
Partner wollte endlich Kinder	4,7%	17,9%	8,9%	58,5%
Fester Stand im Leben	3,8%	23,6%	29,2%	43,4%
Endlich verheiratet	4,7%	5,6%	14,0%	75,7%
Umgang mit Krisen	6,6%	16,0%	29,2%	48,1%

4.1.9. Waren Sie sich bewusst, dass eine Schwangerschaft über 35 gewisse Risiken haben kann?

Bei der Frage, ob sich die Probandinnen über die Risiken einer späten Schwangerschaft bewusst waren, gaben 80,7% Ja und 2,8% Nein an und 16,5% hatten sich keine Gedanken zu diesem Thema gemacht.

4.1.10 Warum haben Sie sich trotzdem für eine späte Schwangerschaft entschieden?

Trotz der bewussten Risiken haben sich 48,6% aufgrund ihres großen Kinderwunsches für die späte Schwangerschaft entschieden. 11,9% sahen das Risiko als trotzdem sehr gering an und 24,8% meinten, dass die Schwangerschaft mit ärztlichen Untersuchungen kein Problem darstellt. Jeweils 4,6% wollten es einfach riskieren oder haben nicht darüber nachgedacht und 7,3% gaben andere Gründe an. Die Antwortmöglichkeit „Ich wollte nicht abtreiben und ich weiß nicht“ wurde von keiner der Probandinnen gewählt.

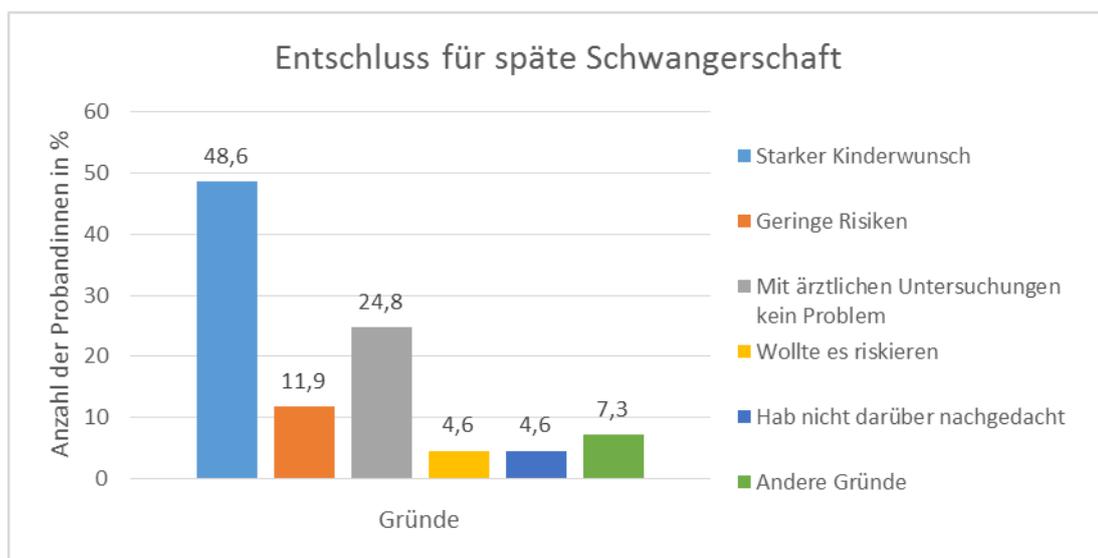


Abbildung 6: Entscheidender Grund für späte Schwangerschaft trotz Risiken

4.1.11. Vorsorgeuntersuchungen

Von den 109 Probandinnen haben 106 (97,2%) Vorsorgeuntersuchungen machen lassen und nur drei (2,8%) haben völlig auf diese verzichtet. Der Großteil der Probandinnen hat mit 83,3% ein Ultraschall-Screening, 64,8% eine Nackentransparenz, 28,7% einen Triple-Test, 13% eine Fruchtwasserpunktion und 4,6% eine Chromosomenanalyse in Anspruch genommen. 9,3% gaben an, andere Untersuchungen wie Praena Test, Chorionzottenbiopsie, Organfeinultraschall,

Amniozentese und Combined Test als weitere Untersuchung an. Die Antwortmöglichkeit einer Nabelschnurpunktion hat keine der Probandinnen gewählt.

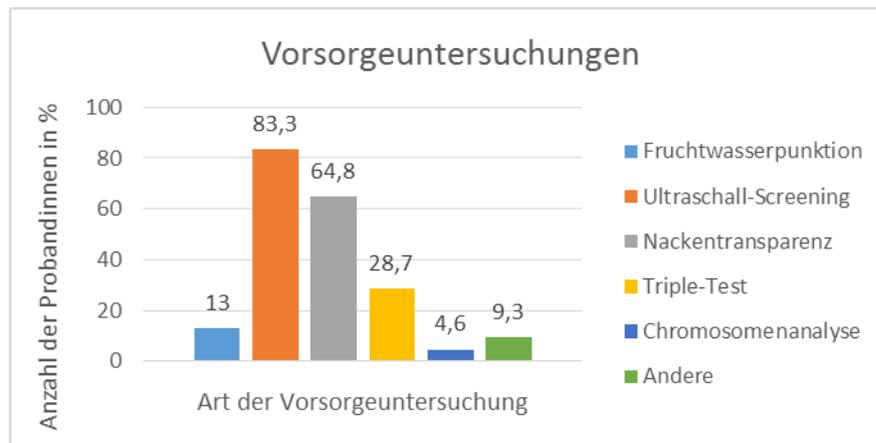


Abbildung 7: Arten der Vorsorgeuntersuchungen, welche die späten Mütter machen ließen

Als Grund für die Untersuchung hat die Mehrheit der Probandinnen, mit 40,4%, das steigende Risiko im höheren Alter angegeben, 31,2% führten die Untersuchungen aufgrund des Anratens ihres Arztes durch, 29,4% empfanden diese Untersuchungen einfach als üblich und 26,6% hatten Angst wegen Trisomie 21. Aufgrund ihres hohen Alters hatten 16,5% Angst, 0,9% gaben an, dass sie nicht wissen, warum sie diese Untersuchungen gemacht haben, und 15,6% gaben andere Gründe an wie beispielsweise Behinderungen in der Familie wurde von fünf Frauen abgegeben, bei zwei anderen waren vorherige Schwangerschaften Fehlgeburten und zwei der Probandinnen wollten psychisch auf eventuelle Fehlbildungen vorbereitet sein.

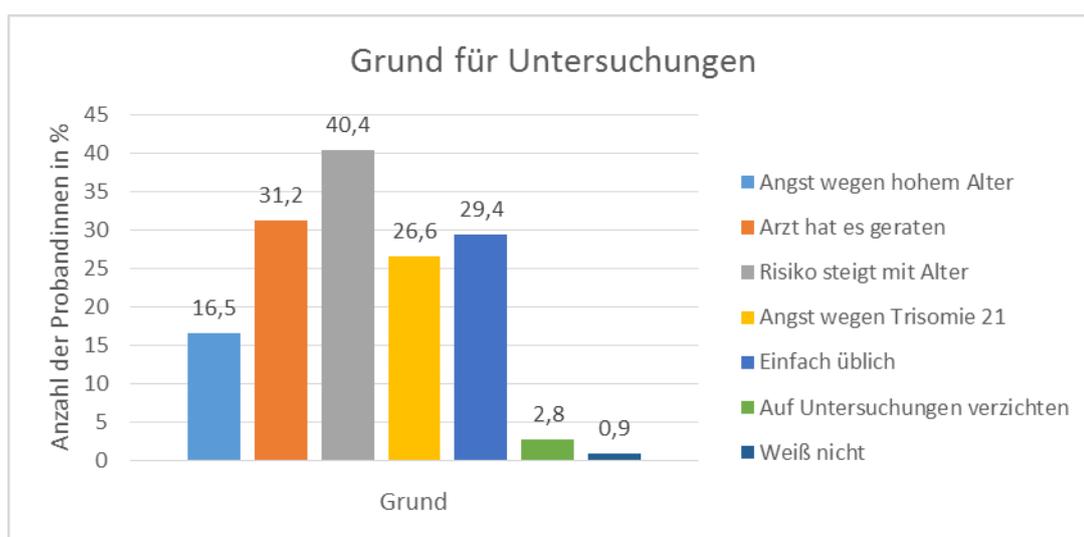


Abbildung 8: Gründe, wieso Vorsorgeuntersuchungen gemacht wurden

66,4% der Probandinnen gaben an, dass sie die Vorsorgeuntersuchungen nicht nur aufgrund ihres höheren Alters machen haben lassen, sondern dies auch in jüngeren Jahren gemacht hätten. 26,2% glauben, dass sie diese aufgrund ihres Alters gemacht haben und 7,5% wissen nicht ob die Entscheidung altersabhängig war.

4.1.12. Wartezeit bis zur gewünschten Schwangerschaft

87,2% der befragten Frauen wurden auf natürlichem Wege schwanger, wobei dies bei 36,4% sehr schnell funktionierte, bei 15,2% nach ein paar Monaten, bei 9,1% zwischen einem halben Jahr und Jahr, bei 17,2% dauerte es über ein Jahr, bei 18,2% mehrere Jahre und bei 3% war das Kind nicht geplant. 12,8% der Probandinnen wurden nicht auf natürlichem Wege sondern aufgrund einer künstlichen Befruchtung schwanger. Bei den 14 künstlichen Befruchtungen handelte es sich bei 11 Probandinnen um eine ICSI, bei zwei um eine Intrauterine Insemination und eine In-Vitro-Fertilisation. Die künstliche Befruchtung klappte bei einigen gleich beim ersten Mal bis hin zu einer Dame wo, es erst beim siebten Mal klappte.

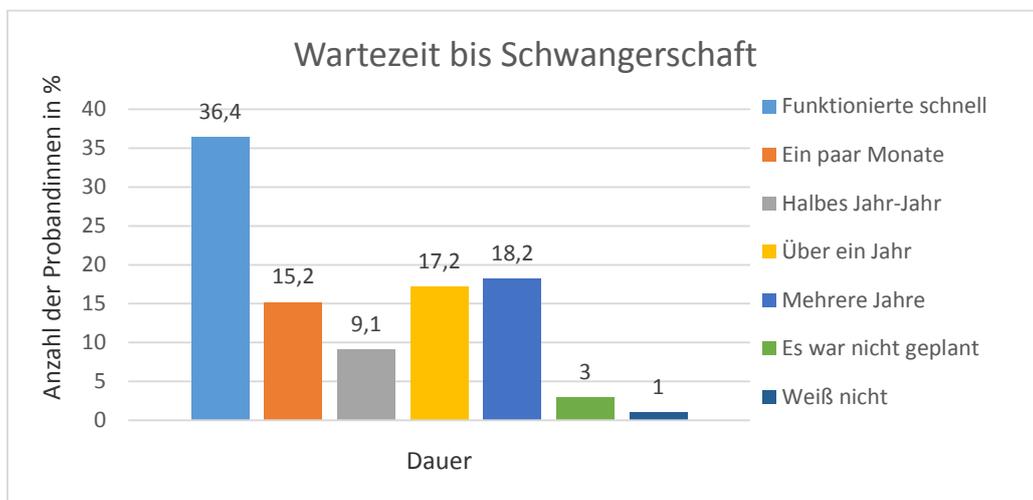


Abbildung 9: Wartezeit der Probandinnen bis sie schwanger wurden

4.1.13. Schwangerschaftsbeschwerden

51,4% der Probandinnen gaben an, an Schwangerschaftsbeschwerden gelitten zu haben, während die anderen 48,6% keine Probleme während der Schwangerschaft hatten.

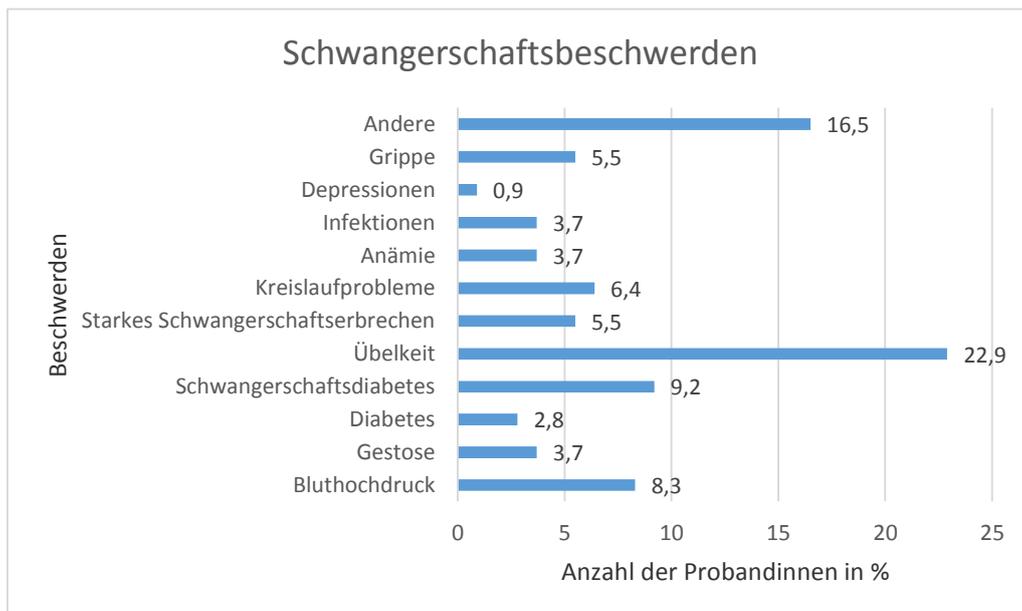


Abbildung 10: Schwangerschaftsbeschwerden während der Schwangerschaft

Die Probandinnen konnten weitere Beschwerden angeben, an denen sie während der Schwangerschaft litten. Beispielsweise wurden Nierenstau (2), Sodbrennen (3), starke Rückenschmerzen (2), tägliches starkes Nasenbluten, Geruchsempfindlichkeiten, Schlafstörungen, leichte Blutungen während der Schwangerschaft (3), viel verkürzter Gebärmutterhals (2) und extreme Wassereinlagerungen genannt.

4.1.14. Geburtswoche

Die Geburt des Kindes erfolgt bei den Probandinnen zwischen der 33. und 43. Schwangerschaftswoche, wobei die meisten Kinder zwischen der 38. und der 40. Schwangerschaftswoche zur Welt kamen. Im Durchschnitt kamen die Kinder in der 39. Schwangerschaftswoche zur Welt wobei die Standardabweichung 2,34 beträgt.

4.1.15. Geburt

89,8% der Probandinnen wünschten sich eine natürliche Geburt und 10,2% wollten einen Kaiserschnitt. 43,9% der Kinder kamen natürlich zur Welt, 43% per Kaiserschnitt und 13,1% per Saugglocke. 96,3% der Kinder kamen im Spital zur Welt, 2,8% im Krankenwagen und 0,9% zu Hause

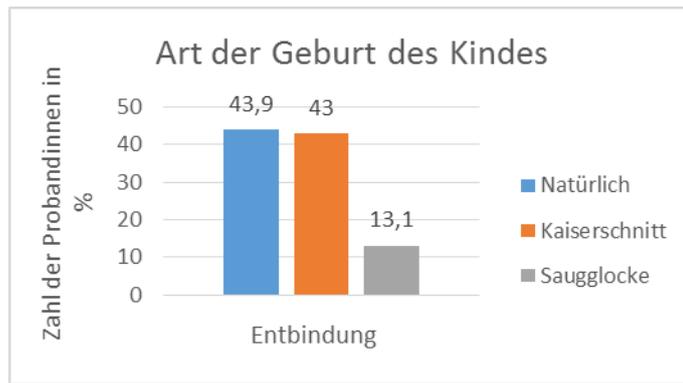


Abbildung 11: Art der Entbindung des Kindes

4.1.16. Geburtskomplikationen

Die häufigste Geburtskomplikation war ein unerwarteter Kaiserschnitt, welcher bei 25,2% der Probandinnen stattfand. Bei jeweils 16,8% gab es einen vorzeitigen Blasensprung und eine verkehrte Lage des Kindes. Eine längere Geburtsdauer kam bei 14% der Geburten vor und 15% der Kinder wurden mit einer Saugglocke entbunden.

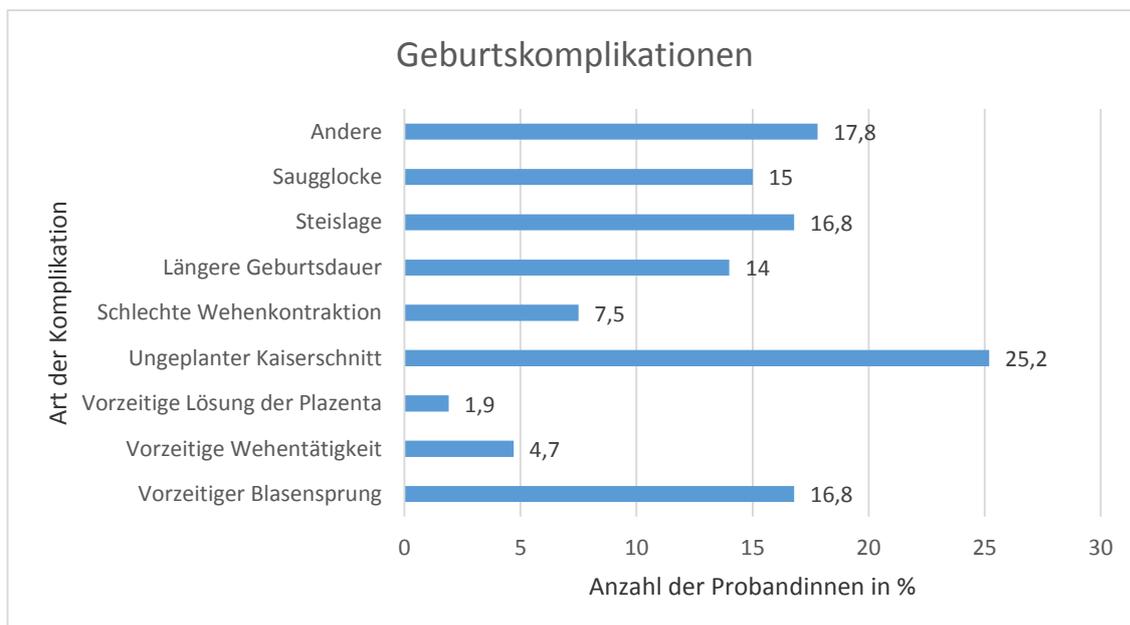


Abbildung 12 Komplikationen während der Geburt

17,8% der Probandinnen gaben an, dass es andere Komplikationen während der Geburt gab wie beispielsweise, dass der Kopf nicht ins Becken wollte, zu wenig Fruchtwasser vorhanden war, schlechte Blutwerte, kaum Reaktion auf geburtseinleitende Medikamente, Nachblutungen, Verlust von Fruchtwasser, Geburtsstillstand, Nabelschnur um den Hals und eine Beckenendlage des Kindes.

4.1.17. Vorteile später Schwangerschaften

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den Vorteilen von späten Schwangerschaften befragt, wobei sie die vorgegebenen Vorzüge anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld, wo sie weitere, für sie relevante Vorteile hinzufügen konnten.

Psychische Reife als Vorteil von späten Schwangerschaften gaben 38,1% der Probandinnen als sehr zutreffend, 48,6% als zutreffend, 13,3% als eher nicht zutreffend und keine als nicht zutreffend an.

Eine finanzielle Unabhängigkeit finden 34,3% der Mütter sehr zutreffend, 57,1% zutreffend, 6,7% eher nicht zutreffend und 1,9% nicht zutreffend als Vorteil von späten Schwangerschaften.

Genügend Lebenserfahrung finden 49,5% der Probandinnen als sehr zutreffend, 42,9% als zutreffend, 6,7% als eher nicht zutreffend und 1% nicht zutreffend, als Vorteil von späten Schwangerschaften.

Eine stabile Partnerschaft als Vorteil von späten Schwangerschaften empfinden 28,8% der Probandinnen als sehr zutreffend, 45,2% als zutreffend, 19,2% als eher nicht zutreffend und 6,7% als nicht zutreffend.

Ein wirklicher Kinderwunsch als Vorteil von späten Schwangerschaften ist für 24,8% der Probandinnen sehr zutreffend, für 45,7% zutreffend, für 21,9% eher nicht zutreffend und für 7,6% nicht zutreffend.

Ein eigenes Heim als Vorteil von späten Schwangerschaft empfinden 14,9% als sehr zutreffend, 33,7% als zutreffend, 31,7% als eher nicht zutreffend und 19,8% als nicht zutreffend.

Die Karriere als Vorteil von späten Schwangerschaften finden 17,3% der Probandinnen als sehr zutreffend, 36,5% als zutreffend, 29,8% als eher nicht zutreffend und 16,3% als nicht zutreffend.

Ein fester Stand im Leben als Vorteil von späten Müttern war für 31,7% der Probandinnen sehr zutreffend, für 53,8% zutreffend, für 11,3% eher nicht zutreffend und für 3,8% nicht zutreffend.

Einen besseren Umgang mit Krisen, empfinden 27,5% der Probandinnen sehr zutreffend, 43,1% als zutreffend, 21,6% als eher nicht zutreffend und 7,8% als nicht zutreffend, als Vorteil von später Mutterschaft.

Eine größere Toleranz empfinden 26% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 45,2% als einen zutreffenden, 23,1% als einen eher nicht zutreffenden und 5,8% als einen nicht zutreffenden Vorteil von späten Schwangerschaften.

Das Gefühl nichts mehr zu verpassen als Vorteil von späten Müttern empfinden 32,7% als sehr zutreffend, 45,2% als zutreffend, 14,4% als eher nicht zutreffend und 7,7% als nicht zutreffend.

Ein höheres Verantwortungsbewusstsein als Vorteil von späten Müttern empfinden 29,8% als sehr zutreffend, 45,2% als zutreffend, 19,2% als eher nicht zutreffend und 5,8% als nicht zutreffend.

Die Probandinnen hatten die Möglichkeit weitere Vorteile von späten Schwangerschaften bzw. Müttern anzugeben. Dabei wurden folgende Punkte jeweils einmal genannt: „Lebenserfahrung“, „Stabiles Umfeld“, „Umgang mit Kindern“ „Gelassener“, „Konzentration auf das Kind möglich, „Da man sich nicht mehr ausleben muss“, „Selbstbewusster und Selbstbestimmter“ und „Späte Mütter haben in der Regel eine bessere Ausbildung, daher sind sie besser abgesichert, auch wenn es in der Partnerschaft schief gehen sollte“.

Tabelle 3:

Vorteile von späten Schwangerschaften

Vorteile	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Psychische Reife	38,1%	48,6%	13,3%	0,0%
Finanzielle Unabhängigkeit	34,3%	57,1%	6,7%	1,9%
Lebenserfahrung	49,5%	42,9%	6,7%	1,0%
Stabile Partnerschaft	28,8%	45,2%	19,2%	6,7%
Wirklicher Kinderwunsch	24,8%	45,7%	21,9%	7,6%
Eigenes Heim	14,9%	33,7%	31,7%	19,8%

Karriere	17,3%	36,5%	29,8%	16,3%
Fester Stand im Leben	31,1%	53,8%	11,3%	3,8%
Besserer Umgang mit Krisen	27,5%	43,1%	21,6%	7,8%
Toleranz	26,0%	45,2%	23,1%	5,8%
Gefühl nichts mehr zu verpassen	32,7%	45,2%	14,4%	7,7%
Verantwortungsbewusster	29,8%	45,2%	19,2%	5,8%

4.1.18. Nachteile später Schwangerschaften

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den Nachteilen von späten Schwangerschaften befragt, wobei sie die vorgegebenen Mankos anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld, wo sie weitere, für sie relevante Nachteile hinzufügen konnten.

Schwangerschaftskomplikationen als Nachteil von späten Schwangerschaften empfinden 17% der Probandinnen als sehr zutreffend, 36% als zutreffend, 37% als eher nicht zutreffend und 10% als nicht zutreffend.

Die Reaktion der Mitmenschen auf späte Mütter ist für 4,9% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 17,6% eine zutreffender, für 37,3% ein eher nicht zutreffender und für 40,2% ein nicht zutreffender Nachteil von späten Schwangerschaften.

Dass das Kind alte Eltern hat empfinden 13,2% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 34% als zutreffenden, 37,7% als eher nicht zutreffenden und 15,1% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Schwangerschaften.

Mehrere Fehlgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften finden 10,1% der Probandinnen als sehr zutreffend, 49,5% als zutreffend, 29,3% als eher nicht zutreffend und 10,1% als nicht zutreffend.

Dass ältere Mütter nicht mehr so fit sind, empfinden 8,9% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 15,8% als zutreffenden, 43,6% als eher nicht zutreffenden und 31,7% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Schwangerschaften.

Ein höheres Risiko an Schwangerschaftskrankheiten zu leiden als Nachteil von späten Schwangerschaften ist für 5,1% der Probandinnen sehr zutreffend, für 21,2% zutreffend, für 52,5% eher nicht zutreffend und für 21,2% nicht zutreffend.

Mehr Frühgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften empfinden 4% der Probandinnen als sehr zutreffend, 16,2% als zutreffend, 49,5% als eher nicht zutreffend und 30,3% als nicht zutreffend.

Ein höheres Risiko für Trisomie 21 beim Neugeborenen ist für 18,8% der Probandinnen sehr zutreffend, für 56,4% zutreffend, für 16,8% eher nicht zutreffend und für 7,9% nicht zutreffend als Nachteil später Schwangerschaften.

Das ältere Mütter psychisch nicht mehr so belastbar sind, ist für 4% der Probandinnen, ein sehr zutreffender, für 5% ein zutreffender, für 36% ein eher nicht zutreffender und für 55% ein nicht zutreffender Nachteil von späten Müttern.

Eine höhere Säuglingssterblichkeit als Nachteil von späten Schwangerschaften ist für 2,1% der Probandinnen sehr zutreffend, für 5,2% zutreffend, für 40,2% eher nicht zutreffend und für 52,6% nicht zutreffend.

Mehr kranke Neugeborene als Nachteil von späten Schwangerschaften empfinden 3% der Probandinnen als sehr zutreffend, 4% als zutreffend, 41,4% als eher nicht zutreffend und 51,5% als nicht zutreffend.

Dass ältere Mütter nicht mehr so viel aushalten, ist für 5% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 3% ein zutreffender, für 30% ein eher nicht zutreffender und für 62% ein nicht zutreffender Nachteil von später Mutterschaft.

Dass es keine Nachteile von späten Schwangerschaften bzw. Müttern gibt empfinden 9,9% der Probandinnen als sehr zutreffend, 38,5% als zutreffend, 26,4% als eher nicht zutreffend und 25,3% als nicht zutreffend.

Die Probandinnen konnten weitere Nachteile in einem offenen Feld eintragen, wobei diese beispielsweise genannt wurden: „Höhere Wahrscheinlichkeit für Chromosomenanomalien“, „Man weiß nicht ob es noch klappt“, „Je später man schwanger wird, desto höher ist man in der Karriereleiter und desto schwieriger wird es, auf längere Zeit zu pausieren und dem Kind genug Zeit zu widmen.“, „Viele späte Kinder bleiben Einzelkinder“, „Früher Tod der Eltern“, „Bei Wunsch nach mehreren

Kindern ist die Zeit begrenzt“, „Geschwister müssen schnell geplant werden“ und „Man wird im hohen Alter Großmutter“.

Tabelle 4:

Nachteile von späten Schwangerschaften und Müttern

Nachteile	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Schwangerschaftskomplikationen	17,0%	36,0%	37,0%	10,0%
Reaktion der Mitmenschen	4,9%	17,6%	37,3%	40,2%
Kind hat alte Eltern	13,2%	34,0%	37,7%	15,1%
Öfters Fehlgeburten	10,1%	49,5%	29,3%	11,1%
Mutter nicht so fit	8,9%	15,8%	43,6%	31,7%
Schwangerschaftskrankheiten	5,1%	21,2%	52,5%	21,2%
Öfters Frühgeburten	4,0%	16,2%	49,5%	30,3%
Höheres Trisomie 21 Risiko	18,8%	56,4%	16,8%	7,9%
Psychische Belastbarkeit	4,0%	5,0%	36,0%	55,0%
Höhere Säuglingssterblichkeit	2,1%	5,2%	40,2%	52,6%
Mehr kranke Neugeborene	3,0%	4,0%	41,4%	51,5%
Weniger Aushaltungsvermögen	5,0%	3,0%	30,0%	62,0%

4.1.19. Nochmal ein spätes Kind?

Auf die Frage, ob sich die Mütter nochmal so spät für ein Kind entscheiden würden, gaben 72,5% Ja, 17,4% Nein und 2,8% Sie wissen es nicht, an. Acht Probandinnen (7,3%) haben die Beantwortung ausgelassen.

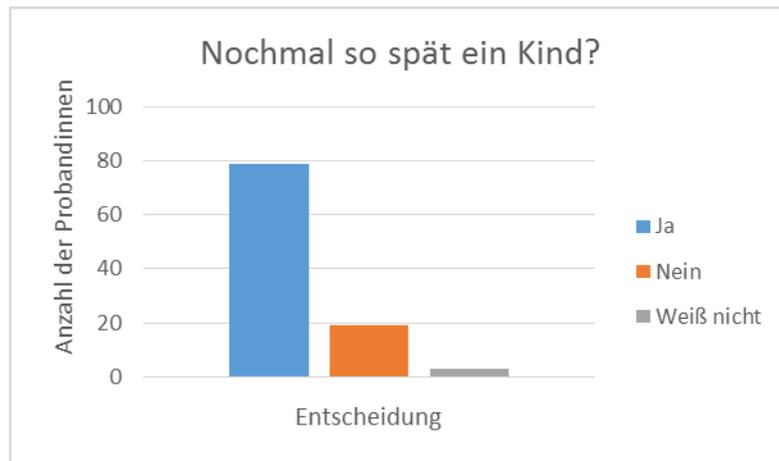


Abbildung 13: Würden Sie sich nochmal so spät für ein Kind entscheiden?

72,5 Prozent der Probandinnen gaben an, dass sie sich noch einmal so spät für ein Kind entscheiden würden und begründeten ihre Angaben beispielsweise mit folgenden Erklärungen:

- „Ja, ich konnte mich beruflich genau dorthin entwickeln wie ich es mir vorgestellt habe.“
- „Ja, ich kann mir ein Leben ohne Kinder nicht mehr vorstellen und wenn es früher nicht klappt, dann würde ich jederzeit wieder so entscheiden“.
- „Ja, aber ich würde nicht mehr bis über vierzig warten, weil man nicht mehr so leicht schwanger werden kann. Das Risiko keine Kinder mehr zu bekommen ist relativ groß.“
- „Ja, es gibt kein falsches Alter um Mutter zu werden.“
- „Ja, da es auch eine Frage der Lebensumstände ist. Außerdem ist das „alt“ sein typabhängig, es gibt viel jüngere Mütter, die nicht so aktiv sind oder antiquiertere Ansichten haben, ebenso wie ältere.“
- „Ja, da für mich persönlich keine Nachteile erkennbar sind.“
- „Ja, für mich war es der richtige Zeitpunkt, weil ich vorher noch nicht bereit zu einem Kind war.“
- „Ja, ich bin eine glückliche Spätgebärende und froh beruflich keine Ambitionen mehr verfolgen zu müssen.“
- „Ja, ich wünsche mir weitere Kinder bis die Natur nicht mehr will.“
- „Ja, weil ich mein Leben voll ausgekostet habe.“

17,4 Prozent der Probandinnen würden, wenn sie noch einmal die Chance hätten, lieber früher ein Kind bekommen und nicht mehr so lange warten, wobei als häufigster Grund, die fehlende Möglichkeit auf Geschwister, genannt wurde.

- „Nein, ich würde lieber früher ein Kind bekommen, dann hätte ich vielleicht mehr als nur eines bekommen.“
- „Nein, hätte ich meinen Mann eher kennengelernt, wäre es auch früher zu einer Schwangerschaft gekommen.“
- „Nein, heute weiß ich, dass es ein Glück war, sofort und so schnell schwanger zu werden und ein gesundes Kind bekommen zu haben. Danach hatte ich zwei Fehlgeburten.“
- „Weil ich Angst habe, die schönen Dinge wie Hochzeit und meine Enkelkinder nicht mehr mitzuerleben.“
- „Mit dem Wissen von heute würde ich lieber ein paar Jahre früher wollen.“
- „Nein, aber nur aus dem Grund weil ich gerne noch weitere Kinder gehabt hätte und diese Chance aufgrund meines Alters nicht mehr besteht.“
- „Nein, weil man als Mutter für die Großmutter gehalten wird“:

4.1.20. Altersgrenze

65,1% der Frauen gaben an, dass es keine Altersgrenze für eine Schwangerschaft geben sollte, 26,6% gaben eine bestimmte Altersgrenze an und 8,3% ließen diese Frage aus. 0,9% der Probandinnen waren für eine Altersgrenze bei 30 Jahren, 3,7% wählten 40 Jahre, 11,9% meinten, dass die Grenze zwischen 41-45 Jahren liegen sollte, 9,1% wählten ein Alter von 45-50 Jahren und 0,9% sind der Ansicht dass die Altersgrenze für Schwangerschaften bei 55 Jahren liegen sollte.

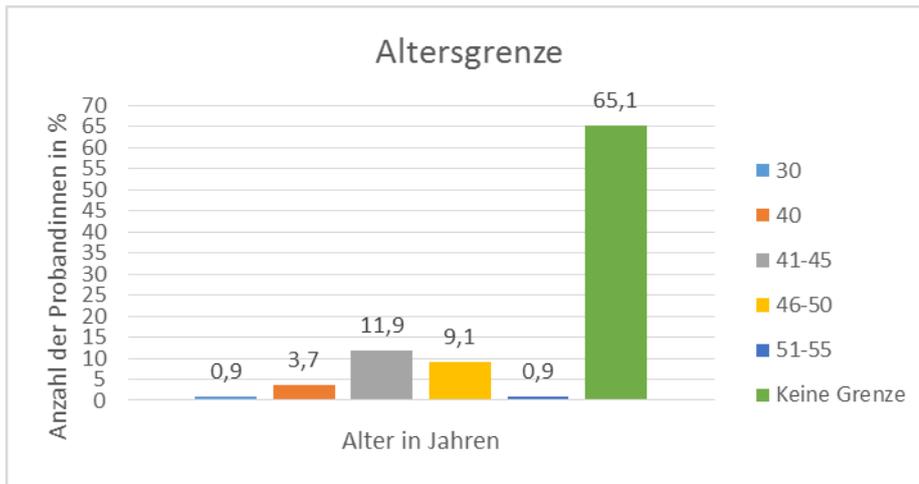


Abbildung 14: Altersgrenze für Schwangerschaften

65,1 Prozent der Probandinnen gaben an, dass es keine Altersgrenze für Schwangerschaften geben sollte, bzw. dass diese sowieso von der Natur vorgegeben sei. Ihre Meinung begründeten sie mit folgenden Erklärungen:

- „Die Natur bestimmt die Grenze, so lange eine Menstruation kommt, kann man schwanger werden.“
- „Keine Altersgrenze, jede Frau sollte das Recht auf Schwangerschaft haben, ohne Einschränkungen.“
- „Eine allgemeine Grenze kann und darf es nicht geben. Die kann man nur persönlich festlegen, da es sich um eine ganz individuelle Entscheidung handelt.“
- „Individuell bei jeder Frau, weil jede Frau anders ist.“
- „Es sollte keine Grenze geben, da jeder selbst entscheiden muss wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist. Außerdem würde es die alten Mütter noch mehr abwerten als es sowieso schon passiert.“
- „Individuell, solange man auf natürlichem Wege schwanger wird.“

- „Keine Altersgrenze, auch Frauen ab 45-50 können gute Mütter sein und jüngere können früher sterben.“
- „Ab dem natürlichen Kreislauf der Wechseljahre. Wird der Körper nicht mehr schwanger sollte man es akzeptieren. Dies ist die natürliche Grenze die es gibt und ist die richtige finde ich.“

3,7 Prozent der Mütter sind der Ansicht, dass die Grenze für Schwangerschaften bei vierzig Jahren gezogen werden sollte.

- „Bis ca. 40. Danach kann es schwierig werden schwanger zu werden und zu alt sollte man für ein Kind nicht sein. Denn es fordert psychisch und physische Höchstleistung.“

11,9 Prozent der Probandinnen finden, dass die Altersgrenze bei 45 Jahren liegen sollte und begründeten ihre Meinung beispielsweise mit folgenden Argumenten:

- „Ich denke, mit Mitte 40 sollte die Grenze liegen, weil einfach das Risiko eines Chromosomendefekts sehr hoch ist und auch das Kind früh Waise ist.“
- „Maximal 45 Jahre. Es geht auch um die Verantwortung dem Kind gegenüber, ich möchte mein Kind auch einen Großteil seines Lebens begleiten können.“
- „Ich denke ab Mitte 40. Sonst sind die Kinder tatsächlich mit den Großeltern unterwegs. Außerdem sind die Risiken sehr hoch.“

10 Prozent der Mütter sind der Meinung, dass die Altersgrenze zwischen 50 und 55 Jahren liegen sollte, wobei sie dies folgendermaßen begründen:

- „Bis ca. 50 Jahre, die biologische Grenze sollte nicht künstlich hinausgeschoben werden.“
- „50 Jahre, für ein Kind kann eine sehr alte Mutter von Nachteil sein, weil sie es zu früh verliert oder weil ggf. zu wenig Verständnis aufgebracht wird.“

4.2. Ergebnisse der Studentinnen

4.2.1. Alter

An der empirischen Untersuchung nahmen 100 Studentinnen im Alter zwischen 18 und 28 Jahren teil. 10% der Studentinnen waren unter 20 Jahre alt, der Großteil war mit 69% zwischen 20 und 24 und zwischen 25 und 28 Jahren waren 21% der Probandinnen.

4.2.2. Universität

Der Hauptteil der Probandinnen, 67%, besucht die Universität Wien, 26% stammen von der WU, 5% studieren am Juridicum und 2% sind Studentinnen der TU.

4.2.3. Familienstand

Der Großteil der Studentinnen, 60%, war zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft, die anderen 40% waren ledig. Verheiratet oder geschieden war keine der Probandinnen.

4.2.4. Später einmal Kinder

Auf die Frage, ob sie später einmal Kinder haben möchten, gab der Großteil der Probandinnen mit 80% Ja an, 19% gaben an es noch nicht zu wissen und nur 1% antwortete mit Nein.

4.2.5. Gedanken über Kinderplanung

Über die Kinderplanung machen sich 22% der Studentinnen im Moment schon regelmäßig Gedanken, 60% denken manchmal daran, 7% versuchen noch nicht daran zu denken und 11% machen sich überhaupt noch keine Gedanken darüber.

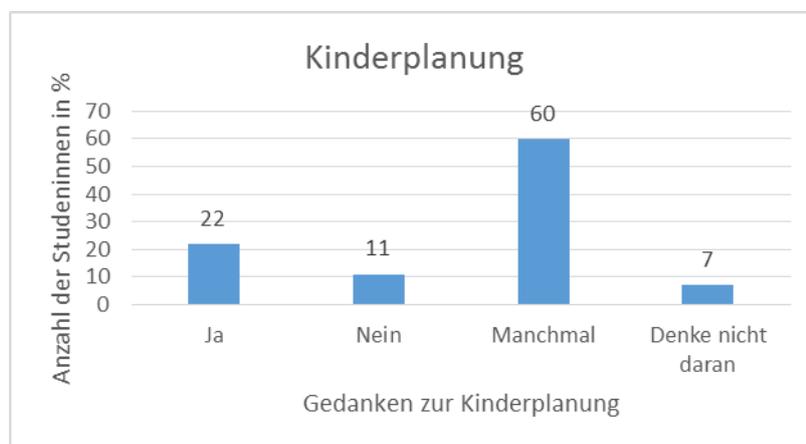


Abbildung 15: Gedanken über Kinderplanung?

4.2.6. Mit welchem Alter erstes Kind

1% der Probandinnen möchte ihr erstes Kind bereits unter 25 Jahren haben, der Großteil mit 51% will es zwischen 25 und 30, 36% wollen es zwischen 30 und 35 und 3% wollen es zwischen 36 und 40 Jahren bekommen. 8% der Studentinnen gaben an, dass sie noch nicht wissen, wann sie ihr erstes Kind haben möchten.

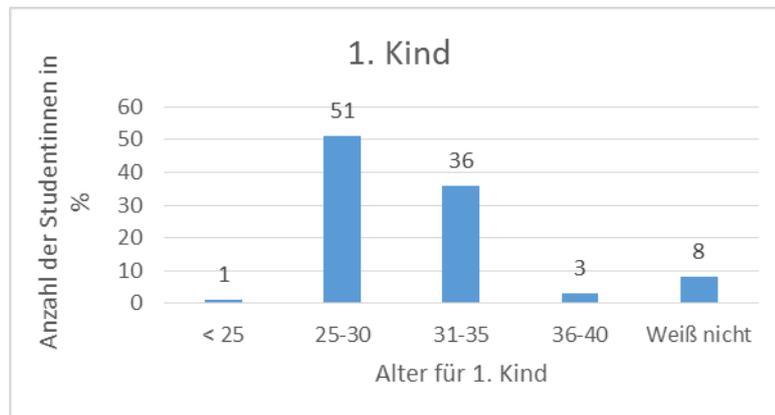


Abbildung 16: Wunschalter der Studentinnen für erstes Kind

4.2.7. Bis zu welchem Alter können sie sich vorstellen ein Kind zu bekommen?

32,3% der Probandinnen können sich vorstellen ein Kind bis zu einem Alter von 35 Jahren zu bekommen, 47,5% finden ein Alter zwischen 35 und 40 in Ordnung, 15,2% können sich eine Schwangerschaft bis zum 45. Lebensjahr und 4% können sie sich bis zu einem Alter über 45 Jahre vorstellen.

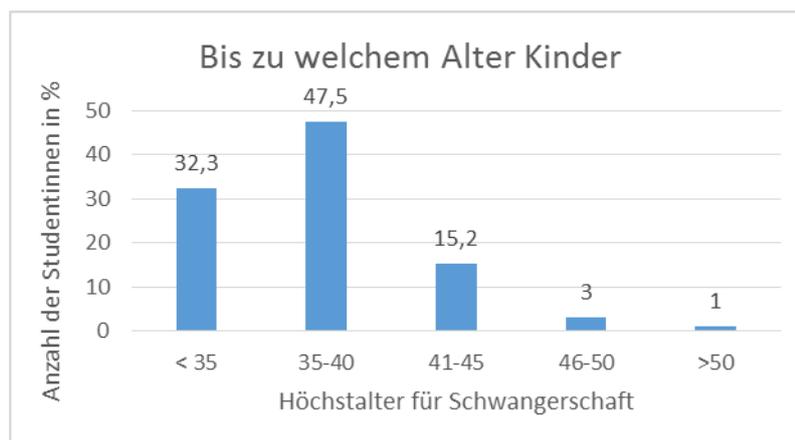


Abbildung 17: Alter bis zu dem, eine Schwangerschaft noch vorstellbar ist

4.2.8. Voraussetzungen für ein Kind

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den, für sie wichtigen, Voraussetzungen für eine Schwangerschaften befragt, wobei sie die vorgegebenen Gründe anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld wo Sie weitere, für sie relevante Gründe hinzufügen konnten.

Eine feste Partnerschaft ist für 73,7% der Studentinnen eine sehr zutreffende, für 21,2% eine zutreffende und für 5,2% eine eher nicht zutreffende Voraussetzung für eine Schwangerschaft.

Ein geregeltes Einkommen sehen 66,3% der Probandinnen als sehr wichtige Voraussetzung für die Kinderplanung. Die anderen 33,7% empfinden diesen Grund als zutreffend und keine der Studentinnen wählte die Antwortmöglichkeit eher nicht zutreffend und nicht zutreffend.

Die finanzielle Unabhängigkeit ist für 47,7% der Studentinnen eine sehr zutreffende, für 49,5% eine zutreffende, für 2% eine eher nicht zutreffende und für 1% eine nicht zutreffende Voraussetzung für einen Kinderwunsch.

Ein bestimmtes Alter zu haben, ist für 7,1% der Studentinnen eine sehr wichtige Voraussetzung, für 37,8% ist sie zutreffend, für 42,9% eher nicht zutreffend und für 12,2% nicht zutreffend.

Psychische Reife ist für 58,2% der Studentinnen eine sehr wichtige Voraussetzung für einen Kinderwunsch und für 41,8% eine wichtige.

Ein eigenes Heim ist als Voraussetzung für einen Kinderwunsch für 44,4% der Studentinnen sehr zutreffend, für 38,4% zutreffend, für 15,2% eher nicht zutreffend und für 2% nicht zutreffend.

Genügend Lebenserfahrung zu haben, ist für 32,3% sehr zutreffend, für 48,5% zutreffend, für 17,2% eher nicht zutreffend und für 2% nicht zutreffend als wichtige Voraussetzung für eine Kinderplanung.

Ein fester Stand im Leben ist für 50,5% der Probandinnen eine sehr zutreffende, für 48,5% eine zutreffende und für 1% eine eher nicht zutreffende Voraussetzung für eine Schwangerschaft.

Eine berufliche Karriere zu haben ist für 16,3% der Studentinnen eine sehr zutreffende, für 42,9% eine zutreffende, für 35,7% eine eher nicht zutreffende und für 5,1% eine nicht zutreffende Voraussetzung für die Kinderplanung.

Sich ausgelebt zu haben ist für 20% der Probandinnen eine sehr zutreffende, für 37,9% eine zutreffende, für 30,5% eine eher nicht zutreffende und für 11,6% eine nicht zutreffende Voraussetzung für eine Schwangerschaft.

Verantwortungsbewusstsein ist für 75,5% sehr zutreffend, für 23,5% zutreffend und für 1% eher nicht zutreffend als Voraussetzung für einen Kinderwunsch.

Dass der Partner Kinder will, als wichtige Voraussetzung für einen Kinderwunsch empfinden 60,2% der Probandinnen als sehr zutreffend, 34,7% als zutreffend, 4,1% als eher nicht zutreffend und 1% als nicht zutreffend.

Eine beendete Ausbildung ist für 53,5% der Studentinnen eine sehr wichtige Voraussetzung, für 31,3% ist diese zutreffend, für 12,1% eher nicht zutreffend und für 3% nicht zutreffend.

Vor der Kinderplanung verheiratet zu sein, empfinden 8,1% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 13,1% als zutreffenden, 37,4% als eher nicht zutreffenden und 41,4% als nicht zutreffenden Grund für eine Schwangerschaft.

Bei einer Schwangerschaft unter 35 Jahre alt zu sein ist für 6,2% der Studentinnen eine sehr zutreffende, für 40,2% eine zutreffende, für 36,1% eine eher nicht zutreffende und für 17,5% eine nicht zutreffende Voraussetzung für einen Kinderwunsch.

Bei der Schwangerschaft eine junge Mutter zu sein ist für 1% der Probandinnen eine sehr zutreffende, für 19,4% eine zutreffende, für 42,9% eine eher nicht zutreffende und für 36,7% eine nicht zutreffende Voraussetzung für einen Kinderwunsch.

Die Probandinnen konnten in einem leeren Feld weitere, für sie wichtige Voraussetzung für eine Schwangerschaft ergänzen, darunter fanden sich beispielsweise: Gesundheit, ein Wunschkind, richtiger Partner, stabiles Familienverhältnis und Unterstützung der Eltern und Schwiegereltern.

Tabelle 5:

Wichtige Voraussetzungen für die Kinderplanung bei Studentinnen

Voraussetzung	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Feste Partnerschaft	73,3%	21,2%	5,2%	0,0%
Geregeltes Einkommen	66,3%	33,7%	0,0%	0,0%
Finanzielle Unabhängigkeit	47,5%	49,5%	2,0%	1,0%
Bestimmtes Alter	7,1%	37,8%	42,9%	12,2%
Psychische Reife	58,2%	41,8%	0,0%	0,0%
Eigenes Heim	44,4%	38,4%	15,2%	2,0%
Lebenserfahrung	32,3%	48,5%	17,2%	2,0%
Fester Stand im Leben	50,5%	48,5%	1,0%	0,0%
Berufliche Karriere	16,3%	42,9%	35,7%	5,1%
Ausgelebt zu haben	20,0%	37,9%	30,5%	11,6%
Verantwortungsbewusstsein	75,5%	23,5%	1,0%	0,0%
Partner will Kinder	60,2%	34,7%	4,1%	1,0%
Ausbildung beendet	53,5%	31,3%	12,1%	3,0%
Verheiratet sein	8,1%	13,1%	37,4%	41,4%
Unter 35 Jahre alt sein	6,2%	40,2%	36,1%	17,5%
Eine junge Mutter sein	1,0%	19,4%	42,9%	36,7%

4.2.9. Vorteile einer späten Schwangerschaft?

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den Vorteilen von späten Schwangerschaften befragt, wobei sie die vorgegebenen Vorzüge anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld wo Sie weitere, für sie relevante Vorteile hinzufügen konnten.

Psychische Reife als Vorteil von späten Müttern ist für 39,4% der Probandinnen sehr zutreffend, für 53,5% zutreffend und für 7,1% eher nicht zutreffend.

Finanzielle Unabhängigkeit ist für 45% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 46% ein zutreffender und für 9% ein eher nicht zutreffender Vorteil von späten Schwangerschaften.

Genügend Lebenserfahrung als Vorteil von später Mutterschaft ist für 44,9% der Probandinnen sehr zutreffend, für 48% zutreffend und für 7,1% eher nicht zutreffend.

Eine stabile Partnerschaft als Vorteil von späten Schwangerschaften ist für 14,1% der Probandinnen sehr zutreffend, für 3,8,4% zutreffend, für 42,4% eher nicht zutreffend und für 5,1% nicht zutreffend.

Der wirklicher Kinderwunsch ist für 27% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 36% ein zutreffender, für 30% ein eher nicht zutreffender und für 7% ein nicht zutreffender Vorteil von späten Schwangerschaften.

Ein eigenes Heim als Vorteil von späten Müttern ist für 31% der Probandinnen sehr zutreffend, für 52% zutreffend, für 14% eher nicht zutreffend und für 2% nicht zutreffend.

Die Karriere als Vorteil von späten Schwangerschaften empfinden 22,2% der Probandinnen als sehr zutreffend, 44,4% als zutreffend, 32,3% als eher nicht zutreffend und 1% als nicht zutreffend.

Ein fester Stand im Leben ist für 28,3% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 49,5% ein zutreffender, für 21,2% ein eher nicht zutreffender und für 1% ein nicht zutreffender Vorteil von späten Müttern.

Ein besserer Umgang mit Krisensituationen ist für 21% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 39% ein zutreffender, für 31% ein eher nicht zutreffender und für 9% ein nicht zutreffender Vorteil von später Mutterschaft.

Eine höhere Toleranz als Vorteil von späten Schwangerschaften ist für 10% der Probandinnen sehr zutreffend, für 28% zutreffend, für 48% eher nicht zutreffend und für 14% nicht zutreffend.

Das Gefühl nichts mehr zu verpassen ist für 19% der Probandinnen ein sehr zutreffender, für 45,5% ein zutreffender, für 30,3% ein eher nicht zutreffender und für 5,1% ein nicht zutreffender Vorteil von späten Müttern.

Ein höheres Verantwortungsbewusstsein als Vorteil von späten Schwangerschaften ist für 34% der Probandinnen sehr zutreffend, für 45% zutreffend, für 18% eher nicht zutreffend und für 3% nicht zutreffend.

Die Probandinnen konnten in einem leeren Feld weitere, für sie relevante Vorteile für späte Schwangerschaften bzw. Müttern ergänzen. Dass man sich besser auf das Kind konzentrieren kann wurde als einziger zusätzlicher Vorteil angegeben.

Tabelle 6

Vorteile einer späten Schwangerschaft bzw. Mutterschaft

Vorteile	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Psychische Reife	39,4%	53,5%	7,1%	0,0%
Finanzielle Unabhängigkeit	45,0%	46,0%	9,0%	0,0%
Lebenserfahrung	44,9%	48,0%	7,1%	0,0%
Stabile Partnerschaft	14,1%	38,4%	42,4%	5,1%
Wirklicher Kinderwunsch	27,0%	36,0%	30,0%	7,0%
Eigenes Heim	31,0%	53,0%	14,0%	2,0%
Karriere	22,2%	44,4%	32,3%	1,0%
Fester Stand im Leben	28,3%	49,5%	21,2%	1,0%
Besserer Umgang mit Krisensituationen	21,0%	39,0%	31,0%	9,0%
Toleranz	10,0%	28,0%	48,0%	14,0%
Gefühl nichts mehr zu verpassen	19,2%	45,5%	30,3%	5,1%
Verantwortungsbewusstsein	34,0%	45,0%	18,0%	3,0%

4.2.10. Nachteile einer späten Schwangerschaft

Bei dieser Frage wurden die Probandinnen zu den Nachteilen von späten Schwangerschaften befragt, wobei sie die vorgegebenen Mankos anhand einer Bewertungsskala mit „Sehr zutreffend- zutreffend – eher nicht zutreffend – nicht zutreffend“ beantworten konnten. Außerdem gab es anschließend noch ein offenes Feld wo Sie weitere, für sie relevante Nachteile hinzufügen konnten.

Schwangerschaftskomplikationen als Nachteil später Schwangerschaften empfinden 46% der Probandinnen als sehr zutreffend, 43% als zutreffend und 11% als eher nicht zutreffend.

Die Reaktion der Mitmenschen als Nachteil von späten Schwangerschaften ist für 3% der Probandinnen sehr zutreffend, 16,2% zutreffend, 57,6% eher nicht zutreffend und 23,2% nicht zutreffend.

Dass das Kind alte Eltern hat empfinden 21,2% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 45,5% als einen zutreffenden, 29,3% als einen eher nicht zutreffenden und 4% als einen nicht zutreffenden Nachteil von später Mutterschaft.

Mehrere Fehlgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften sind für 30,9% der Probandinnen sehr zutreffend, für 45,4% zutreffend, für 22,7% eher nicht zutreffend und für 1% nicht zutreffend.

Dass ältere Mütter nicht mehr so fit sind empfinden 17,2% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 37,4% als einen zutreffenden, 34,3% als einen eher nicht zutreffenden und 11,1% als einen nicht zutreffenden Nachteil von später Mutterschaft.

Öfters an Schwangerschaftskrankheiten zu leiden, empfinden 17,9% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 51,6% als einen zutreffenden, 26,3% als einen eher nicht zutreffenden und 4,2% als einen nicht zutreffenden Nachteil von späten Schwangerschaften.

Ein häufigeres Vorkommen von Frühgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften empfinden 16,7% der Probandinnen als sehr zutreffend, 55,2% als zutreffend, 25% als eher nicht zutreffend und 3,1% als nicht zutreffend.

Ein höheres Trisomie 21 Risiko empfinden 31,6% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 50,5% als einen zutreffenden, 16,8% als einen eher nicht zutreffenden und 1,1% als einen nicht zutreffenden Nachteil für späte Schwangerschaften.

Dass ältere Mütter psychisch nicht mehr so belastbar sind, empfinden 12% der Probandinnen als einen sehr zutreffenden, 15% als einen zutreffenden, 47% als einen eher nicht zutreffenden und 26% als einen nicht zutreffenden Nachteil von später Mutterschaft.

Eine höhere Säuglingssterblichkeit als Nachteil von späten Schwangerschaften empfinden 15,5% der Probandinnen als sehr zutreffend, 33% als zutreffend, 38,1% als eher nicht zutreffend und 13,4% als nicht zutreffend.

Öfters kranke Neugeborene als Nachteil von späten Schwangerschaften finden 17,5% der Probandinnen als sehr zutreffend, 33% als zutreffend, 38,1% als eher nicht zutreffend und 11,3% als nicht zutreffend.

Dass das Kind sehr alte Großeltern hat empfinden 23,5% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 32,7% als zutreffenden, 28,6% als eher nicht zutreffenden und 15,3% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Müttern.

Dass die Kinder meist Einzelkinder sind empfinden 10,3% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 34% als zutreffenden, 38,1% als eher nicht zutreffenden und 17,5% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Schwangerschaften.

Dass die jugendliche Unbeschwertheit fehlt empfinden 7,1% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 31,3% als zutreffenden, 35,4% als eher nicht zutreffenden und 26,3% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Müttern.

Dass die Eltern für Großeltern gehalten werden könnten empfinden 10,2% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 29,6% als zutreffenden, 36,7% als eher nicht zutreffenden und 23,5% als nicht zutreffenden Nachteil von später Mutterschaft.

Dass die Mütter nicht mehr so viel aushalten sehen 6,1% der Probandinnen als sehr zutreffenden, 17,3% als zutreffenden, 43,9% als eher nicht zutreffenden und 32,7% als nicht zutreffenden Nachteil von späten Müttern.

Die Probandinnen konnten in einem leeren Feld weitere, für sie relevante Nachteile von späten Schwangerschaften bzw. Müttern ergänzen. Hier wurde nur

angesprochen, dass wichtige Momente wie Hochzeit, Matura und Enkelkinder nur eingeschränkt bzw. gar nicht miterlebt werden können.

Tabelle 7:

Nachteile von späten Schwangerschaften bzw. späten Müttern

Nachteile	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Schwangerschaftskomplikationen	46,0%	43,0%	11,0%	0,0%
Reaktion der Mitmenschen	3,0%	16,2%	57,6%	23,2%
Kind hat alte Eltern	21,2%	45,5%	29,3%	4,0%
Öfters Fehlgeburten	30,9%	45,4%	22,7%	1,0%
Mutter nicht mehr so fit	17,2%	37,4%	34,3%	11,1%
Schwangerschaftskrankheiten	17,9%	51,6%	26,3%	4,2%
Öfters Frühgeburten	16,7%	55,2%	25,0%	3,1%
Höheres Trisomie 21 Risiko	31,6%	50,5%	16,8%	1,1%
Weniger psychische Belastbarkeit	12,0%	15,0%	47,0%	26,0%
Höhere Säuglingssterblichkeit	15,5%	33,0%	38,1%	11,3%
Öfters kranke Neugeborene	17,5%	33,0%	38,1%	11,3%
Alte Großeltern	23,5%	32,7%	28,6%	15,3%
Kinder sind oft Einzelkinder	10,3%	34,0%	38,1%	17,5%
Unbeschwertheit fehlt	7,1%	31,3%	35,4%	26,3%
Eltern werden für Großeltern gehalten	10,2%	29,6%	36,7%	23,5%
Mütter halten nicht so viel aus	6,1%	17,3%	43,9%	32,7%

4.2.11. Schwangerschaft bei späten Müttern

67% der Studentinnen glauben, dass die Mehrheit der späten Mütter gewollt und auf natürlichem Weg schwanger wird, 62% sind aber auch der Meinung dass eine Schwangerschaft bei älteren Frauen oft nur durch eine künstliche Befruchtung zustande kommt. Dass die Frauen in einem Alter über 35 Jahren ungeplant schwanger werden, können sich nur 9% der Probandinnen vorstellen und 6% geben an, dass sie es nicht wissen.

9% der Probandinnen glauben, dass der Großteil der Frauen über 35, schon nach wenigen Monaten Schwanger wird, 37% sind der Meinung, dass es zwischen einem halben Jahr und Jahr dauert, 35% rechnen mit über einem Jahr und 10 % denken, dass eine Schwangerschaft erst nach mehreren Jahren zustande kommt.

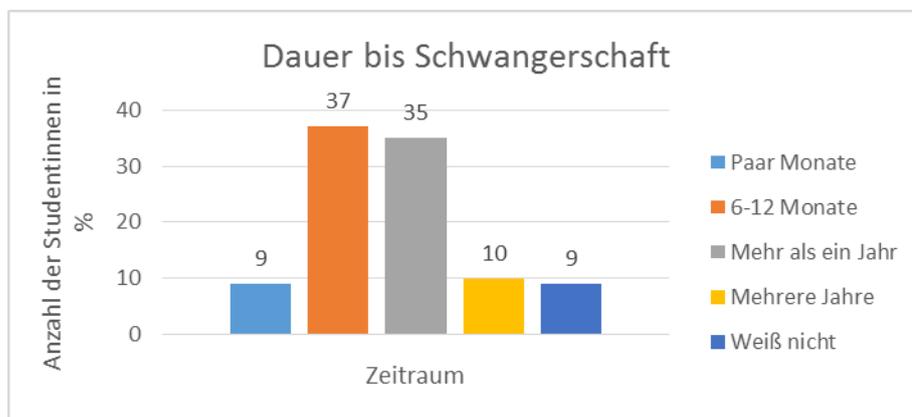


Abbildung 18: Dauer bis ältere Mütter schwanger werden

4.2.12. Vorsorgeuntersuchungen bei älteren Müttern

74,7% der Studentinnen glauben, dass ältere Schwangere mehr Vorsorgeuntersuchungen machen lassen als jüngere. 14,1% glauben, dass das Alter keinen Unterschied macht und 11,1% geben an, es nicht zu wissen.

Als Gründe für die Vorsorgeuntersuchungen, glauben 65,7% der Probandinnen, dass die Angst wegen dem hohen Alter eine wichtige Rolle spielt, 83,8% sind der Meinung, dass es das höhere Risiko in diesem Alter ist und 69,7% meinen, dass die Mütter die Untersuchungen aufgrund des Anraten ihres Arztes durchführen. 12,1% glauben, dass es einfach üblich ist diese Untersuchungen durchzuführen und 1% meint, dass es am Partner liegen kann, dass diese in Anspruch genommen werden.

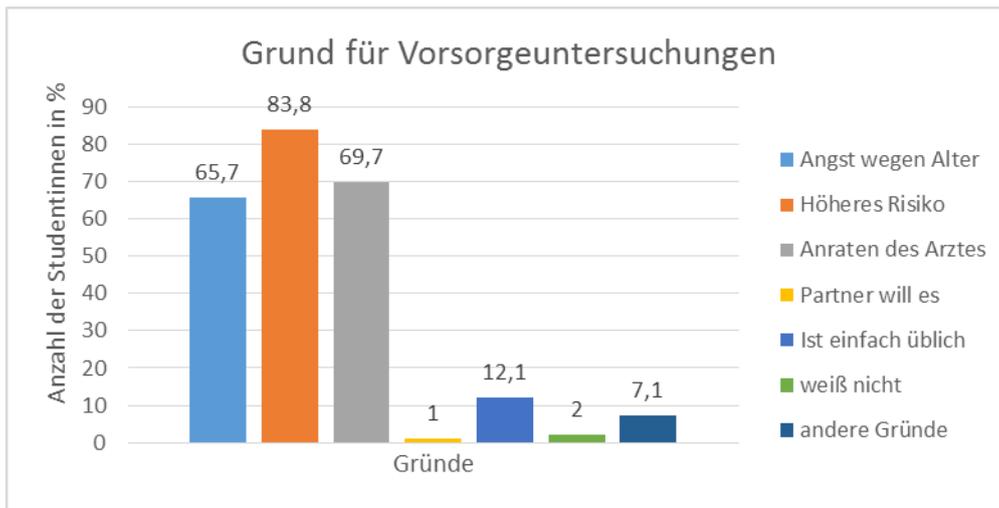


Abbildung 19: Gründe für Vorsorgeuntersuchungen bei älteren Müttern

Bei den unterschiedlichen Vorsorgeuntersuchungen glaubt der Großteil der Studentinnen mit 58,8%, dass ältere Schwangere hauptsächlich Ultraschalluntersuchungen durchführen, 41,2% meinen Fruchtwasserpunktionen, 9,3% Nabelschnurpunktionen, 22,7% Nackentransparenz, 18,6% Triple-Test und 21,6% glauben, dass Chromosomenanalysen durchgeführt werden.

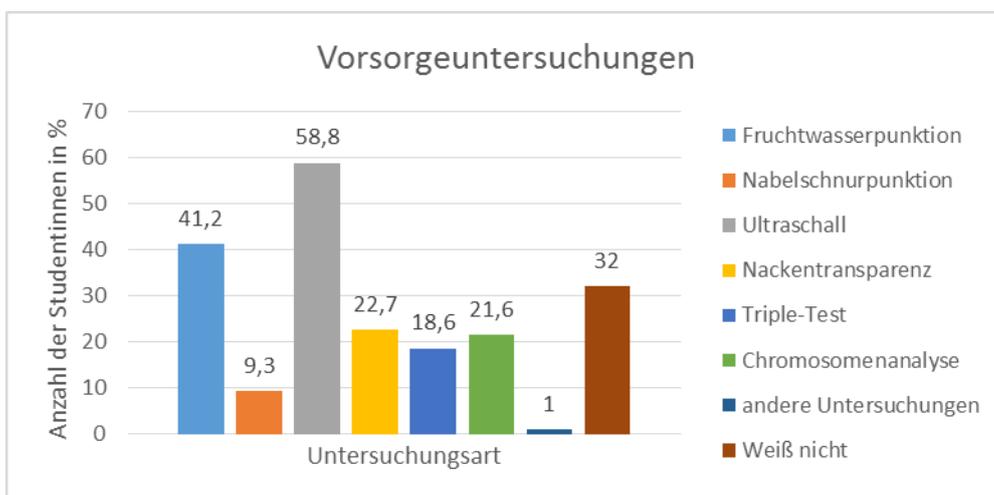


Abbildung 20: Häufigsten Vorsorgeuntersuchungen der älteren Mütter

4.2.13. Schwangerschaftskomplikationen

62,9% der Probandinnen glauben, dass späte Schwangere vermehrt an Schwangerschaftsbeschwerden bzw. an Komplikationen während der Geburt leiden, 12,4% glauben, dass das Alter keinen Unterschied macht und 24,7% wissen es nicht.

Die Mehrheit der Studentinnen glaubt, dass späte Schwangere vermehrt eine Frühgeburt (47,4%) oder sogar Fehlgeburt (42,3%) erleiden.

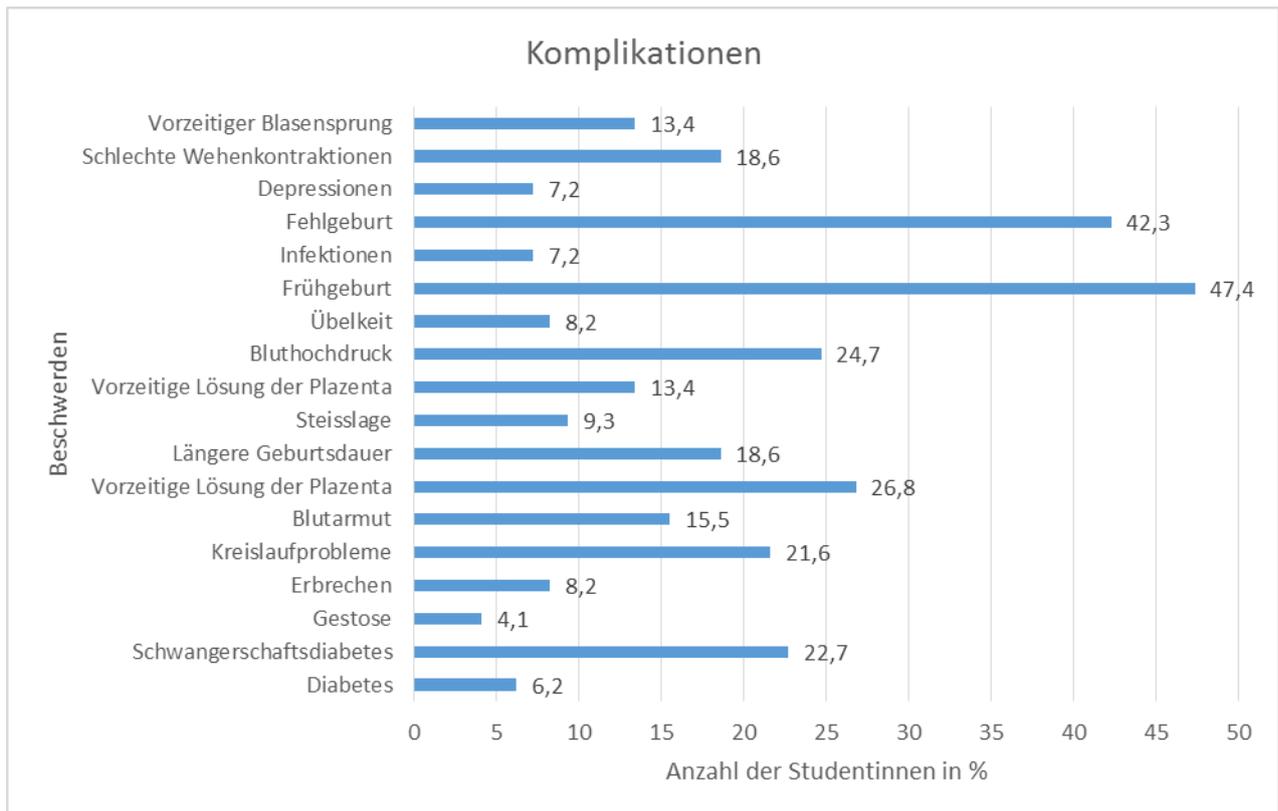


Abbildung 21: Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen

4.2.14. Entbindungsart

Die Studentinnen glauben, dass der Großteil der späten Mütter, mit 73,7%, per Kaiserschnitt entbindet, 39,4% meinen, dass die häufigste Methode eine natürliche Geburt ist und 4% wählten die Saugglocke als häufigste Art.

4.2.15. Altersgrenze

Der Hauptteil der Studentinnen, mit 24% ist der Meinung, dass es keine Altersgrenze für Schwangerschaften geben sollte. Knapp dahinter, 22% der Probandinnen finden, dass die Altersgrenze zwischen 36 und 40 Jahren liegen sollte. 15% meinen, dass sie zwischen 41 und 45 liegen sollte und 5% finden, dass sie zwischen 46 bis 50 sein sollte. 4% der Probandinnen sind der Meinung dass die Kinderplanung schon mit 35 Jahren abgeschlossen sein sollte im Gegensatz zu den restlichen 2%, welche eine Schwangerschaftsgrenze zwischen 51 und 60 Jahren ziehen würden.

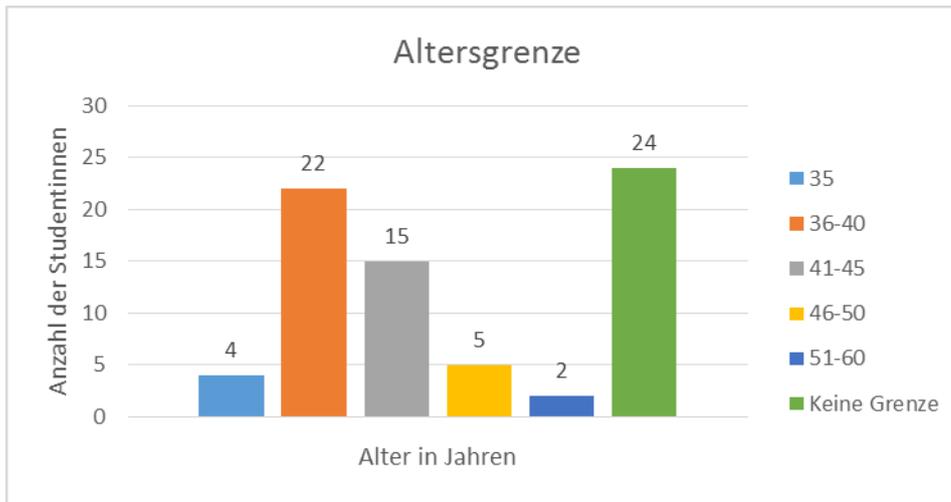


Abbildung 22: Altersgrenze für Schwangerschaften

24 Prozent der Probandinnen sind der Meinung, dass es keine Altersgrenze für Schwangerschaften geben sollte und begründen dies folgendermaßen:

- „Mit dem Einsetzen der Menopause, da es danach allein aufgrund des Alters nicht mehr möglich ist schwanger zu werden.“
- „Keine hängt von jedem Individuum selbst ab.“
- „Ich denke es muss keine Altersgrenze geben ab dem Zeitpunkt wo sich eine Frau sicher ist dass sie Kinder kriegen soll. Unter 16 sollte man es sich trotzdem sehr gut überlegen.“
- „Man sollte einer Frau nicht vorschreiben in welchem Alter sie schwanger werden darf.“
- „Es sollte keine Altersgrenze geben. So lange die Mutter denkt mit einem Kind, egal ob gesund oder krank, zurecht zu kommen, sollte sie eines bekommen.“
- „Ich finde nicht, dass es eine Altersgrenze geben sollte! Ich finde zwar, dass junge Mütter mehr Vorteile bieten, aber leider lässt sich in der österreichischen Gesellschaft Karriere und Kind nur schwer vereinbaren, deshalb gibt es so viele späte Erstgebärende!“

Vier Prozent der Studentinnen finden, dass die Altersgrenze bei 35 Jahren liegen sollte.

22 Prozent der Studentinnen sehen die Grenze zwischen 36 und 40 Jahren und begründen ihre Entscheidung mit folgenden Erklärungen:

- „37. Darüber ist Mutter nicht mehr belastungsfähig genug und einfach biologisch gesehen- zu alt. Darunter ist es schwierig Beruf und Familie zu vereinbaren, vor allem bei Akademikerinnen.“
- „Bei zirka 38 Jahren, weil das Kind sollte auch das Recht haben, dass seine Eltern fit sind und mit wichtige Lebensereignisse (Matura, Uni Abschluss, Hochzeit, Enkelkinder) teilen können.“
- „Also meiner Meinung nach sollte man nicht über 40 sein. Meine Grenze liegt bei 38. Ich habe selbst die Erfahrung gemacht immer die ältesten Eltern zu haben, da ich um 10 Jahre ältere Geschwister habe. Meine Eltern waren jedoch nicht so alt, wie es heute manche Eltern sind, die Kinder bekommen. Ich finde die Familie einfach wichtiger als die Karriere, deswegen sollte man meiner Ansicht nach rechtzeitig eine Familie gründen und nicht erst irgendwann wenn man mit der Karriere nicht mehr zufrieden ist oder dergleichen.“

Fünf Prozent der Studentinnen sind der Meinung dass die Altersgrenze zwischen 40 und 45 Jahren liegen sollte.

- „40-45, wegen Gefahr von Krankheiten wie Trisomie 21“
- „Bei 45. Ich finde es sonst unfair gegenüber dem Kind → es muss sich eventuell schon früh um seine altersschwachen Eltern kümmern und hat keine Großeltern.“
- „45, Danach glaube ich ist es für den weiblichen Körper zu anstrengen und deswegen kann es schnell zu Fehlgeburten und somit psychischen Enttäuschungen kommen.“

4.3. Vergleich der Meinungen von Müttern und Studentinnen

In diesem Teil werden die Meinungen der Mütter und Studentinnen auf ihre Signifikanz verglichen. Stimmen die Aussagen halbwegs überein, unterscheiden sie sich nicht signifikant ($p > 0,05$), gehen die Meinungen jedoch stark auseinander, handelt es sich um einen signifikanten Unterschied ($p < 0,05$).

4.3.1. Vorteile von späten Müttern

4.3.1.1. Psychische Reife

Bei der psychischen Reife als Vorteil von späten Schwangerschaften unterscheiden sich die Meinungen der beiden Probandinnengruppen nicht signifikant ($p=0,331$), so ist dieser Vorteil für 39,4% der Studentinnen und 38,1% der Mütter sehr zutreffend, für 53,5% der Studentinnen und 48,6% der Mütter zutreffend und für 7,1% der Studentinnen und 13,3% der Mütter eher nicht zutreffend.

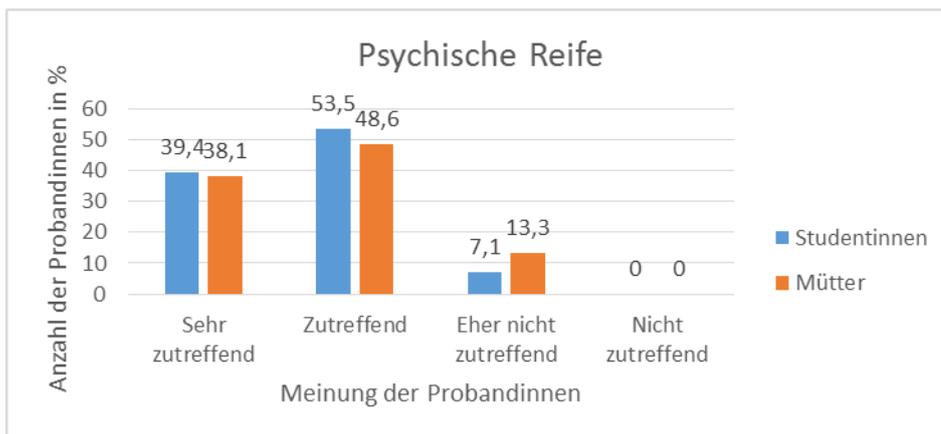


Abbildung 23: Psychische Reife als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.2. Finanzielle Unabhängigkeit

Finanzielle Unabhängigkeit als Vorteil von späten Schwangerschaften sehen 45% der Studentinnen und 34,3% der Mütter als sehr zutreffend, 46% der Studentinnen und 57,1% der Mütter als zutreffend, 9% der Studentinnen und 6,7% der Mütter als eher nicht zutreffend und 1,9% der Mütter und keiner der Studentinnen als nicht zutreffend. Die Aussagen der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p=0,173$).

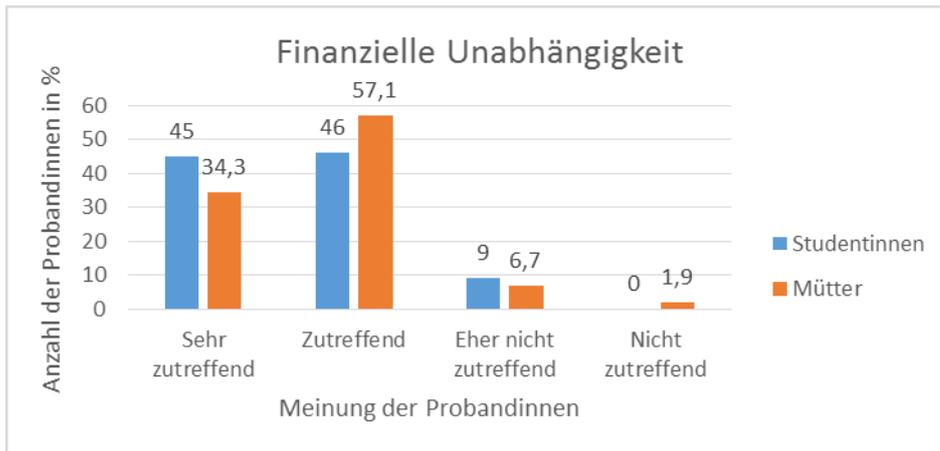


Abbildung 24: Finanzielle Unabhängigkeit als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.3. Lebenserfahrung

Genügend Lebenserfahrung zu haben ist für 44,9% der Studentinnen und 49,5% der Mütter ein sehr zutreffender, für 48% der Studentinnen und 42,9% der Mütter ein zutreffender, für 7,1% der Studentinnen und 6,7% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 1% der Mütter und keinen der Studentinnen ein nicht zutreffender Vorteil von späten Schwangerschaften. Die Meinungen der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p=0,689$).

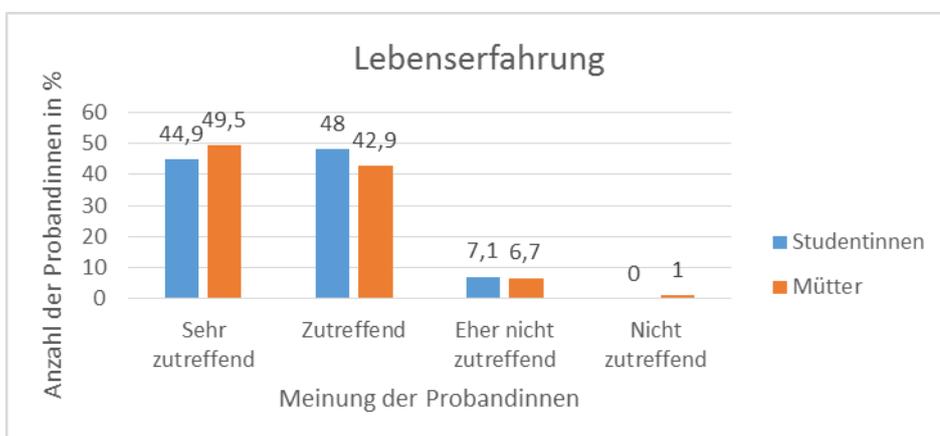


Abbildung 25: Genügend Lebenserfahrung als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.4. Stabile Partnerschaft

Es gibt signifikante ($p=0,002$) Unterschiede bezüglich einer stabilen Partnerschaft als Vorteil von späten Schwangerschaften: so sehen 14,1% der Studentinnen und 28,8% der Mütter diesen Vorteil als einen sehr zutreffenden, 38,4% der Studentinnen und 45,2% der Mütter als einen zutreffenden, 42,4% der Studentinnen und 19,2% der Mütter als einen eher nicht zutreffenden und 5,1% der Studentinnen und 6,7% der Mütter als einen nicht zutreffenden Vorteil.

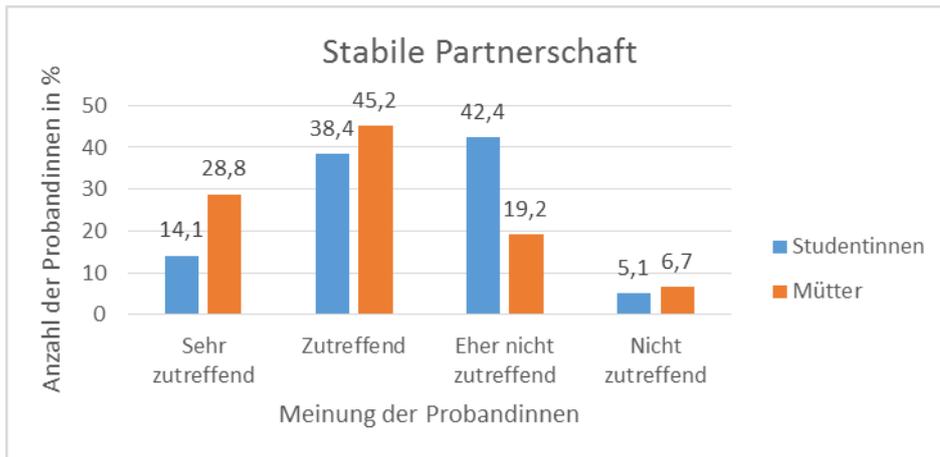


Abbildung 26: Stabile Partnerschaft als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.5. Wirklicher Kinderwunsch

Die beiden Gruppen unterscheiden sich bei dem Vorteil „ein wirklicher Kinderwunsch“ nicht signifikant ($p=0,457$): so ist dieser für 27% der Studentinnen und 24,8% der Mütter sehr zutreffend, für 36% der Studentinnen und 45,7% der Mütter zutreffend, für 30% der Studentinnen und 21,9% der Mütter eher nicht zutreffend und für 7% der Studentinnen und 7,6% der Mütter nicht zutreffend.

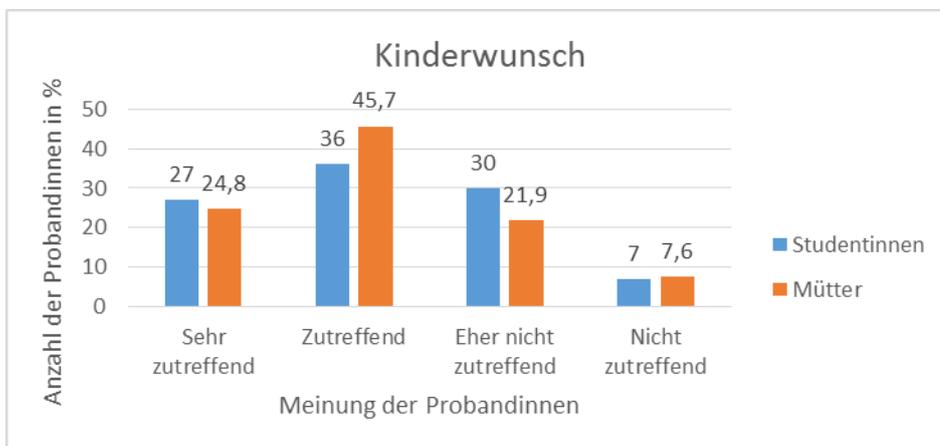


Abbildung 27: Wirklicher Kinderwunsch als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.6. Eigenes Heim

Es gibt einen signifikanten Unterschied ($p=0,000$) bezüglich des Vorteils „ein eigenes Heim“, für 31% der Studentinnen und 14,9% der Mütter ist dieser sehr zutreffend, für 53% der Studentinnen und 33,7% der Mütter zutreffend, für 14% der Studentinnen und 31,7% der Mütter eher nicht zutreffend und für 2% der Studentinnen und 19,8% der Mütter nicht zutreffend.

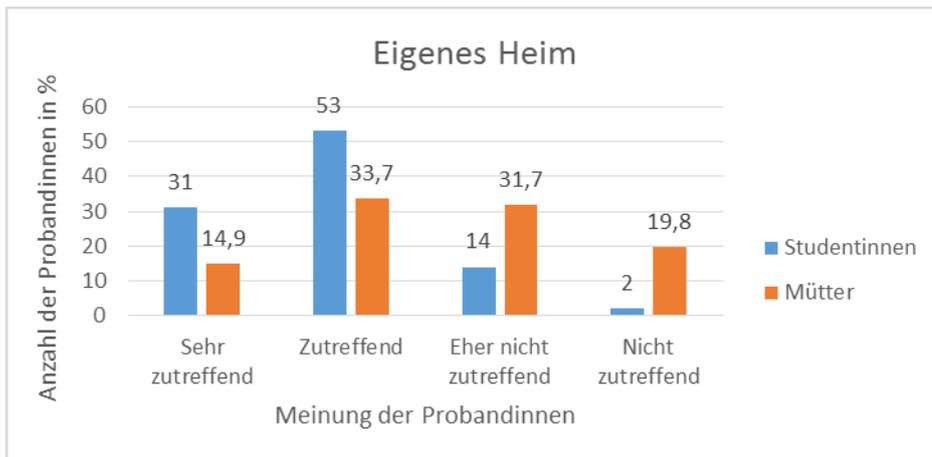


Abbildung 28: Eigenes Heim als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.7. Karriere

Die Karriere empfinden 22,2% der Studentinnen und 19,7% der Mütter als sehr zutreffenden, 44,4% der Studentinnen und 40,4% der Mütter als zutreffenden, 32,3% der Studentinnen und 31% der Mütter als eher nicht zutreffenden und 1% der Studentinnen und 8,9% der Mütter als nicht zutreffenden Vorteil von späten Schwangerschaften. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihren Meinungen signifikant ($p=0,002$).

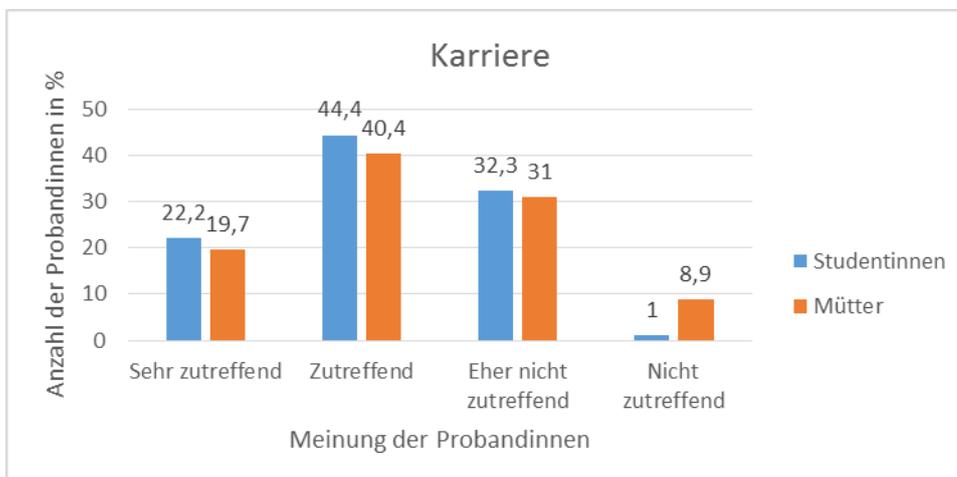


Abbildung 29: Karriere als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.8. Fester Stand im Leben

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p=0,168$) bei dem Vorteil „einen festen Stand im Leben“. 28,3% der Studentinnen und 31,1% der Mütter sehen diesen Vorteil als sehr zutreffend, 49,5% der Studentinnen und 53,8% der Mütter als zutreffend, 21,2% der Studentinnen und 11,3% der Mütter als eher nicht zutreffend und 1% der Studentinnen und 3,8% der Mütter als nicht zutreffend an.

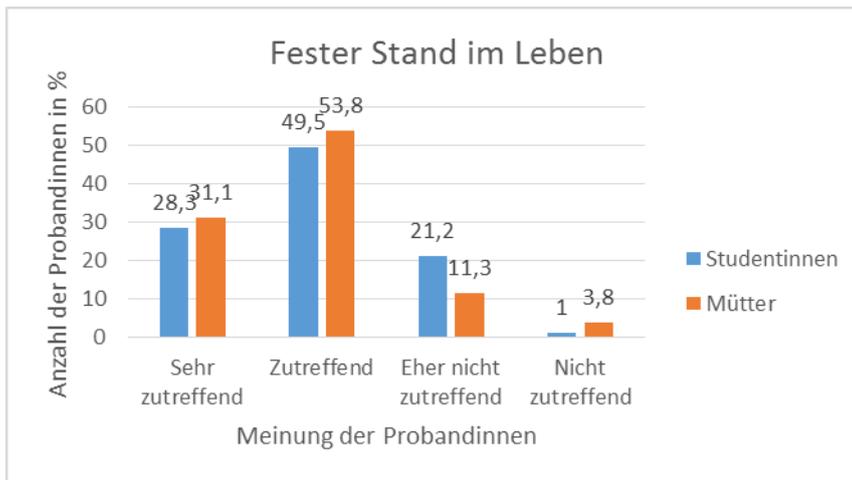


Abbildung 30: Fester Stand im Leben als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.9. Besserer Umgang mit Krisensituationen

Ein besserer Umgang mit Krisensituationen als Vorteil von späten Schwangerschaften ist für 21% der Studentinnen und 27,5% der Mütter sehr zutreffend, für 39% der Studentinnen und 43,1% der Mütter zutreffend, für 31% der Studentinnen und 21,6% der Mütter eher nicht zutreffend und für 9% der Studentinnen und 7,8% der Mütter nicht zutreffend. Die Meinungen der beiden Probandinnengruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p=0,412$).

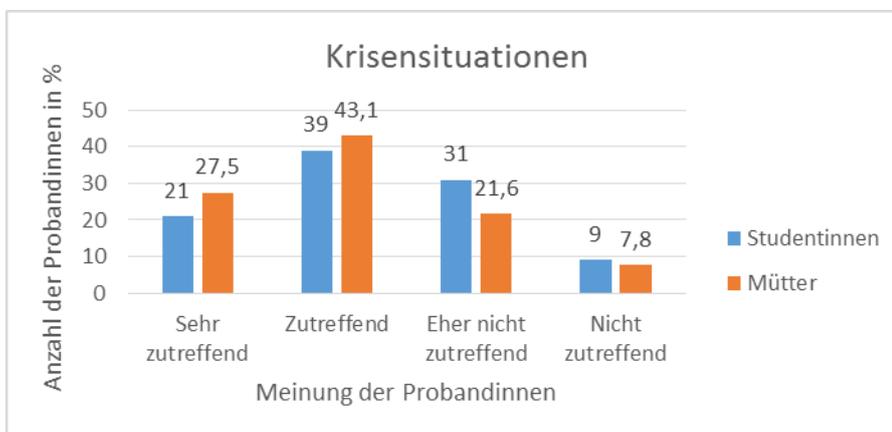


Abbildung 31: Ein besserer Umgang mit Krisensituationen als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.10. Toleranz

Bei der höheren Toleranz als Vorteil von späten Schwangerschaften unterscheiden sich die Meinungen der beiden Probandinnen Gruppen signifikant ($p=0,000$). Für 10% der Studentinnen und 26% der Mütter ist dieser Vorteil sehr zutreffend, für 28% der Studentinnen und 45,2% der Mütter zutreffend, für 48% der Studentinnen und 23,1% der Mütter eher nicht zutreffend und 14% der Studentinnen und 5,8% der Mütter nicht zutreffend.

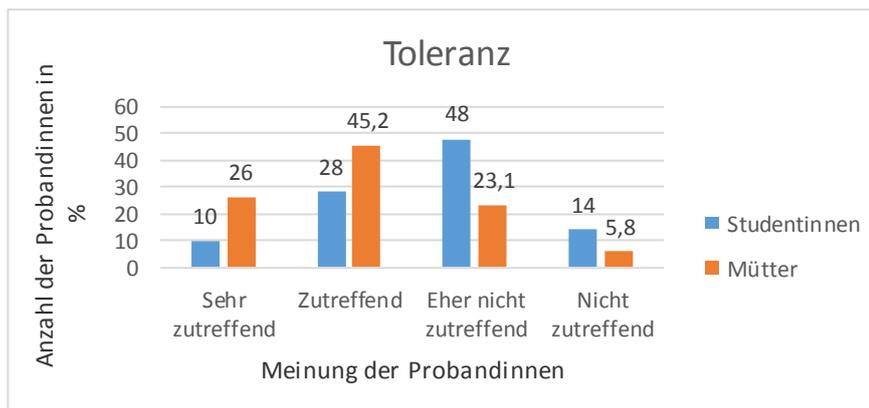


Abbildung 32: Toleranz als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.11. Nichts mehr verpassen

Das Gefühl nichts mehr zu verpassen ist für 19,2% der Studentinnen und 32,7% der Mütter ein sehr zutreffender, für 45,5% der Studentinnen und 45,2% der Mütter ein zutreffender, für 30,3% der Studentinnen und 14,4% Mütter ein eher nicht zutreffender und für 5,1% der Studentinnen und 7,7% der Mütter ein eher nicht zutreffender Vorteil von späten Schwangerschaften. Die Meinungen der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,020$).

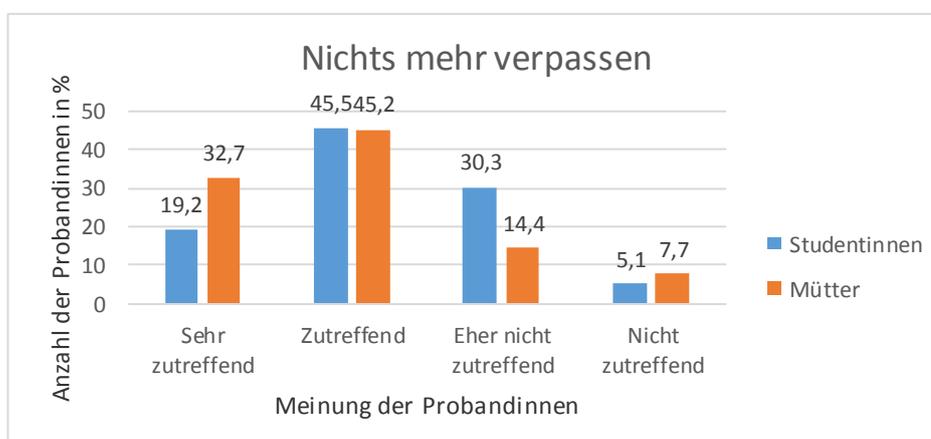


Abbildung 33: Nichts mehr verpassen als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.1.12. Verantwortungsbewusster

Bei einem höheren Verantwortungsbewusstsein als Vorteil von späten Schwangerschaften unterscheiden sich die Meinungen der beiden Probandinnengruppen nicht signifikant (0,751): so ist dieser für 34% der Studentinnen und 29,8% der Mütter sehr zutreffend, für 45% der Studentinnen und 45,2% der Mütter zutreffend, für 18% der Studentinnen und 19,2% der Mütter eher nicht zutreffend und für 3% der Studentinnen und 5,8% der Mütter nicht zutreffend.

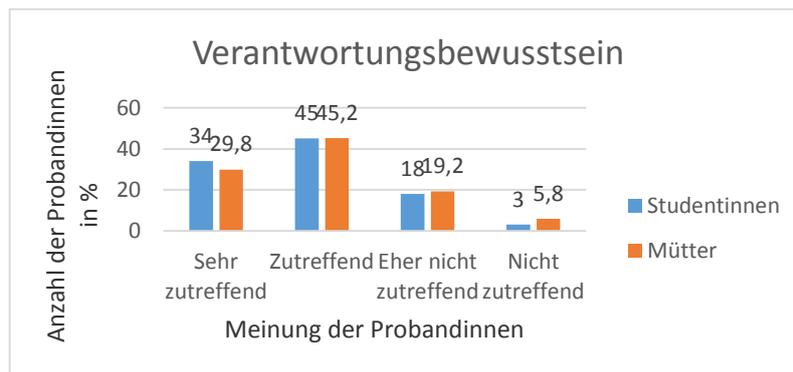


Abbildung 34: Verantwortungsbewusstsein als Vorteil von späten Schwangerschaften

4.3.2. Nachteile von späten Müttern

4.3.2.1. Schwangerschaftskomplikationen

Öfters vorkommende Schwangerschaftskomplikationen als Nachteil von späten Schwangerschaften ist für 46% der Studentinnen und 17% der Mütter sehr zutreffend, für 43% der Studentinnen und 36% der Mütter zutreffend, für 11% der Studentinnen und 37% der Mütter eher nicht zutreffend und für 10% der Mütter nicht zutreffend. Die Meinungen der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,000$).

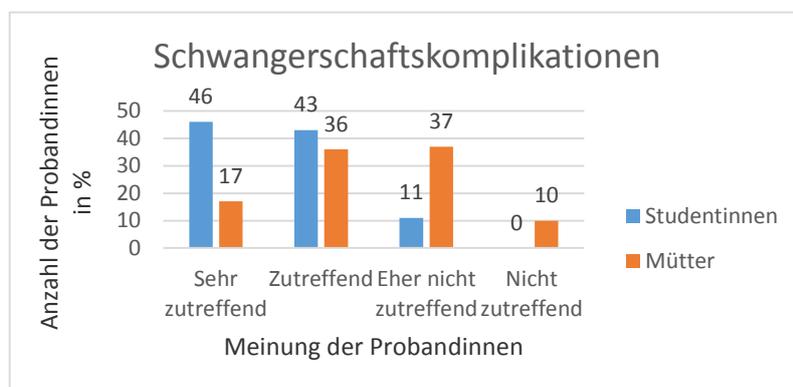


Abbildung 35: Schwangerschaftskomplikationen als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.2. Alte Eltern

Es gibt signifikante Unterschiede ($p=0,011$) bezüglich dem Nachteil, dass das Kind alte Eltern hat, so empfinden 21,2% der Studentinnen und 13,2% der Mütter diesen sehr zutreffend, 45,5% der Studentinnen und 34% der Mütter zutreffend, 29,3% der Studentinnen und 37,7% der Mütter eher nicht zutreffend und 4% der Studentinnen und 15,1% der Mütter nicht.

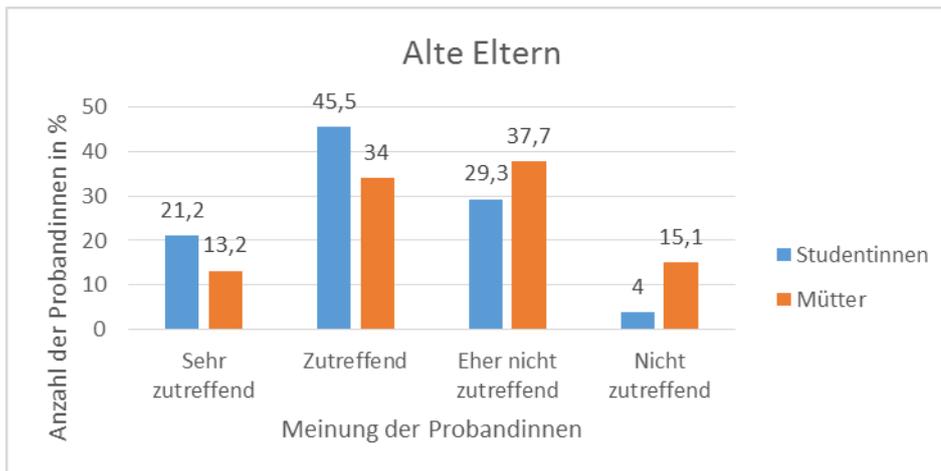


Abbildung 36: Kind hat alte Eltern als Nachteil von späten Müttern

4.3.2.3. Öfters Fehlgeburten

Bei den öfters vorkommenden Fehlgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften unterscheiden sich die Meinungen der beiden Probandinnengruppen signifikant ($p=0,000$), so ist für 30,9% der Studentinnen und 10,1% der Mütter dies als Nachteil sehr zutreffend, für 45,4% der Studentinnen und 49,5% der Mütter zutreffend, für 22,7% der Studentinnen und 29,3% der Mütter eher nicht zutreffend und für 1% der Studentinnen und 11,1% der Mütter nicht zutreffend.

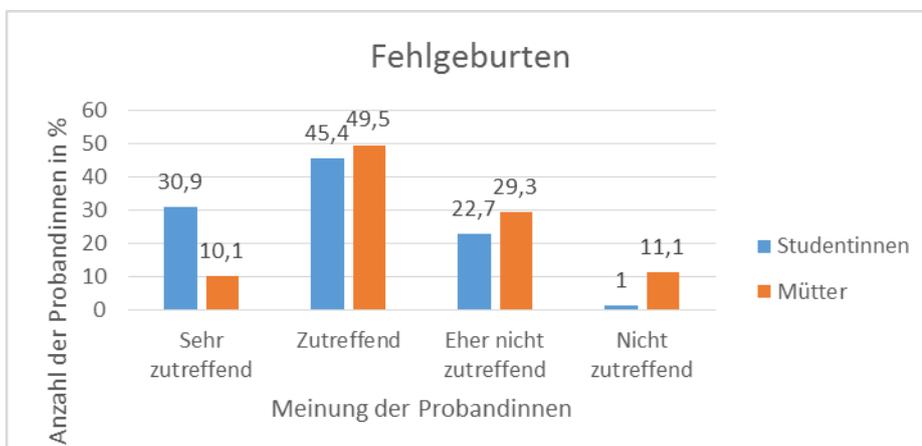


Abbildung 37: Mehrere Fehlgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.4. Nicht mehr so fit

Dass ältere Mütter nicht mehr so fit sein sollen ist für 17,2% der Studentinnen und 8,9% der Mütter ein sehr zutreffender, für 37,4% der Studentinnen und 15,8% der Mütter ein zutreffender, für 34,3% der Studentinnen und 43,6% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 11,1% der Studentinnen und 31,7% der Mütter ein nicht zutreffender Nachteil von späten Schwangerschaften. Die Meinungen der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,000$).

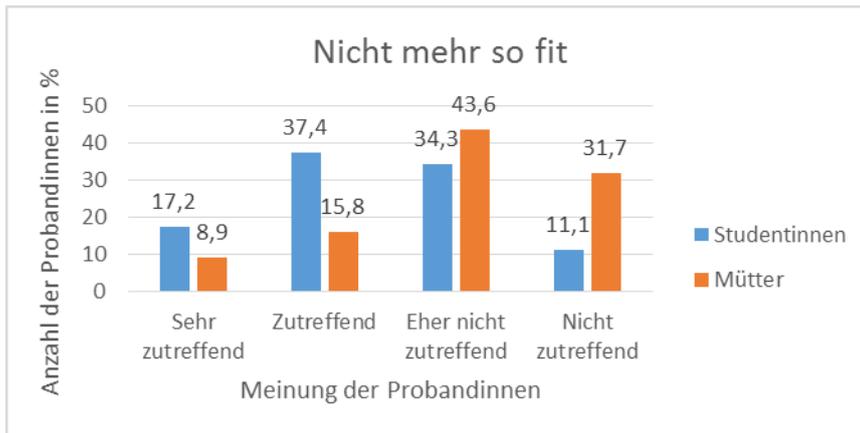


Abbildung 38: Mütter sind nicht mehr so fit als Nachteil von späten Müttern

4.3.2.5. Schwangerschaftskrankheiten

Dass ältere Schwangere öfters unter Schwangerschaftskrankheiten leiden ist für 17,9% der Studentinnen und 5,1% der Mütter ein sehr zutreffender, für 51,6% der Studentinnen und 21,2% der Mütter ein zutreffender, für 26,3% der Studentinnen und 52,5% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 4,2% der Studentinnen und 21,2% der Mütter ein nicht zutreffender Nachteil von späten Schwangerschaften. Die Meinungen der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,000$).

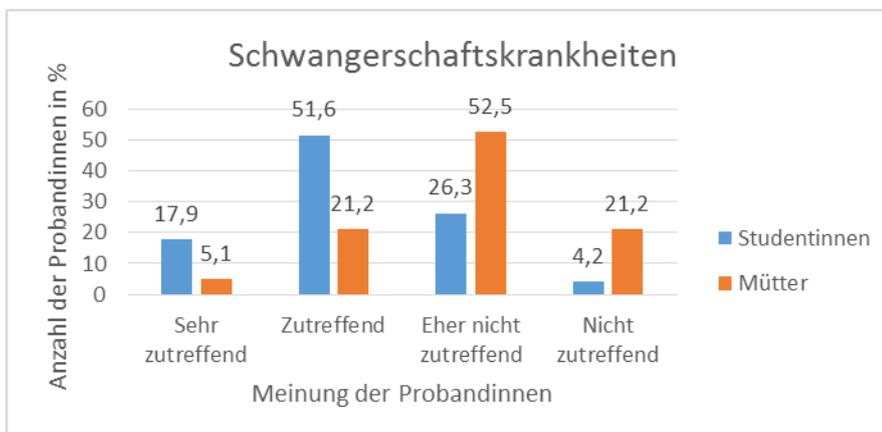


Abbildung 39: Schwangerschaftskrankheiten als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.6. Frühgeburten

Die Meinungen der Gruppen gehen bei den öfters vorkommenden Frühgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften signifikant ($p=0,000$) auseinander. Für 16,7% der Studentinnen und 4% der Mütter ist dieser Nachteil sehr zutreffend, für 55,2% der Studentinnen und 16,2% der Mütter zutreffend, für 25% der Studentinnen und 49,5% der Mütter eher nicht zutreffend und für 3,1% der Studentinnen und 30,3% der Mütter nicht zutreffend.

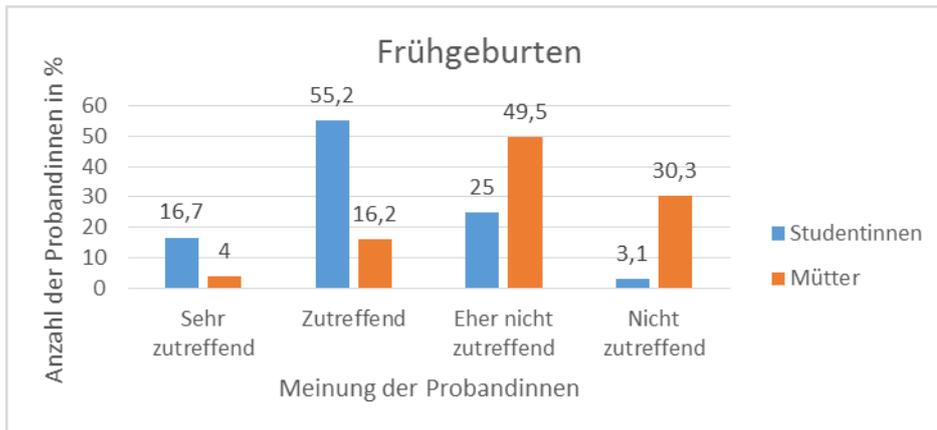


Abbildung 40: Frühgeburten als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.7. Höheres Risiko für Trisomie 21

Ein höheres Risiko für Trisomie 21 ist für 31,6% der Studentinnen und 18,8% der Mütter ein sehr zutreffender, für 50,5% der Studentinnen und 56,4% der Mütter ein zutreffender, für 16,8% der Studentinnen und 16,8% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 1,1% der Studentinnen und 7,9% der Mütter ein nicht zutreffender Nachteil von späten Schwangerschaften. Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,036$)

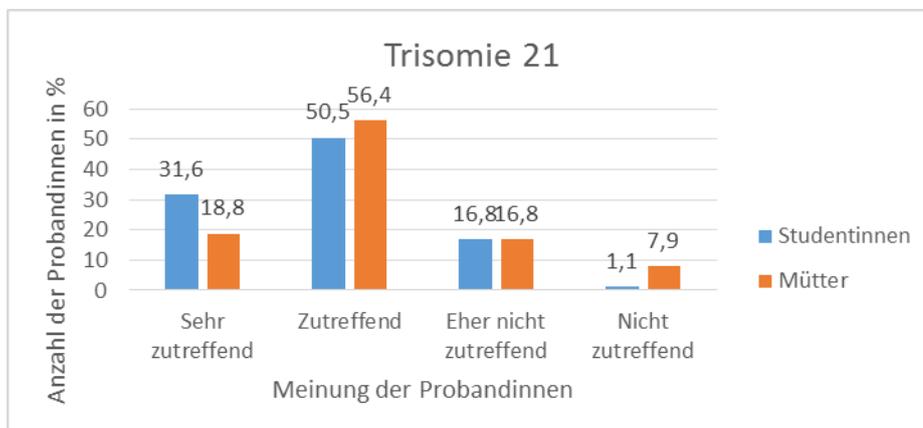


Abbildung 41: Höheres Risiko für Trisomie 21 als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.8. Psychisch nicht mehr so belastbar

Bei der Meinung, dass ältere Mütter psychisch nicht mehr so belastbar sind gehen die Ergebnisse signifikant ($p=0,000$) auseinander: so ist dies für 12% der Studentinnen und 4% der Mütter ein sehr zutreffender, für 15% der Studentinnen und 5% der Mütter ein zutreffender, für 47% der Studentinnen und 36% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 26% der Studentinnen und 55% der Mütter ein nicht zutreffender Nachteil.

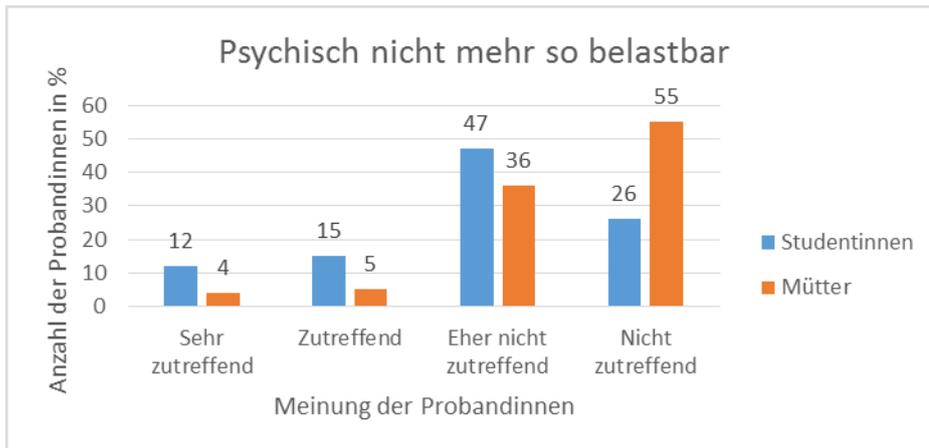


Abbildung 42: Psychisch nicht mehr so belastbar als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.9. Säuglingssterblichkeit

Eine höhere Säuglingssterblichkeit als Nachteil von späten Schwangerschaften ist für 15,5% der Studentinnen und 2,1% der Mütter sehr zutreffend, für 33% der Studentinnen und 5,2% der Mütter zutreffend, für 38,1% der Studentinnen und 40,2% der Mütter eher nicht zutreffend und für 13,4% der Studentinnen und 52,6% der Mütter nicht zutreffend. Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant ($p=0,000$).

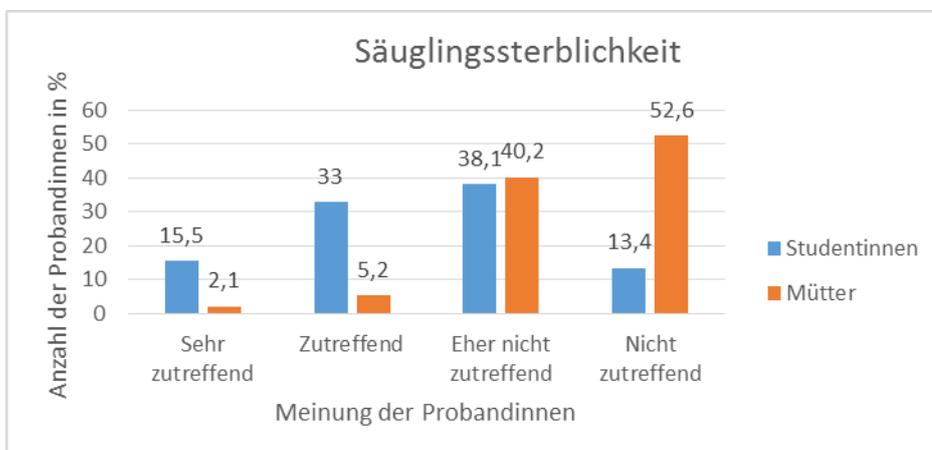


Abbildung 43: Säuglingssterblichkeit als Nachteil von späten Schwangerschaften

4.3.2.10. Kranke Neugeborene

Es gibt signifikante Unterschiede ($p=0,000$) bezüglich dem Nachteil „mehr kranke Neugeborene“. Für 17,5% der Studentinnen und 3% der Mütter ist dies ein sehr zutreffender, für 33% der Studentinnen und 4% der Mütter ein zutreffender, für 38,1% der Studentinnen und 41,4% der Mütter ein eher nicht zutreffender und für 11,3% der Studentinnen und 51,5% der Mütter ein nicht zutreffender Nachteil.

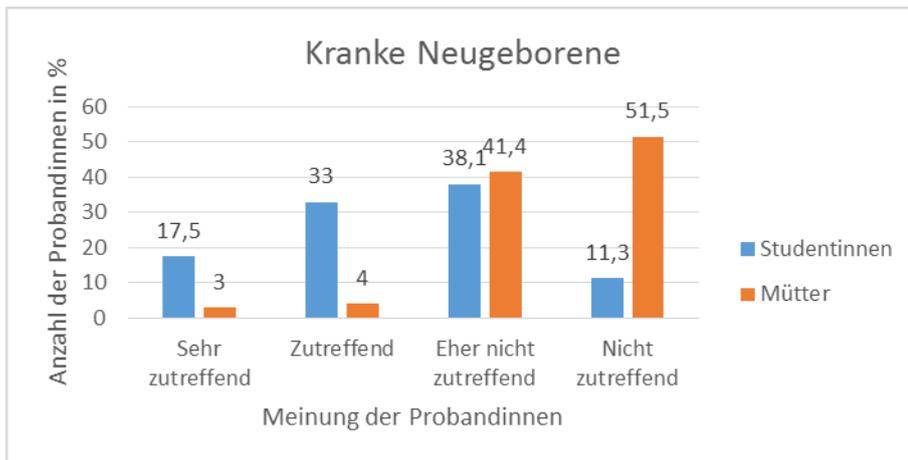


Abbildung 44: Kranke Neugeborene als Nachteil für späte Schwangerschaften

5. Diskussion

In diesem Kapitel sollen die für diese Arbeit entworfenen Fragestellungen beantwortet und die aufgestellten Hypothesen auf ihre Richtigkeit überprüft und mit geeigneter Literatur interpretiert werden. Bei den Ergebnissen und Interpretationen ist jedoch zu bedenken, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße dieser Untersuchung nur bedingt Rückschlüsse auf eine Gesamtpopulation von späten Erstgebärenden gezogen werden können. Trotzdem können sich gewisse Muster und Trends erkennen lassen, welche sich mit Ergebnissen diverser anderer Untersuchungen vergleichen lassen.

5.1. Fragestellungen und Hypothesen

5.1.1. Beziehungsstatus und Ausbildung

Ritzingers (2013) Theorie, dass der Großteil der späten Mütter in einer festen Partnerschaft lebt, wird durch den Familienstand der Probandinnen bestätigt: 89,9 Prozent der Frauen sind verheiratet oder in einer festen Beziehung mit dem Vater des Kindes. Durch dieses eindeutige Ergebnis kann die Hypothese, dass die Mehrzahl der späten Erstgebärenden in einer festen Partnerschaft lebt, bestätigt werden.

Die für diese Arbeit aufgestellte These, dass die Mehrzahl der späten Mütter Akademikerinnen sind, hat sich in der durchgeführten Studie ebenfalls deutlich erwiesen. Weit mehr als die Hälfte der Probandinnen, mit 67,9 Prozent, hatte einen Hochschulabschluss. Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich vom generellen Akademikerinnenanteil der 35-49 jährigen Frauen in Österreich. Dieser lag 2011 bei den Frauen bei 11,49 Prozent (Statistik Austria, 2013), was noch stärker verdeutlicht, dass der Akademikerinnenanteil der Probandinnen extrem hoch ist. Auch das deckt sich mit den Aussagen vieler AutorInnen, die meinen, dass späte Mutterschaft besonders bei gut ausgebildeten und hochqualifizierten Frauen verbreitet ist und somit der Großteil später Erstgebärende Akademikerinnen sind (u.a. Ritzinger 2013; Hager, 2006).

5.1.2. Die häufigsten Gründe & Vor- und Nachteile von späten Schwangerschaften

Zwischen 1988 und 1991 wurde in Deutschland eine Untersuchung durchgeführt, bei der 2400 Paare über die Beweggründe ihrer späten Kinderplanung befragt wurden. Es stellte sich eindeutig heraus, dass der Beruf und die Ausbildung ein wichtiger Grund waren, sowie der fehlende Partner und zeitweise Unfruchtbarkeit. Viele der Paare fühlten sich in jüngeren Jahren auch einfach noch nicht bereit für ein Baby (Bohnhorst & Cerna, 2001). Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit den häufigsten Motiven der befragten Probandinnen damals überein.

Das wichtigste Motiv, für die befragten Mütter, erst nach dem 35. Lebensjahr ein Kind bekommen zu haben, war der fehlende (richtige) Partner bzw. das Fehlen einer festen Beziehung, mit 74,7 Prozent. So meinte beispielsweise eine der Probandinnen: „Ich war schon 33 als wir uns kennengelernt haben, da war nicht viel Raum vor 35... Erst mit IHM konnte ich mir Kinder vorstellen“. Eine andere Mutter erklärte: „(...) hätte ich meinen Mann eher kennengelernt, wäre es auch eher zu einer Schwangerschaft gekommen“. Dies deckt sich mit vielen literarischen Angaben, wo der fehlende Partner als häufigster Grund für späte Schwangerschaften genannt wird (u.a. Ritzinger & Weissenbacher, 2006; Beham, 1999; Biermann & Raben, 2004). Somit wurde die zuvor aufgestellte Hypothese „Das Motiv für späte Schwangerschaften ist oft ein fehlender Partner“ bestätigt.

Für dieselbe Prozentzahl, von 74 Prozent der Mütter, ist eine feste und stabile Partnerschaft ein Vorteil von später Elternschaft. Dies lässt sich auch bei den Probandinnen erkennen, da 89,9 Prozent der Mütter verheiratet oder in einer festen Partnerschaft sind. Jedoch muss vermerkt werden, dass sie im Fragebogen nicht nach der Dauer und Stabilität ihrer Beziehung befragt wurden und somit keine Rückschlüsse darauf gezogen werden können, ob es sich um lange und stabile Beziehungen der Paare handelt. Auch in der Literatur findet man viele Hinweise darauf, dass bei späten Eltern die Beziehung meist sehr stabil und durch eine Ehe abgesichert ist. Die Kinder leben auch meist mit beiden Elternteilen zusammen, da es wenige Trennungen bzw. Scheidungen gibt (Zerle et al., 2012)

Untersuchungen zeigen, dass für kinderlose Frauen der dreißigste Geburtstag oft ein Wendepunkt in ihrem Leben ist, an dem sie sich viele Gedanken über ihr (zukünftiges) Leben machen. Auch die Kinderfrage ist in diesem Moment meist ein

wichtiges Thema und sie entschließen sich entweder für oder gegen ein Kind. Oft entdecken die Frauen in solchen Momenten, dass ihnen, trotz Partner, beruflicher Karriere und finanzieller Sicherheit, etwas im Leben fehlt, und diese Leere soll durch ein Kind erfüllt werden (Lackinger Karger, 2002). Dies zeigt sich auch bei den befragten Müttern, denn der zweithäufigste Grund für die späte Schwangerschaft war für 54,7 Prozent, dass ihnen etwas im Leben gefehlt hat.

47,2 Prozent der Frauen hatten sich aufgrund des Zeitdrucks für den Nachwuchs entschieden, da sie ihre biologische Uhr schon ticken hörten und Angst hatten, ihre Chance auf eine Schwangerschaft ansonsten eventuell verpassen zu können. So meinten beispielsweise zwei Mütter: „Ich würde nicht mehr bis über vierzig mit dem Kinderkriegen warten, weil man nicht mehr so leicht schwanger werden kann. Das Risiko gar keine Kinder mehr zu bekommen ist relativ groß“. „Ich hätte lieber früher ein Kind bekommen, da tickt die biologische Uhr nicht so dringend, wenn es nicht gleich klappt“. Die abnehmende Fruchtbarkeit mit dem Alter ist auch in der Literatur ein viel diskutiertes Thema und wird als eine der häufigsten Ursachen für späte Schwangerschaften beschrieben (u.a. Spiewak, 2004; Nawroth et al., 2014; Biermann & Raben, 2004).

Laut Ritzinger und Weissenbacher (2006) haben Paare oft Angst davor, ihre Freiheiten für ein Kind aufgeben zu müssen und warten daher mit der Kinderplanung. Dies bestätigen 43,4 Prozent der befragten Mütter, welche genügend Lebenserfahrung als eine wichtige Voraussetzung für ihre späte Kinderplanung empfunden haben. Genügend Lebenserfahrung wird auch als der größte Vorteil einer späten Mutterschaft von 92,4 Prozent der Probandinnen gesehen. Auch Bohnhorst & Cerna (2010), sind der Meinung, dass dies ein positiver Faktor ist, da späte Mütter bereits viel erlebt und durchgemacht haben und dadurch ihr Wissen und ihre Erfahrungen an ihr Kind weitergeben können.

Durch die große Lebenserfahrung haben späte Eltern auch nicht mehr das Gefühl, etwas zu verpassen. Dies bestätigen 77,9 Prozent der Mütter, welche dies als einen wesentlichen Vorteil empfinden. Der Verzicht auf etwas im Leben, den Kindern zuliebe, fällt den älteren Müttern dadurch oft leichter, da sie viele Jahre für sich selbst hatten und keine Rücksicht auf andere nehmen mussten. So brauchen sie keine teuren Restaurants und Reisen mehr, sowie lange Partynächte, da sie diese Dinge meist schon jahrelang genossen haben und daher nicht mehr das Verlangen danach

haben (Bohnhorst und Cerna, 2001). Dies bestätigen auch Aussagen der Probandinnen, wie beispielsweise: „Ich denke, dass die eigene, psychische Reife viele Nachteile aufwiegt, Frau kann dem Kind mehr geben, wenn sie nicht ständig das Gefühl hat etwas zu verpassen“. So wurden auch die psychische Reife (86,7%), ein fester Stand im Leben (84,9%) und ein höheres Verantwortungsgefühl (75%) sowie eine höhere Toleranz (71,2%) zu sehr wichtigen Vorteilen von späten Müttern gewählt. Dieses Ergebnis wird ebenfalls durch ein paar Aussagen von den Probandinnen unterstrichen: „Mein Alter war für mich das optimale Alter zum Kinderkriegen. Ich bin psychisch viel stabiler, weiß wer ich bin, bin geduldiger, liebevoller, reifer und vermisse nichts. Früher wäre ich wohl keine so gute Mutter gewesen“. „Ich bin im Gegensatz zu früher sehr entspannt und das überträgt sich auf mein Baby“.

Bei den späten Müttern war die fertige Ausbildung beziehungsweise die berufliche Karriere nicht so ausschlaggebend für die späte Schwangerschaft, wie es in der Literatur von Ritzinger (2006) und Rensing (2008) beschrieben wird. So wird die berufliche Karriere erst an sechster Stelle, im Gegensatz zur Literatur wo sie an den ersten drei Stellen genannt wird, der ausschlaggebenden Motive für die späte Schwangerschaft bei den befragten Probandinnen, mit 42,4 Prozent, gewählt. Bei der finanziellen Unabhängigkeit gab es ähnliche Werte: für 48,5 Prozent war dies ein wichtiges Motiv für die späte Entscheidung zu einem Kind. Wobei die finanzielle Unabhängigkeit an dritter Stelle der wichtigsten Motive für die späte Schwangerschaft liegt. Bei der fertigen Ausbildung waren die Werte niedriger: Für 38,6 Prozent war dies eine wichtige Voraussetzung. Dass die Ergebnisse der Probandinnen von denen der Literatur abweichen, könnte daran liegen, dass nach der Geburt der Beruf und die Karriere für die Mütter nicht mehr als so wichtig empfunden werden, und sie diese Gefühle auch auf die Zeit vor der Schwangerschaft projizieren. Somit kann die Hypothese „Das Motiv für späte Schwangerschaften ist oft der Karrierewunsch“ kann als zumindest teilweise falsifiziert angesehen werden, da alle die Ausbildung und Karriere betreffenden Motive für weniger als fünfzig Prozent der Probandinnen zuträfen.

Obwohl Karriere, finanzielle Unabhängigkeit und eine fertige Ausbildung bei weniger als fünfzig Prozent der Probandinnen ein Grund für die späte Schwangerschaft war, wählten 91,4 Prozent der Probandinnen die finanzielle Unabhängigkeit an zweiter

Stelle der wichtigen Vorteile von später Elternschaft. So war für die Mehrheit der Mütter zum Beispiel die finanzielle Sicherheit kein ausschlaggebender Grund für die Schwangerschaft, wird jedoch von fast allen als großer Vorteil von späten Eltern gesehen.

40,7 Prozent der Mütter gaben eine lange Wartezeit bis zur gewünschten Schwangerschaft als Motiv für ihre späte Schwangerschaft an. So mussten 48,3 Prozent über ein bis mehrere Jahre auf einen Schwangerschaftserfolg warten, wobei 12,8 Prozent erst nach einer künstlichen Befruchtung schwanger wurden. Die Abnahme der Fruchtbarkeit ab dem 35. Lebensjahr spielt in der Literatur ein großes Thema. So gibt es hierzu beispielsweise eine aktuelle Studie von Nawroth et al. (2014), welche sich mit der Abnahme der Eizellen und der daraus einhergehenden sinkenden Fertilität beschäftigt, wo gezeigt wird, dass die Fruchtbarkeit mit dem Alter der Frau im Zusammenhang steht, jedoch auch von anderen äußeren sowie innerlichen Faktoren beeinflusst wird.

Laut Zebothsen (1997), rechnen viele Paare mit einem schnellen Schwangerschaftserfolg, welcher jedoch nicht immer eintritt und viel Enttäuschung hinterlässt. Gerade in älteren Jahren ist es wahrscheinlicher, dass man auf eine Schwangerschaft mindestens ein Jahr warten muss. Die in dieser Arbeit befragten Studentinnen sind zwar nicht explizit über die Fertilität der Frau im Alter befragt worden, jedoch lautete eine Frage: „Wie lange schätzen Sie, dauert es bei einer Frau, die über 35 Jahre alt ist, auf natürlichem Weg schwanger zu werden?“ Der Großteil der Probandinnen, mit 72 Prozent, glaubt, dass es zwischen einem halben und zwei Jahren dauert. Nur neun Prozent sind der Meinung dass es nur ein paar Monate dauert und zehn Prozent glauben, dass es mehrere Jahre braucht. So zeigt sich, dass die Studentinnen die Zeit bis zur Schwangerschaft bei Frauen über 35 recht gut einschätzen und nicht davon ausgehen, dass der Großteil der älteren Frauen sofort schwanger wird.

Bei Schwangerschaften von älteren Frauen handelt es sich meist um geplante Kinder, nicht um sogenannte „Unfälle“, und der Nachwuchs wird meist schon sehnsüchtig von den Eltern erwartet (Bohnhorst & Cerna, 2001). Diesen Vorteil bestätigen 70,5 Prozent der Probandinnen dieser Untersuchung. Auch bei 86,9 Prozent der Probandinnen handelte es sich um eine geplante Schwangerschaft. Dass es sich bei älteren Eltern meist um ein Wunschkind handelt wird in der Literatur

bestätigt, auch beschäftigen sich ältere Eltern intensiv mit der Kinderplanung und freuen sich auf ihren Nachwuchs (Döring, 2012; Lackinger Karger, 2002). Aufgrund des großen Kinderwunsches gehen die Frauen dadurch mit der Schwangerschaft bewusster um, ernähren sich gesund und verzichten meist auf Alkohol und Zigaretten. Sie kommen pünktlich und regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen und sind daher die perfekten Patientinnen für die Ärzte (Bohnhorst, 2001). Dies wurde durch 97,2 Prozent der älteren Mütter dieser Untersuchung, welche Vorsorgeuntersuchungen machen ließen, bestätigt. Jedoch glauben nur 26,2 Prozent der Mütter, dass sie diese aufgrund ihres Alters machen haben lassen, der Großteil mit 66,4 Prozent meint, dass sie diese Untersuchungen in jedem Alter in Anspruch genommen hätten. 40,4 Prozent gaben jedoch als Hauptgrund für die Untersuchungen, das mit dem Alter steigende Risiko, an. Weitere 31,2 Prozent nahmen Vorsorgeuntersuchungen auf Anraten ihres Arztes in Anspruch. Auch in der Literatur wird öfters darauf hingewiesen, dass Ärzte gerade älteren Frauen zu zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen raten um eine gesunde und komplikationsfreie Schwangerschaft erleben zu können (u.a. Ritzinger & Weissenbacher, 2006; Bohnhorst, 2001). 83,3 Prozent der Probandinnen nahmen Ultraschall-Screenings in Anspruch, welche zu den Standarduntersuchungen bei Schwangeren gehören. Es wurden auch einige Angebote der pränatalen Diagnostik in Anspruch genommen, als häufigste wurde die Fruchtwasserpunktion, von 64,8 Prozent der Probandinnen, in Anspruch genommen, obwohl es sich dabei um eine invasive Methode mit einem (geringen) Risiko einer Fehlgeburt handelt. Diese Untersuchung wird vor allem zur Feststellung des Down-Syndroms beim Fötus angewendet, die hohe Zahl der Anwendungen zeigt daher, dass die Probandinnen sich über Trisomie 21 Gedanken machten. So wählte auch der Großteil der Probandinnen, mit 75,2 Prozent, die Trisomie 21 als größten Nachteil von späten Schwangerschaften. Dieses Ergebnis stimmt mit den Meinungen beispielsweise von Franz (2013), Biermann & Raben (2004) und Zebothsen (1997) überein, laut denen die Gefahr der Trisomie 21 das einzige wirklich stärker auftretende Risiko bei älteren Schwangeren ist. *„Bei 20-jährigen Frauen liegt die Rate für Trisomie 21 bei etwa 1:1667, steigt kontinuierlich an und liegt mit 40 Jahren bei 1:106 und mit 45 Jahren bei 1:30“* (Franz, 2013, S. 12). *Von den Studentinnen der Untersuchung finden gar* Bei den Studentinnen der 82,1 Prozent, dass Trisomie 21 ein großer Nachteil von späten Erstgebärenden ist.

59,6 Prozent der Mütter sind der Meinung, dass eine höhere Fehlgeburtenrate ein Nachteil von späten Schwangerschaften ist. Auch laut Franz (2013) ist dies ein Manko, da das Risiko für Aborte mit dem Alter zunimmt, so enden etwa 13-15 Prozent aller Schwangerschaften in einem Abort. Bei 25-jährigen Frauen liegt dieses Risiko bei zirka zehn Prozent und nimmt mit dem Alter stetig zu. So sind Mütter um die 35-40 Jahre schon einem 25 prozentigen Risiko ausgesetzt. Und dieses erhöht sich auf über neunzig Prozent bei Frauen, die älter als 45 Jahre sind (Franz, 2013).

Dass das Kind alte Eltern hat, empfinden 47,2 Prozent der befragten Mütter als Nachteil von späten Schwangerschaften. So sagt eine Probandinnen zu diesem Thema: „Ich wäre lieber in jüngeren Jahren Mutter geworden, weil man als Mutter für die Großmutter gehalten wird.“ Dass sich die Kinder für ihre „alten“ Eltern schämen ist in der Regel jedoch nicht der Fall, nur in einem kurzen Zeitraum, zwischen acht und zehn Jahren, beschäftigen sich Kinder verstärkt mit dem Alter der Eltern, danach wird dieses Thema normalerweise wieder unwichtig. Außerdem sieht man in der heutigen Zeit den Eltern oft ihr biologisches Alter gar nicht an, gerade Frauen die erst spät ein Kind bekommen haben, wirken meist jünger und fitter als andere Frauen im selben Alter. Oft kann man daher nicht mehr unterscheiden, ob eine Frau dreißig oder doch schon vierzig Jahre alt ist (Bohnhorst & Cerna, 2001). Eine der Probandinnen erklärte: „Ich würde mich wieder für ein spätes Kind entscheiden, da es auch eine Frage der Lebensumstände ist. Außerdem ist das ‚alt‘ sein typabhängig. Es gibt viele jüngere Leute, die nicht aktiv sind oder antiquierte Ansichten haben, ebenso wie ältere.“

Bei den Studentinnen empfinden 65,2 Prozent es als Nachteil, dass die Kinder von späten Eltern sehr alte oder gar keine Großeltern haben. Laut Bohnhorst & Cerna (2001) Kann es den Kindern von späten Eltern passieren, dass sie ihre Großeltern nicht mehr wirklich miterleben können, da diese schon sehr alt oder gar schon gestorben sind. Doch auch bei jüngeren Frauen kann es vorkommen, dass die Großeltern nicht viel Zeit mit ihren Enkeln verbringen können, da sie vielleicht ganz woanders leben, selbst viel unternehmen und daher nicht viel Zeit zum Kinderhüten haben (Bohnhorst & Cerna, 2001).

44,3 Prozent der Studentinnen sind der Meinung, dass Kinder von späten Müttern oft Einzelkinder sind und empfinden dies als Nachteil. Dies wird auch durch viele der befragten Mütter bestätigt, da sie meinen, dass der Zeitdruck für ein

Geschwisterchen bei späten Schwangerschaften enorm ist: „Ich hätte lieber früher ein Kind bekommen, mit zirka dreißig, weil ich dann vielleicht mehr als nur eines bekommen hätte“, erklärt eine der befragten Probandinnen. Eine andere meinte: „Ich hätte gerne noch ein Geschwisterchen für mein Kind, aber nicht zu schnell, allerdings läuft die Zeit davon“. Statistische Zahlen belegen dies ebenfalls, oft bleiben die Kinder von späten Müttern Einzelkinder (Bohnhorst & Cerna, 2001). Auch bei der hier durchgeführten empirischen Untersuchung haben 66,1 Prozent der Frauen nur ein Kind, wobei manche noch die Möglichkeit auf ein zweites haben. Jedoch bedauern es einige der Mütter, aufgrund ihres Alters keine weiteren Kinder mehr bekommen zu können beziehungsweise sich mit der weiteren Kinderplanung beeilen zu müssen, da ihnen die Zeit davon läuft.

Bei den Studentinnen fielen die ersten drei Hauptvorteile für späte Schwangerschaften gleich aus, wie bei den Müttern: jeweils 92,9 Prozent wählten die Lebenserfahrung und Psychische Reife als größten Vorteil und anschließend mit 91 Prozent die finanzielle Unabhängigkeit. Auch die anderen Vorteile wurden ähnlich wie bei den Müttern gewählt und es gab keine signifikanten Unterschiede.

Bei den Nachteilen fielen die Ergebnisse sehr unterschiedlich aus und es gab teilweise signifikante Unterschiede. Generell empfinden die Studentinnen die Nachteile einer späten Schwangerschaft viel stärker, als es die Mütter tun. Als größten Nachteil sehen sie Schwangerschaftskomplikationen mit 89 Prozent, an zweiter Stelle kommt das Risiko einer Trisomie 21 mit 82,1 Prozent und öfters vorkommende Fehlgeburten mit 76,3 Prozent und Frühgeburten mit 71,9 Prozent. Dass die Studentinnen diese Komplikationen bei Spätgebärenden so hoch einschätzen könnte daran liegen, dass die Medien über späte Mutterschaft meist in Verbindungen mit Risiken, Komplikationen und Nachteilen berichten und so oft eine negative Assoziation zu später Mutterschaft hervorrufen.

5.1.3. Schwangerschaftsverlauf von Schwangeren über 35

Die Hälfte der Mütter, mit 51,4 Prozent, litt während der Schwangerschaft an Beschwerden, 22,9 Prozent an Übelkeit, 9,2 Prozent an Schwangerschaftsdiabetes, 8,3 Prozent an Bluthochdruck und 6,4 Prozent an Kreislaufproblemen. Die Anzahl der an Schwangerschaftsdiabetes erkrankten Frauen passt zu der Angabe von Ritzinger & Weissenbacher (2006), welche angeben, dass sieben bis zehn Prozent aller Schwangeren darunter leiden und bei über 35-jährigen die Anzahl der Erkrankten zwischen sieben und vierzehnt Prozent liegt. Von den anderen Erkrankungen wie Gestose, Diabetes oder Anämie waren nur weniger als fünf Prozent der Probandinnen betroffen. Die Gestose wird in der Literatur als die häufigste Schwangerschaftserkrankung genannt, welche bei 22,3 Prozent der Schwangeren und besonders häufig bei unter 17-jährigen und über 35-jährigen Frauen vorkommt (Ritzinger & Weissenbacher, 2006). Dies kann durch die Probandinnen nicht bestätigt werden, da nur 3,7 Prozent angaben, an einer Gestose gelitten zu haben.

Öfters vorkommende Schwangerschaftskomplikationen empfinden 53 Prozent der Probandinnen als Nachteil von späten Schwangerschaften. Wobei diese bei den befragten Müttern aber nicht auffällig öfter vorkamen als bei jüngeren Schwangeren.

Der Wunschkaiserschnitt wird oft, fälschlicherweise, als der Hauptgrund für den Anstieg der Kaiserschnittraten generell angegeben. Trotz tatsächlichen Anstiegs in den letzten Jahren, entspricht dieser nur zirka 0,4-5 Prozent aller Kaiserschnitte (Langer, 2013). Interessant ist, dass bei den älteren Erstgebärenden dieser Studie diese Rate mit 10,2 Prozent fast doppelt so hoch ist, wie in der Literatur beschrieben. Trotzdem wünscht sich die klare Mehrheit der Frauen mit 89,8 Prozent eine natürliche Geburt.

Im Endeffekt hatten aber nur 43,9 Prozent der Mütter eine natürliche Geburt und 43 Prozent, von denen nur 10,2 Prozent einen wollten, hatten einen Kaiserschnitt und die restlichen 13,1 Prozent wurden mit einer Saugglocke entbunden. Wobei 16,8 Prozent der Kaiserschnitte wegen einer Beckenendlage durchgeführt wurden. Laut Franz (2013) nimmt auch die Anzahl der Beckenendlagen mit steigendem Alter zu. Bei den unter 35-jährigen Frauen kommt sie bei 2,7 Prozent der Schwangeren vor und bei den über Vierzigjährigen schon bei 5,6 Prozent (Franz, 2013). Dies zeigt, dass bei den Probandinnen die Anzahl der Beckenendlagen extrem hoch war, da der Wert dreimal höher ist, als in der Literatur beschrieben. Mit 25,2 Prozent war der

ungeplante Kaiserschnitt aber die häufigste Geburtskomplikation bei den Probandinnen. Acht Frauen (7,5%) litten während der Geburt unter schlechter Wehenkontraktion, wodurch vier der Mütter durch einen ungeplanten Kaiserschnitt entbinden mussten. Zwei Frauen (1,9%) hatten eine vorzeitige Lösung der Plazenta, wobei eine ebenfalls durch eine Sectio entbunden wurde. Fünfzehn (14%) Frauen hatten eine längere Geburtsdauer, wobei nur bei vier ein Kaiserschnitt vollzogen wurde. Auch in der Literatur wird angegeben, dass diese Komplikationen gerade bei älteren Frauen häufiger vorkommen können und es dadurch ebenfalls zu häufigeren Kaiserschnitteingriffen kommt. Franz (2013) präsentiert eine große Studie, welche den Zusammenhang des Alters der Mutter und der Kaiserschnitttrate untersucht. *„Es konnte gezeigt werden, dass mit je 5 Jahren höherem mütterliche Alter die Wahrscheinlichkeit, mittels Sectio zu entbinden, linear um das 1,49-fache steigt“* (Franz, 2013, S. 14). Trotzdem ist nicht sicher, ob die hohe Kaiserschnitttrate bei älteren Müttern nur mit den öfters auftretenden Komplikationen zusammenhängt oder auch mit der Übervorsichtigkeit der Ärzte bei Risikoschwangeren (u.a. Ritzinger, 2013; Bopp, 2003).

16,8 Prozent der Mütter hatten einen vorzeitigen Blasensprung, welcher laut Kroggel (1940) bei 22,3 Prozent der Schwangeren auftritt, und somit bei den befragten späten Müttern etwas geringer ausfiel. Dieser hatte jedoch bei keiner der Probandinnen Einfluss auf einen Kaiserschnitt, diejenigen, welche einen ungeplanten Kaiserschnitt hatten, waren von anderen bereits erwähnten Komplikationen wie Steißlage, längere Geburtsdauer, schlechte Wehenkontraktion oder vorzeitige Lösung der Plazenta betroffen.

Im Durchschnitt kamen die Kinder der Probandinnen in der 39. Schwangerschaftswoche zur Welt. 11,6 Prozent der Probandinnen hatten eine Frühgeburt. Diese Rate passt laut Ritzinger (2013) mit der Literatur zusammen, wo die Frühgeburtsrate bei Frauen über 35 mit 12 Prozent angegeben ist. Die Studentinnen schätzen diese Rate bei älteren Frauen viel höher ein, so glauben 47,7 Prozent, dass der Großteil von späten Schwangeren häufig eine Frühgeburt erleidet.

5.1.4. Studentinnen und Kinderplanung

Der Großteil der Studentinnen, mit 80 Prozent, möchte einmal Kinder haben, 19 Prozent gaben an, es noch nicht zu wissen und ein Prozent möchte keine Kinder. Die Hypothese, dass der Kinderwunsch während des Studiums noch in weiter Ferne liegt, stimmt somit teilweise. Nur 22 Prozent der Studentinnen macht sich regelmäßig Gedanken, 60 Prozent hin und wieder und 18 Prozent machen, beziehungsweise versuchen es, nicht über Kinder nachzudenken. Doch alle, außer eine, geben an, einmal Kinder haben zu wollen. Als Wunschalter für ihr erstes Kind gibt jedoch der Großteil, mit 51 Prozent, ein Alter zwischen 25 und 30 Jahren an, 36 Prozent wollen es zwischen 31 und 35 Jahren bekommen und nur drei Prozent zwischen 36 und 40 Jahren und somit ebenfalls eine späte Mutter werden. Acht Prozent gaben an, dass sie noch nicht wissen, wann sie einmal Kinder haben möchten. Es ist klar erkennbar, dass, außer drei Prozent, keine der Studentinnen plant, erst über 35 Jahren schwanger zu werden. Das bestätigt sich auch bei den befragten Müttern: nur 18,9 Prozent gaben an, dass sie schon immer erst spät Mutter werden wollten. Man erkennt also, dass die späte Mutterschaft meist nicht geplant wird, sondern durch verschiedene Lebensumstände entsteht.

Bei den Studentinnen zeigte sich, dass eine feste Partnerschaft für 94,9 Prozent die wichtigste Voraussetzung für einen geplanten Kinderwunsch ist. Eine fertige Ausbildung ist für 84,8 Prozent der Studentinnen wesentlich, ein geregeltes Einkommen für hundert Prozent und die finanzielle Unabhängigkeit für 97 Prozent. Eine berufliche Karriere zu haben, wäre hingegen für 59,2 Prozent ein ausschlaggebender Grund für eine geplante Schwangerschaft. Die Hypothese: „Den Studentinnen sind Berufserfolg, ein gutes Einkommen und eine feste Partnerschaft wichtig für einen Kinderwunsch“ kann daher, aufgrund der Ergebnisse, bestätigt werden.

Die zuvor aufgestellte Hypothese „Die Studentinnen sind der Meinung, dass es unverantwortlich ist, ab einem Alter über vierzig noch Kinder zu bekommen“, konnte bei den Probandinnen nicht bestätigt werden, da nur 26 Prozent der Studentinnen der Ansicht sind, dass die Kinderplanung vor dem 40. Lebensjahr abgeschlossen werden sollte. Für 46 Prozent ist eine Schwangerschaft auch nach 40 in Ordnung.

Ironischerweise fallen die Ergebnisse bei der Frage, bis zu welchem Alter sie sich vorstellen können, selbst Kinder zu bekommen, völlig anders aus. Denn 79,8 Prozent

der Studentinnen können sich eine Schwangerschaft nur bis zum vierzigsten Lebensjahr vorstellen. Dies zeigt, dass sich der Großteil der Studentinnen keine späte Schwangerschaft bei sich vorstellen kann, sie aber späte Mütter nicht verurteilen bzw.

Einige Probandinnen begründeten ihre Meinung, warum die Kinderplanung vor dem 40. Lebensjahr abgeschlossen werden sollte:

„37. Darüber ist eine Mutter nicht mehr belastungsfähig genug und einfach biologisch gesehen zu alt. Darunter ist es jedoch wiederum schwierig, Beruf und Familie zu vereinbaren, vor allem bei Akademikerinnen.“

„Also meiner Meinung nach sollte man nicht über vierzig Jahre alt sein. Meine Grenze liegt bei 38. Ich habe selbst die Erfahrung gemacht, immer die ältesten Eltern zu haben, da ich um 10 Jahre ältere Geschwister habe. Meine Eltern waren jedoch nicht so alt, wie es heute manche Eltern sind, die Kinder bekommen. Ich finde die Familie einfach wichtiger als die Karriere, deswegen sollte man meiner Ansicht nach rechtzeitig eine Familie gründen und nicht erst irgendwann, wenn man mit der Karriere nicht mehr zufrieden ist oder dergleichen.“

„Mit 40 Jahren sollte die Familienplanung abgeschlossen werden – wegen Gefahren von Krankheiten wie Trisomie 21.“

Bei den befragten Müttern fallen die Antworten anders aus, so findet der Großteil, mit 65,1 Prozent, dass es keine Altersgrenze fürs Kinderkriegen geben sollte bzw. dass diese durch die Natur festgesetzt ist. Die anderen Werte fielen gering aus, wobei die Altersgrenzen zwischen 41-45 bzw. zwischen 46-50 mit 11,9 Prozent und 9,1 Prozent noch am höchsten ausfielen. Dass die Altersgrenze bei den Müttern höher liegt war zu erwarten, da sie selbst alle ihr erstes Kind erst mit über 35 Jahren bekommen hatten und somit ein ganz anderes Empfinden zu dem Thema haben als die befragten Studentinnen.

6. Literaturverzeichnis

Arzt, Prim. Dr. Wolfgang (2009). Pränataldiagnostik. Was? Wie? Wozu? Informationen zu Untersuchungen während der Schwangerschaft. Verfügbar unter:

<http://www.xn--prnatal-info->

[hcb.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Praenataldiagnostik-Was-Wie-Wozu.pdf](http://www.xn--prnatal-info-hcb.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Praenataldiagnostik-Was-Wie-Wozu.pdf)

[20.3.2014]

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt am Main: Fischer 1989.

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Die Kinderfrage heute. Über Frauenleben, Geburtenrückgang und Kinderwunsch. München: C.H. Beck 2006.

Beham, Martina (1999) Nach 35 noch ein Kind? Es hängt von den Lebensbedingungen ab. Verfügbar unter:

http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=836&cHash=57af96d51b86537bd41e8db46b652712 [März 2014]

Beham, Martina (2004): Späte Mutterschaft – (k)eine biografische Entscheidung. Rezensionenzeitung für Frauen- und Geschlechterforschung. 14. Verfügbar unter: <https://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/295/303>

Bewley, Susan, Melanie Davies und Peter Braude (2005): Which career first? The most secure age for childbearing remains 20-35. British Medicine Journal, 331, 588-589.

Biermann, Christine und Ralph Raben: Ein Kind mit 40? Vor- und Nachteile später Schwangerschaft. Stuttgart: Kreuz 2004.

Bohnhorst, Susanne und Libuse Cerna: Abenteuer Wunschkind. Das Schwangerschaftsbuch für Frauen über 35. Frankfurt am Main: Fischer, 2001.

Bopp, Anette: Kaiserschnitt auf Wunsch. Vorteile Risiken Entscheidungshilfen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch 2003.

Brachat-Schwarz, Werner und Attina Dominé (2007) „Säte Mutterschaft“ – zu den regionalen Unterschieden in Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 10, 15.

Brandstätter, Nadja und Euke Frank usw.: Späte Mütter Späte Väter. Babyglück im besten Alter. Wien: Linde 2004.

BVA (2014): Künstliche Befruchtung. Verfügbar unter:

<http://www.bva.at/portal27/portal/bvportal/content/contentWindow?contentid=10007.676769&action=2> [6.3.2014]

Carolan, Mary (2003) Late motherhood: the experience of parturition for first time mothers aged over 35 years. Australien Midwifery Journal, June, 17-19.

Döring, Anja: Ein Wunschkind unserer Zeit. Späte Schwangerschaft als Folge beruflicher Selbstverwirklichung. Eine Einzelfallstudie über die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. Dissertation. Univ. Wien 2012.

Berg, Giselinde, Inez Werth und Elke Barbian (Hg.) ICSI – Die Lösung für ungewollte Kinderlosigkeit? In: Elmar, Brähler / Stöbel-Richter, Yve / Hauff, Ulrike (Hg.): Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff. Gießen: Psychosozial Verlag 2002, 65-75.

Federspiel, Krista: Kinderlos – was tun? Ein Ratgeber für Paare mit Kinderwunsch. Stuttgart; Leipzig: Hirzel, 2000.

Feichtinger, Wilfried und Eva Stanzl: Die Unfruchtbarkeitsfalle. Wie es dazu kommen kann, dass man den Zug verpasst. Wien: Orac 2009.

Feibner, Tom und Kirsten Khaschei: Hoffnung Kind. Wege zum Wunschkind. Berlin: Stiftung Warentest 2012.

Fosen-Schlichtinger, Petra: Vom Glück, späte Mutter zu werden. Bielefeld: Patmos 2006.

Franz, M. (2013): Risiken und Betreuung der älteren Schwangeren. Speculum. 31. Jahrgang, 1, 11-15.

Hager, Angelika, Sebastian Hofer und Eva Stanzl (2007) Späte Mütter: Midlife-Mamas. Die Zahl der Erstgebärenden 40+ hat sich verdoppelt. Verfügbar unter: <http://www.profil.at/articles/0720/560/173640/spaete-muetter-midlife-mamas-die-zahl-erstgebaerenden-40> [Dezember 2013]

Hager, Mariella: Kinderwunschlos glücklich? Gewollt kinderlose Akademikerinnen. Eine qualitative empirische Studie zu Lebenssituation und Zukunftsplanung österreichischer Akademikerinnen. Wien: Lit. 2006.

Harder, Ulrike und Andreas Stiefel: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Stuttgart: Hippokrates 2005.

Hengstschläger, Markus: Die Macht der Gene. Schön wie Monroe, schlau wie Einstein. Salzburg: by ecowin 2006.

Grin, Wolfgang: Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit. Wien – Klosterneuburg: Edition va bene 2004.

Gruber, Paula und Irene Gruber: Unser Hebammenrat. Hebammenwissen aus fünf Generationen. München: Südwest 2006.

IVF (2014): Eizellenspende. Verfügbar unter: <http://www.ivf.at/de-de/behandlung/risikenkomplikationen/eizellspende.aspx> [6.3.2014].

König, Uta: Wir wollen ein Baby. Von Mönchspfeffer bis In-vitro. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch 2003.

Kroggel, Oskar: Geburtsverlauf alter Erstgebärender. Dissertation. Univ. Wien: 1940

Lackinger Karger, Dr. Ingeborg: Jetzt ein Baby! 35+ Gesund und glücklich in der späten Schwangerschaft. Köln: Vgs 2002.

Langer, Martin: Der Kaiserschnitt – vielleicht der Geburtsmodus des 21. Jahrhunderts. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2013.

Nawroth, F.; Lugwig, M.; Gnoth C.; Krüssel J.; Albring C. (2014): Bewertung von ovarieller Reserve und Fertilität mit steigendem Lebensalter. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. 11 (1), 6-11.

Odent, Michael: Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Düsseldorf: Patmos 2005.

Peters, Frederik: Späte Mutterschaft als medizinischer Risikofaktor? Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Risiko der Frühgeburt. Berlin: DIW Berlin 2010.

Rensing, Ludger und Saadat Mohsenzadeh (2008): Späte Eltern. Welchen Risiken sind die Kinder ausgesetzt? In: Biologie unserer Zeit 3, S. 176-185.

Richter, Frodi: Über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sehr alter Erstgebärender <40 Jahre und mehr> der Universitäts-Frauenklinik Berlin <Jahrgänge 1926-1936> Berlin: Schultz, 1940.

Rille-Pfeiffer, Christiane: Kinder – jetzt, später oder nie? Generatives Verhalten und Kinderwunsch in Österreich, Schweden und Spanien. Wien: Budrich UniPress, 2010.

Ritzinger, Peter und Ernst Rainer Weissenbacher: Später Kinderwunsch – Chancen und Risiken. Vorsorge bei später Schwangerschaft. Abnehmender Fruchtbarkeit und Sterilitätsbehandlung. Pränataldiagnostik und neue Methoden der Biomedizin. Natürliche Geburt oder Kaiserschnitt auf Wunsch. München: W. Zuckschwerdt², 2006.

Ritzinger, P.; Dudenhausen JW.; Holgreve, W. (2012): Risiken der späten Mutterschaft. Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. 30 (1), 15-23.

Ritzinger, Petra (2013): Mutterschaft mit 40 – ovarielle Reserve und Risiken. Der Gynäkologe 1, 29-36.

Saleth, Stephanie (2005): Späte Mutterschaft- ein neuer Lebensentwurf? Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 11.

Sardavar, Karin (2010): »Wir lassen es jetzt drauf ankommen« Deutungen von Empfängnisverhütung am Beispiel. SWS-Rundschau (50. Jg.) 2, 228-248.

Schmid-Altringer, Dr. Med. Stefanie: Schwanger ab 35. München: Gräfe und Unzer 2008.

Spiewak, Martin. (2004) Mutterglück im Rentenalter. In: Die Zeit 8/2004 Verfügbar unter http://www.zeit.de/2003/05/M-Alte_M_9ftter [23.03.2014]

Spiewak, Martin. (2003) Die Uhr tickt unerbittlich. In: Die Zeit 5/2003 Verfügbar unter http://www.zeit.de/2004/08/biologische_Uhr [23.03.2014]

Statistik Austria (2013): Lebendgeburten nach Fertilitätsalter. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html [19.11.2013]

Statistik Austria (2013): Bildungsstand der Wohnbevölkerung: Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_dem_bildungsstand/022869.html [21.11.2013]

Statistik Austria (2013): Lebenserwartung. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafel/ [22.11.2013]

Statistik Austria (2013): Frühgeburten. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/fruehgeburten/066971.html [9.4.2014]

Statistik Austria (2013): Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Altersgruppe: file:///C:/Users/Sarah/Downloads/bildungsstand_der_bevoelkerung_ab_15_jahren_2011_nach_altersgruppen_und_ge_073385.pdf [7.5.2014]

Tewes, Wischmann und Heike Stammer: Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Stuttgart: Kohlhammer³ 2006.

Voß, Angela: Ein Baby- jetzt, später oder nie? Das Dilemma der modernen Frau. Hamburg: Hoffmann & Campe Verlag 2004.

Zebothsen, Birgit: Späte Schwangerschaft... Kein Problem. München: Nymphenburger 1997.

Zebothsen, Birgit und Volker Ragosch: Sternenkinder. Wenn eine Schwangerschaft zu früh endet. München: Südwest 2007.

Zerle, C.; Cornelißen, W.; Bren, W. (2012): Das Timing der Familiengründung und dessen Folgen für die Familie. Zeitschrift für Frauenforschung, 1, 46-66.

Anhang

Fragebogen für Studentinnen

Liebe Studentinnen,

Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema "Späte Erstgebärende" und wäre daher für Ihre Mithilfe sehr dankbar. Das Ausfüllen des Fragebogens ist natürlich anonym und dauert nur wenige Minuten.

Persönliche Angaben:

1. Alter: _____

2. Nationalität: _____

3. Titel: _____

4. Universität: _____

5. Studium: _____

6. Semester: _____

7. Familienstand:

Verheiratet

Geschieden

Feste Partnerschaft

Ledig

8. Haben Sie schon ein Kind?

Ja

Nein

9. Wenn ja, wie alt waren Sie bei der Geburt? _____

10. Möchten Sie einmal Kinder haben?

- Ja
- Nein
- Ich weiß es noch nicht

11. Machen Sie sich schon Gedanken über Kinderplanung?

- Ja
- Nein
- Manchmal
- Ich möchte nicht daran denken

12. Mit welchem Alter möchten Sie Ihr erstes Kind bekommen?

- Ich habe schon ein Kind
- unter 25
- zwischen 25 und 30
- zwischen 30 und 35
- zwischen 35 und 40
- über 40
- weiß nicht

Angaben zu Vorstellungen über späte Schwangerschaften

13. Das Alter der Mütter steigt jährlich, bis zu welchem Alter können Sie sich vorstellen Kinder zu bekommen?

- unter 35
- zwischen 35 - 40
- zwischen 40 - 45
- zwischen 45 - 50

o über 50

o weiß nicht

14. Was sind für Sie wichtige Voraussetzungen um ein Kind zu bekommen?

Kreuzen Sie, dass für Sie zutreffende Feld bitte an.

	Sehr wichtig	Wichtig	Egal	Unwichtig
Feste Partnerschaft				
Geregeltes Einkommen				
Finanzielle Unabhängigkeit				
Bestimmtes Alter				
Psychische Reife				
Eigenes Heim				
Lebenserfahrung				
Fester Stand im Leben				
Berufliche Karriere				
Ausgelebt zu haben				
Verantwortungsbewusstsein				
Partner will Kinder				
Ausbildung beendet				
Verheiratet sein				
Unter 35 Jahre sein				
Eine junge Mutter zu sein				

Weitere wichtige Voraussetzungen für mich sind

15. Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile einer späten Schwangerschaft im Gegensatz zu Schwangerschaften in jüngeren Jahren

Kreuzen Sie, dass für Sie zutreffende Feld bitte an.

	Sehr zutreffend	zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Psychische Reife				
Finanzielle Unabhängigkeit				
Lebenserfahrung				
Stabile Partnerschaft				
Wirklicher Kinderwunsch				
Eigenes Heim				
Karriere				
Fester Stand im Leben				
Mit Krisensituationen kann besser umgegangen werden				
Toleranter, Geduldiger				
Gefühl nichts mehr zu verpassen				
Verantwortungsbewusster				

Weitere Vorteile könnten sein

16. Was sind Ihrer Meinung nach die Nachteile einer späten Schwangerschaft im Gegensatz zu Schwangerschaften in jüngeren Jahren?

	Sehr zutreffend	zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Schwangerschaftskomplikationen				
Reaktion der Mitmenschen				
Kind hat alte Eltern				
Öfter Fehlgeburten				
Mutter nicht mehr so fit				
Schwangerschaftskrankheiten				
Mehrere Frühgeburten				
Höheres Trisomie 21 Risiko				
Mutter psychisch nicht so belastbar				
Höhere Säuglingssterblichkeit				
Mehr kranke Neugeborene				
Großeltern sehr alt				
Kinder sind meist Einzelkinder				
Jugendliche Unbeschwertheit fehlt				
Eltern werden für Großeltern gehalten				
Mütter halten nicht so viel aus				

Es gibt keine Nachteile				
-------------------------	--	--	--	--

Weitere Nachteile könnten sein:

17. Wie glauben Sie wird die Mehrheit der späten Erstgebärenden schwanger?

(Mehrfachantwort möglich)

- Auf natürlichem Weg (gewollt)
- künstliche Befruchtung
- ungewollt
- weiß nicht

18. Wie lange schätzen Sie, dauert es bei einer Frau, die über 35 Jahre alt ist, auf natürlichem Weg schwanger zu werden?

- ein paar Monate
- halbes Jahr - Jahr
- über ein Jahr
- mehrere Jahre
- weiß nicht

19. Glauben Sie, dass sich späte Erstgebärende öfter Vorsorgeuntersuchungen unterziehen als jüngere Schwangere?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

20. Woran glauben sie, könnte es liegen, dass späte Erstgebärende vermehrt Vorsorgeuntersuchungen machen lassen als Jüngere? (Mehrfachantwort möglich)

- Angst wegen dem Alter
- Höheres Risiko bei steigendem Alter
- Anraten des Arztes
- Partner will es
- Ist einfach üblich
- Weiß nicht

21. Welche Untersuchungen werden, Ihrer Meinung nach, besonders häufig in Anspruch genommen? (Mehrfachantwort möglich)

- Fruchtwasserpunktion
- Nabelschnurpunktion
- Ultraschall-Sreening
- Nackentransparenz
- Triple- Test
- Chromosomenanalyse
- weiß nicht

22. Treten Ihrer Meinung nach bei späten Schwangerschaften öfters Komplikationen auf?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

23. Wenn ja, welche könnten das sein? (Mehrfachantwort möglich)

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Schwangerschaftsdiabetes
- Übelkeit
- Gestose
- Starkes Schwangerschaftserbrechen
- Kreislaufprobleme
- Schwangerschaftsbedingte Blutarmut (Anämie)
- Infektionen
- Depressionen
- Grippe
- vorzeitige Lösung der Plazenta
- Frühgeburt
- Fehlgeburt
- längere Geburtsdauer
- schlechte Wehenkontraktion
- verkehrte Lage des Kindes
- Vorzeitiger Blasensprung
- Vorzeitige Wehentätigkeit
- Weiß nicht

24. Glauben Sie, dass bei späten Erstgebärenden häufiger Frühgeburten vorkommen als bei jüngeren Erstgebärenden?

Ja

Nein

Weiß nicht

25. Wie glauben Sie, bringt die Mehrheit der späten Erstgebärenden ihre Kinder auf die Welt? (Mehrfachantwort möglich)

natürlich

per Kaiserschnitt

per Saugglocke

weiß nicht

26. Wo sollte Ihrer Meinung nach die Altersgrenze für eine Schwangerschaft liegen? Begründen Sie Ihre Antwort.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme 😊

Fragebogen: Späte Erstgebärende

Liebe Mütter,

Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema "Späte Erstgebärende" und wäre daher für Ihre Mithilfe sehr dankbar. Das Ausfüllen des Fragebogens ist natürlich anonym und dauert nur wenige Minuten.

Persönliche Angaben

1. Alter der Mutter: _____

2. Nationalität: _____

3. Titel: _____

4. Höchste abgeschlossene Schulausbildung:

kein Schulabschluss

Hauptschule

Lehre

AHS

BHS

Fachhochschule

Universität

5. Derzeitiger Beruf: _____

6. Familienstand:

verheiratet

geschieden

feste Partnerschaft

ledig

7. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja, mit dem Vater des Kindes

Ja, mit einem anderen Mann

Nein

Angaben zum Schwangerschaftsverlauf

8. Waren Sie vor der Geburt Berufstätig? ja nein

9. Beruf vor der Geburt: _____

10. Wie lange dauerte es bis Sie nach der Geburt ihres Kindes wieder berufstätig wurden? _____

11. Alter bei Geburt des Kindes? _____

12. War es ihr erstes Kind?

ja

Nein

13. Wenn nein, wie alt waren Sie beim ersten Kind? _____

Haben Sie nach ihrem Kind, welches Sie über 35 bekommen haben, noch weitere Kinder bekommen?

Nein

Ja wie viele? _____

14. Wie viele Kinder haben Sie?

1 2 3 4 5 mehr als 5

15. War das Kind geplant?

Ja

Nein

O Ich ließ es drauf ankommen

16. Wenn ja, warum haben Sie sich erst recht spät für ein Kind entschieden?

Kreuzen Sie das zutreffende Feld bitte an.

	Sehr zutreffend	zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Psychische Reife				
Finanzielle Unabhängigkeit				
Lebenserfahrung				
Feste Partnerschaft				
Eigenes Heim				
Zeitdruck - Biologische Uhr				
Berufliche Karriere				
War nicht geplant				
Hab mich ausgelebt				
Verantwortungsbewusster				
Ausbildung zuerst beendet				
Unzufriedenheit im Beruf				
Stress im Beruf				
Es fehlte etwas im Leben				
Wurde endlich schwanger				
Wollte schon immer erst spät ein Kind				
Partner wollte endlich Kinder				
Lebenserfahrung				

Steht im Leben				
Endlich verheiratet				
Kann mit Krisen besser umgehen				

Andere Gründe für meine Späte Schwangerschaft

17. Waren Sie sich bewusst dass eine Schwangerschaft über 35 gewisse Risiken haben kann?

- Ja
- Nein
- Darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht
- Weiß nicht

18. Warum haben Sie sich trotzdem für eine späte Schwangerschaft entschieden?

- Starker Kinderwunsch
- Die Risiken sind gering
- Mit ärztlichen Untersuchungen ist es kein Problem
- Wollte es riskieren
- Wollte nicht abtreiben
- Hab nicht darüber nachgedacht
- Weiß nicht
- andere Gründe

19. Haben Sie Vorsorgeuntersuchungen machen lassen?

- Ja
- Nein

20. Wenn ja welche? (Mehrfachantwort möglich)

- Fruchtwasserpunktion
- Nabelschnurpunktion
- Ultraschall-Sreening
- Nackentransparenz
- Triple- Test
- Chromosomenanalyse

21. Warum haben Sie diese Untersuchungen machen lassen? (Mehrfachantwort möglich)

- Hatte Angst wegen meinem hohen Alter
- Arzt hat es geraten
- Risiko steigt mit dem Alter
- Hatte Angst wegen Trisomie 21
- Ist einfach üblich
- Habe auf Untersuchungen verzichtet
- Partner wollte es
- Weiß nicht

22. Glauben Sie, haben Sie aufgrund ihres Alters mehr Vorsorgeuntersuchungen machen lassen, als Sie in jüngeren Jahren hätten?

- Ja
- Nein, hätte ich auch so gemacht

Weiß nicht

23. Wurden Sie auf natürlichem Wege schwanger?

ja

nein

24. Wenn ja, wie lang hat es ca. gedauert dass sie schwanger wurden?

funktionierte sehr schnell

ein paar Monate

halbes Jahr - Jahr

über ein Jahr

mehrere Jahre

wir hatten es nicht geplant

Weiß nicht

25. Wenn nein, welche Methode der künstlichen Befruchtung hat bei ihnen funktioniert?

26. Hat die künstliche Befruchtung gleich beim ersten Mal geklappt?

Ja

Nein, hat erst beim _____ Mal geklappt

27. Litten Sie während der Schwangerschaft an Krankheiten?

Ja

Nein

Weiß nicht

28. Wenn ja, welche? (Mehrfachantwort möglich)

- Bluthochdruck
- Gestose
- Diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes
- Übelkeit
- Starkes Schwangerschaftserbrechen
- Kreislaufprobleme
- schwangerschaftsbedingte Blutarmut (Anämie)
- Infektionen
- Depressionen
- Grippe
- Weiß nicht

29. In der wievielten Schwangerschaftswoche ist das Kind geboren worden?

30. Wollten Sie eine natürliche Geburt?

- Ja
- Nein

31. Wollten Sie einen Kaiserschnitt?

- Ja
- Nein

32. Wo kam das Kind zur Welt?

- Zu Hause
- Im Spital
- Im Krankenwagen
- Sonstiges _____

33. Wie kam das Kind zur Welt?

- Natürlich
- Kaiserschnitt
- Saugglocke

34. Gab es bei der Geburt Komplikationen? Wenn ja welche? (Mehrfachantwort möglich)

- vorzeitiger Blasensprung
- vorzeitige Wehentätigkeit
- vorzeitige Lösung der Plazenta
- ungeplanter Kaiserschnitt
- schlechte Wehenkontraktion
- längere Geburtsdauer
- verkehrte Lage des Kindes
- Saugglocke

Meinung der Mutter zu späten Schwangerschaften

35. Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile einer späten Schwangerschaft?

Kreuzen Sie, dass für Sie zutreffende Feld bitte an.

	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
--	-----------------	------------	-----------------------	------------------

Psychische Reife				
Finanzielle Unabhängigkeit				
Lebenserfahrung				
Stabile Partnerschaft				
Wirklicher Kinderwunsch				
Eigenes Heim				
Karriere				
Fester Stand im Leben				
Mit Krisensituationen kann besser umgegangen werden				
Toleranter, Geduldiger				
Verpasst nichts mehr				
Verantwortungsbewusster				

Weitere Vorteile könnten sein

36. Was sind Ihrer Meinung nach die Nachteile einer späten Schwangerschaft im Gegensatz zu jüngeren Schwangeren?

	Sehr zutreffend	Zutreffend	Eher nicht zutreffend	Nicht zutreffend
Schwangerschaftskomplikationen				
Reaktion der Mitmenschen				
Kind hat alte Eltern				

Öfter Fehlgeburten				
Mutter nicht mehr so fit				
Schwangerschaftskrankheiten				
Mehrere Frühgeburten				
Höheres Trisomie 21 Risiko				
Mutter psychisch nicht so belastbar				
Höhere Säuglingssterblichkeit				
Mehr kranke Neugeborene				
Mütter halten nicht so viel aus				
Es gibt keine Nachteile				

Weitere Nachteile könnten sein

37. Würden Sie sich nochmal so spät für ein Kind entscheiden? Begründen Sie bitte Ihre Antwort

38. Wo sollte Ihrer Meinung nach die Altersgrenze für eine Schwangerschaft liegen? Begründen Sie bitte Ihre Antwort.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme 😊

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name: Sarah Csokai
Geburtstag: 26.09.1988
Nationalität: Österreich



Bildungshistorie

Seit Oktober 2007	Universität Wien Lehramtsstudium: Biologie und Deutsch
Oktober 2013	Bachelorabschluss Deutsche Philologie
Juni 2007	Matura
1999-2007	Bundesrealgymnasium Berndorf
1997-1999	Volkschule St. Veit an der Triesting
1994-1997	Evangelische Volkschule Gumpendorf (1 Jahr Vorschule)

sonstige Kompetenzen

Computerkenntnisse	(Word, Excel, Powerpoint)
Sprachen	Englisch C1, Französisch B1