

Zbl. Gynäkol. 102 (1980) 513—518

Aus der Universitäts-Frauenklinik (Klinik B-Nouar Fadela) Oran
(Direktor: Prof. Dr. L. Ould Larbi)

Kinderwunsch und Familienplanung in Algerien

Ein Beitrag zum Reproduktionsverhalten in arabischen Ländern

Von S. Rummler

Mit 2 Abbildungen

Zusammenfassung: Beobachtungen an arabischen Patientinnen der UFK Oran/Algerien, Kinderwunsch, Familienplanung und Parität betreffend, werden im Zusammenhang mit einer Besprechung der Ergebnisse der letzten Bevölkerungszählung in der DVR Algerien dargestellt. Eine Kinderzahl von 3 bis 4 Kindern pro Familie wurde als optimal angesehen. Häufig sind noch Frühheirat und Frühgravidität. Die Familienplanung spielt noch eine untergeordnete Rolle, nur 25,3% der Patientinnen nahmen während kürzerer oder längerer Intervalle orale Ovulationshemmer ein. — Unterschiede zum Reproduktionsverhalten in Europa sind aus den veränderten Verteilungen der I. und II. Parae am Gesamtgeburtengut und an der hohen Multiparität ablesbar. Gründe hierfür liegen in den traditionellen Denk- und Verhaltensweisen der Ehepartner; ferner dürften ursprünglich religiöse und soziale Motive und die bisher noch unzureichend genutzten Möglichkeiten der Familienplanung in Betracht kommen.

Schlüsselwörter: Familienplanung — Erfahrungsbericht — Situation in Algerien.

Desire for children and family planning in Algeria
(Approach to reproduction in Arab countries)

Summary: Arab patients in the Gynaecological Hospital of the University of Oran, Algeria, were observed. Aspects relating to desire for children, family planning, and parity are discussed in conjunction with the outcome of the latest Algerian census. Three or four children in one family are considered an optimum solution. Early marriage and early gravidity still are widespread. Family planning continues to play a minor role, and only 25.3 per cent of all patients reviewed took to oral contraceptives for shorter or longer periods of time. — The percentages of primiparae and secundiparae in all births as well as the high percentage of multigravida are parameters by which the approach to reproduction differs substantively from behaviour patterns in Europe. Traditional thinking of couples and resulting behaviours as well as religious and social motivations and insufficient use of family planning facilities are the major reasons.

Keywords: Family planning — Report on experience — Situation in Algeria.

In den westlichen Industrieländern Europas weist der Trend eindeutig zur Ein-Kind-Familie, eine Entwicklung, die die Gesundheitspolitiker aus unterschiedlichen Gründen beunruhigt [4]. Nach Jahren ähnlicher Reproduktionswilligkeit darf man in der DDR und in den Ländern der sozialistischen Gemeinschaft nun schon längere Zeit mit weiter steigenden Geburtenziffern rechnen [7, 9]. Dies wird erklärt durch das Aufrücken geburtenstarker Jahrgänge in das Reproduktionsalter und durch Auswirkungen der staatlichen Maßnahmen zur Förderung von Ehe und Familie [10].

Die Bevölkerungszusammensetzung der Entwicklungsländer weist meist ausgesprochen junge Populationen mit entsprechend hoher Natalität aus. Daher richten sich die Aktivitäten der IPPF, deren Ziel es ist, für ein Gleichgewicht zu sorgen zwischen der Weltbevölkerung, den natürlichen Ressourcen und der Produktivität [3], besonders auf die Entwicklungsländer. Anliegen unserer Untersuchungen war es festzustellen, welche Rolle die Geburtenregelung bei unseren Patientinnen spielte und inwieweit antikonzeptionelle Maßnahmen bereits ihren Platz bei der Familienplanung gefunden haben.

Material und Methode

Von den im III. Quartal 1978 wegen pathologischer Schwangerschaftsverläufe oder zur Entbindung in der UFK Oran (Klinik B-Nouar Fadela) hospitalisierten Frauen wurden 500 Frauen nach ihrer Anamnese befragt und um Angaben aus dem sozio-ökonomischen Bereich gebeten. Im folgenden soll über die Ergebnisse von 300 ausgewerteten Interviews berichtet werden.

Altersstruktur und Menarchealter

Bei der Analyse der Ergebnisse zeigte sich, daß alle reproduktionsfähigen Jahrgänge vertreten waren. Unsere jüngste Patientin war eine 16jährige Erstgravida, die älteste eine 50jährige 18-Gravida, XIII-Para (vgl. Abb. 1). In allen befragten Altersgruppen

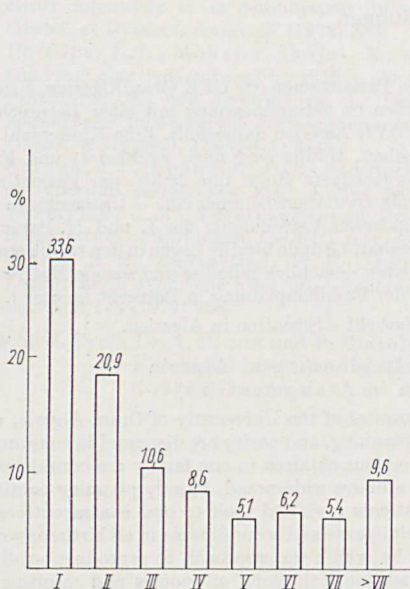


Abb. 1. Altersverteilung (N = 300)

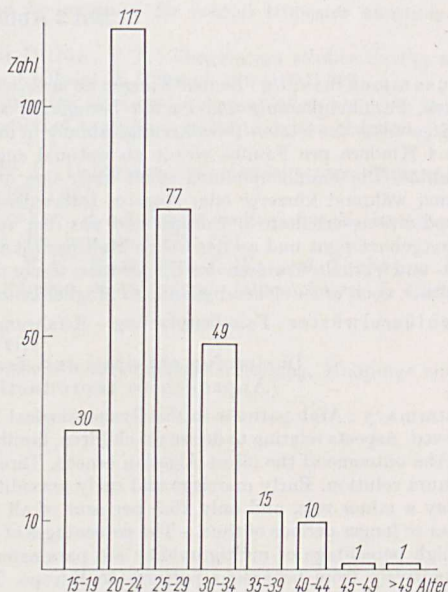


Abb. 2. Paritäten bei 292 Patientinnen

trat die Menarche am häufigsten um das 14. Lebensjahr ein. 74 Patientinnen (24,7 %) hatten die Menarche bis zum 13. Lebensjahr. Bei 179 Probandinnen (56,7 %) trat die Menarche bis zum 14. Lebensjahr ein. Briedigkeit und Tittmann [1] untersuchten das Menarcheverhalten bei 1054 14- bis 15jährigen Mädchen (DDR-Stadtbevölkerung) und fanden ein Eintreten der Menarche zwischen dem 13. bis 14. Lebensjahr bei 37 % und bei 25 % zwischen dem 12. bis 13. Lebensjahr des befragten Personenkreises, wie wohl überhaupt der Eintritt der Menarche von sozialen und genetischen Faktoren und nicht so sehr von klimatischen Einflüssen oder von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse abhängig ist [8].

Heiratsalter und Familienstand

Wie in allen Entwicklungsländern existiert auch hier noch die Frühheirat, allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen Stadt- und Landbevölkerung (vgl. Tab. I und III).

Von unseren 300 Patientinnen waren 35 (11,7 %) bei Erreichung des 15. Lebensjahres bereits verheiratet. Bei Erreichen des 16. Lebensjahres waren schon 81 (27 %) Patien-

Tabelle I. Heirat und Menarche (N = 300)

Alter bei Menarche Jahre	Eheschließung (Fälle) vor Menarche	nach Menarche (in Jahren)							
		0	1	2	3	4	5	6	6
10	—	—	—	—	—	—	—	—	1
11	—	—	—	—	—	—	—	—	5
12	1	1	—	1	1	3	1	3	7
13	—	—	3	5	7	4	5	7	19
14	1	1	12	16	12	19	14	7	23
15	2	6	11	10	8	3	7	2	16
16	—	9	6	11	2	6	5	3	3
17	1	—	2	2	—	2	—	1	—
18	—	1	1	—	—	—	1	—	—
Σ	5	18	35	45	30	37	33	23	74

Tabelle II. Kinderwunsch und Parität (N = 255)

Alter in Jahren	Fälle	Kontra- zeption (Fälle)	Wunsch- kinder (Zahl)	Geburten	Wunschkindzahl		
					Nicht erreicht	erreicht	über- troffen
15–19	28	1	3	27	26	2	0
20–24	109	19	3	190	75	23	11
25–29	65	19	3	177	30	20	15
30–34	36	15	4	200	19	5	22
35–39	11	4	4	64	1	4	6
40–	6	1	5	51	1	0	5

Tabelle III. Eheschließung und 1. Entbindung

Heiratsalter	1. Partus im Eheschließungs- jahr nach					
		1	2	3	4	> 4 Jahren
10–14	—	2	3	2	1	2
15–19	10	105	39	13	5	9
20–24	6	62	10	5	2	1
25–29	—	10	3	—	—	—
30–	—	1	1	—	—	—
Σ 292	16	180	56	20	8	12

Tabelle IV. Übersicht über Schwangerschaft und Geburt bei 300 Patientinnen

Altersgruppe	Zahl	Graviditäten	Geburten
15–19	30	38	28
20–24	117	232	202
25–29	77	284	265
30–34	49	313	281
35–39	15	141	94
40–	12	147	121

tinnen verheiratet, 115 (38,3 %) waren es bis zum 17. Lebensjahr, und ab 25. Lebensjahr gab es nur noch 16 (5,3 %) Frauen, die noch ledig waren.

Im Vergleich hierzu beträgt das durchschnittliche Heiratsalter der Frauen in der DDR (nach bisherigem Familienstand ledig) 1976 21,4 Jahre [9]. Den Abstand zwischen Menarche und Heirat zeigt Tabelle Nr. 1. Unter unseren Patientinnen befanden sich 298 verheiratete Frauen und 2 geschiedene. Von den verheirateten Patientinnen waren 269 zum ersten Mal verheiratet. Bei 232 von ihnen war es auch die erste Eheschließung ihres derzeitigen Partners. 27 Frauen waren bereits das zweite und 2 Frauen zum dritten Mal verheiratet. Bei 5 Frauen handelte es sich um Patientinnen, deren Ehegatten mit mehr als einer Frau verheiratet sind. Auffällig ist die geringe Zahl der ledigen bzw. geschiedenen Frauen in unserem Krankengut.

Parität und Kinderwunsch

Wenn es sich bei der Beantwortung der Frage nach der Motivation des Kinderwunsches, d. h. warum Kinder in einer Ehe gewünscht werden, sicher um eine zu komplexe Problematik handelt, als daß sie mit diesem Beitrag geklärt werden könnte, so mag es dennoch interessant sein, über Ergebnisse einer Befragung algerischer Patientinnen im Hinblick auf die von ihnen gewünschte Anzahl an Kindern zu berichten. Von 300 Patientinnen gaben 255 (85 %) über die Zahl der von ihnen als wünschenswert angesehenen Kinder Auskunft. 44 (14,67 %) Frauen gaben ausweichende Antworten, z. B., daß sie die Entscheidung über die Zahl der Kinder ihrem Mann überlassen würden. Nur eine einzige Frau gab an, daß sie keine Kinder wünsche. Wenden wir uns nun den Befragungsergebnissen der 255 Frauen mit klaren Vorstellungen über die von ihnen angestrebte Kinderzahl zu, so fällt zunächst auf (Tab. II), daß in fast allen Altersgruppen übereinstimmend 3 Kinder als optimale Kinderzahl angegeben werden. Die 30- bis 39-jährigen hielten 4 und die Frauen der Altersgruppe über 40 Jahre hielten 4 bis 5 Kinder für ausreichend.

Bis zum Zeitpunkt der Befragung hatten in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Frauen 2 Patientinnen die für sie optimale Kinderanzahl bereits geboren. Keine Patientin dieser Gruppe hatte mehr Kinder geboren, als sie „geplant“ hatte. Sicher kann dies aber nicht in der Weise gedeutet werden, daß in dieser Gruppe besonders effektive Kontrazeption betrieben wurde.

In den höheren Altersgruppen stellen sich umgekehrte Verhältnisse dar (vgl. Tab. II). Hier wurden bis zum Zeitpunkt der Enquete wesentlich mehr Kinder bereits geboren als erwünscht waren.

Geburtsregelnde Maßnahmen

Von unseren 300 Patientinnen hatten 76 (25,3 %) orale Ovulationshemmer zur Kontrazeption benutzt. Die meisten Frauen (41) verwandten Kombinationspräparate, aber auch Sequenzpräparate kamen zum Einsatz. Eine Frau bediente sich der Basaltemperaturmessung als Mittel zur Familienplanung.

Die Zeitspanne der Einnahme der genannten Präparate bewegte sich zwischen 2 Monaten und 6 Jahren.

Andere Möglichkeiten zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften von Seiten der Frau schienen nicht genutzt zu werden. In vielen Fällen werden daher noch Fehlgeburten provoziert; die dazu verwandten Abortiva und unternommenen Manipulationen weisen keine wesentlichen Unterschiede zu den aus der uns zugänglichen Literatur bekannten auf. Allerdings konnten während der Zeit der Tätigkeit einer DDR-Ärztgruppe in der UFK Oran zwei Patientinnen mit schweren Verätzungen der Portio vaginalis uteri nach KMnO_4 -Applikationen als Abortivum beobachtet werden, wobei die Veränderungen infolge Narbenbildung so ausgeprägt waren, daß ein äußerer Muttermund nicht mehr auffindbar war.

Ein Schwangerschaftsabbruch aus anderer als aus medizinischer Indikationsstellung heraus ist noch nicht geduldet.

Diskussion

Beobachtungen, die während einer mehrjährigen Tätigkeit im algerischen Gesundheitswesen gemacht werden konnten, lassen erkennen, daß hier durch verschiedene Umstände, wie Erziehung, religiöse Einflüsse, Beeinflussung durch die Familie, vielleicht auch durch bestimmte Verhaltensweisen des Ehepartners bedingt, eine hohe Geburtenrate resultiert. Staatlicherseits hat man das Problem, das sich mit dem explosionsartigen Bevölkerungswachstum ergibt, klar erkannt. In der Charte nationale [5] ist festgehalten, daß Algerien gewillt ist, die Probleme der Demographie positiv zu regeln. Vor allem geht es darum, daß das demographische Wachstum nicht das ökonomische aufhebt. Aus den nunmehr vorliegenden Ergebnissen der Volkszählung 1977 geht hervor, daß zwar nach der Bruttoreproduktionsziffer (1977: 3,42) Algerien nach wie vor zu den Ländern mit höchsten Zuwachszahlen gehört, jedoch läßt sich ein geringes Absinken der Natalität (1970: 4,99 ‰, 1977: 4,6 ‰) bereits registrieren. Nicht außer acht gelassen werden darf dabei allerdings der Umstand, daß es sich bei der algerischen Bevölkerung um eine junge Population handelt; 54,1 ‰ der Bevölkerung sind unter 18 Jahre alt [5]. Durch Hochrechnung hat man ermittelt, daß sich die algerische Bevölkerung zwischen dem Jahr 2001 und 2002 verdoppelt haben wird und dann etwa 34 bis 35 Millionen Einwohner betragen dürfte [5].

Die Befriedigung der fundamentalsten sozialen Bedürfnisse, ein funktionierendes Gesundheitswesen und ausreichende Bildungsmöglichkeiten sind Faktoren, die die Fruchtbarkeitsziffer beeinflussen. Darüber hinaus gelten aber auch hier den Kinderwunsch limitierende Faktoren, wie Alter und bereits vorhandene Kinderzahl – so erhöht sich nach Fritsche und Rothe [2] mit zunehmendem Alter und steigen der Kinderzahl der Wunsch nach Beschränkung der Familiengröße – soziale und gesellschaftliche Bedingungen haben Auswirkungen. So kann das sogenannte „Wohlstandsdenken“ durchaus Auswirkungen auf das reproduktive Verhalten haben. Aus der Geburtsstatistik Bayerns [4] für die letzten 42 Jahre geht hervor, daß der Anteil der ehelich geborenen Drittkinder deutlich vermindert ist und auch der Anteil der Zweitkinder geringer als der Anteil der Erstgeborenen angestiegen ist. Diese Abnahme – besonders der großen Multiparität – ließ sich z. B. auch am Geburtengut der Frauenklinik Stralsund [6] nachweisen, wobei hier allerdings der Anteil der II.-Gebärenden bereits wieder deutlich im Ansteigen begriffen ist.

Ob nicht doch unterschiedliche Beweggründe für den Wunsch der Eltern nach Kindern vorliegen könnten, oder ob es sich ausschließlich um gesellschaftliche oder moralisch-religiöse Konditionen handelt, die diese Verhältnisse in den westeuropäischen Industriestaaten unterscheiden von denen in den Entwicklungsländern, kann durch diesen Beitrag nicht geklärt werden. Sicher ist, daß die Selbstverständlichkeit des Kinderwunsches, die dort vermißt wird [4], hier ohne Frage noch vorhanden ist. Unterschiede zu europäischen Verhältnissen werden vor allem deutlich an der Verteilung der I.- und II.-Parae am Gesamtgeburtengut (vgl. Abb. 2). Unterschiede zum Reproduktionsverhalten in Europa sind auch an der hohen Multiparität ablesbar (Abb. 2).

Während sich bei den Frauen der niedrigeren Altersgruppe Bemühungen zur Begrenzung der Familiengröße – auch durch Einsatz der moderneren Methoden der Familienplanung – erkennen lassen, zeigen die Paritäten der Frauen in den höheren Altersklassen, daß trotz nicht wesentlich größerem Kinderwunsch eine Geburtenregelung nicht erfolgte.

Auch im Reproduktionsverhalten der Stadt- und Landbevölkerung zeigen sich Unterschiede. So betrug in Algerien die Natalität im urbanen Milieu 1970 4,45 ‰, auf dem Land hingegen 5,26 ‰ [5].

In Anbetracht der Ergebnisse der letzten Volkszählung scheint es unerläßlich, die Familienplanung und das Netz der Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens, die Beratungen über Antikonzeptionsmaßnahmen durchführen können, weiter auszubauen, um die Entwicklung des Bevölkerungszuwachses in den gewünschten Größenordnungen zu halten.

Literatur

1. Briedigkeit, W., und Tittmann, F.: Blutdruck im Kindesalter. 2. Mitteilung. Z. ärztl. Fortbild. 73 (1979) 117.
2. Fritsche, U., und Rothe, J.: Sozialmedizinische Aspekte bei der Schwangerschaftsunterbrechung. Z. ärztl. Fortbild. 69 (1975) 1131–1136.
3. Kleinman, R. L.: Manuel de planification Familiale à l'usage des Médecins. IPPF Hertford, England Stephen Austins und Sohn 1975.
4. Maier, W.: Der Kinderwunsch. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 38 (1978) 1091.
5. Mokadem, A.: La situation démographique en Algérie. El Moudjahid 17./19. 3. 1978 Alger.
6. Rummler, S.: Das Riesenkind im geburtshilflichen Krankengut der FK Stralsund. Zbl. Gynäkol. 100 (1978) 521.
7. Schott, J.: Eine Studie zur Untersuchung der Veränderung der altersspezifischen Fruchtbarkeitsverteilung in der DDR von 1968–1973. Zbl. Gynäkol. 99 (1977) 859.
8. Schreiner, W.: Ovar. In: Klinische Pathophysiologie. Hrsg.: Siegenthaler, W. Stuttgart: G. Thieme 1970.
9. Statistisches Jahrbuch der DDR 23. Jahrgang. Berlin: Staatsverlag der DDR 1978.
10. Gemeinsamer Beschluß des Zentralkomitees der SED, des Bundesvorstandes des FDGB und des Ministerrates der DDR über die weitere planmäßige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Werktätigen im Zeitraum von 1976–1980 vom 27. 5. 1976. Neues Deutschland 29./30. 5. 1976 Berlin.

Anshr. d. Verf.: Dr. S. Rummler, Medizinisches Zentrum, Bezirkskrankenhaus, Frauenklinik, DDR-2300 Stralsund, Große Parower Str. 47/53

Buchbesprechungen

Autorenkollektiv unter Leitung von Löther, R.: Philosophische Schriften von Marx, Engels und Lenin und ihre Bedeutung für die Medizin heute. Hrsg.: Winter K., Keck A., Löther R., und Spaar, H. 128 S. mit 6 Abb., 17 × 24 cm. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag 1979. Medizin und Gesellschaft. Band 5. Broschiert.

Die unter Leitung von R. L ö t h e r von einem Autorenkollektiv verfaßte Schrift dient der Vermittlung und Vertiefung marxistisch-leninistischer Kenntnisse als integriertem Bestandteil der Facharzt- und Fachzahnarztweiterbildung. Es handelt sich um Konsultationen zu den „Thesen über Feuerbach“ von K. Marx zum „Anti-Dühring“, zur „Dialektik der Natur“ und zu „Ludwig Feuerbach und der Ausgang der klassischen deutschen Philosophie“ von F. Engels sowie zu Lenins Werken „Materialismus und Empiriokritizismus“, „Zur Frage der Dialektik“ und „Über die Bedeutung des streitbaren Materialismus“. — Die Lektüre dieser einfach und verständlich geschriebenen Konsultationen führt zu der Beurteilung, daß sie, wie beabsichtigt, dem heutigen Leser den Zugang zu bleibendem Gehalt und aktueller Bedeutung bedeutsamer Werke der Klassiker des Marxismus-Leninismus zu erleichtern vermögen. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß die Darlegungen besonders auf in der Medizin und in den Naturwissenschaften Tätige bezogen sind und für das Verständnis der Klassikerwerke nützliche zusätzliche Informationen enthalten. Daher kann der vorliegende Band als Orientierung im Selbststudium und als wesentliche Unterstützung dabei für in der Weiterbildung befindliche Ärzte und für Leitungskader, aber auch darüber weit hinausgehend für alle an philosophischen Fragen Interessierte sehr empfohlen werden.

J. R o t h e (Berlin)