KULTUR ANAMNESEN 10

SONJA HAUG / KARSTEN WEBER /
MATTHIAS VERNIM / EDDA CURRLE

Wissen über Reproduktionsmedizin, Wissenstransfer und Einstellungen im Kontext von Migration und Internet

Wissenschaftsforschung

Geschichte und Philosophie der Medizin und Naturwissenschaften

Franz Steiner Verlag

Sonja Haug / Karsten Weber / Matthias Vernim / Edda Currle

Wissen über Reproduktionsmedizin, Wissenstransfer und Einstellungen im Kontext von Migration und Internet

KULTURANAMNESEN

Schriften zur Geschichte und Philosophie der Medizin und der Naturwissenschaften

Herausgegeben von Heiner Fangerau, Renate Breuninger und Igor Polianski

Band 10

Sonja Haug / Karsten Weber /
Matthias Vernim / Edda Currle

Wissen über Reproduktionsmedizin, Wissenstransfer und Einstellungen im Kontext von Migration und Internet

Abschlussbericht zum Projekt „Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe)“

Franz Steiner Verlag

Umschlagabbildungen:
Reihenlogo: Walter Draesner, „Der Tod und der Anatom“, Graphiksammlung „Mensch und Tod“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Abbildung: Person in front of virtual wall © Edler von Rabenstein – stock.adobe.com.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.
© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2018
Druck: Laupp & Göbel GmbH, Gomaringen
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.
Printed in Germany.
ISBN 978-3-515-12012-8 (Print)
ISBN 978-3-515-12016-6 (E-Book)

INHALT

Vorwort 9

1 Einleitung 11
1.1 Hintergrund und Fragestellung des Projekts 11
1.1.1 Der demografische Wandel und Personen mit Migrationshintergrund 12
1.1.2 Reproduktionsmedizin, Migration und Religion 13
1.1.3 Soziales Kapital und soziale Netzwerke 16
1.1.4 Bedeutung moderner Kommunikationsmedien, insbesondere Internet 16
1.2 Überblick über die Teilstudien 17

2 Forschungsstand 20
2.1 Methoden der Reproduktionsmedizin und rechtliche Fragen 20
2.1.1 Aktuelle Daten zur Reproduktionsmedizin in Deutschland 21
2.1.2 Aktuelle Methoden der Reproduktionsmedizin 23
2.1.3 Rechtliche Situation und Probleme in Deutschland 26
2.1.4 Schlussfolgerungen 30
2.2 Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland 31
2.2.1 Einleitung 31
2.2.2 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland 31
2.2.3 Frauen mit Migrationshintergrund 34
2.2.4 Aufenthaltsdauer 35
2.2.5 Herkunfts- und Bezugsländer 36
2.2.6 Staatsbürgerschaft und Migrationserfahrung 36
2.2.7 Familienstand 38
2.2.8 Bildungs- und Berufsabschlüsse 39
2.2.9 Beteiligung am Erwerbsleben 40
2.2.10 Armutsgefährdungsquote 41
2.2.11 Fazit 43
2.3 Wissen über Fertilität, assistierte Reproduktion und Einstellungen 43
2.3.1 Wissen über Fruchtbarkeit und Assistierte Reproduktion 44
2.3.2 Einstellungen zur Reproduktionsmedizin 48
2.3.3 Zusammenfassung 50
2.4 Die Rolle des Internets und digitaler sozialer Netzwerke 51
2.4.1 Reproduktionsmedizin und Informationssuche 52
2.4.2 Vorgehensweise 52
2.4.3 Ausgewählte Studien 53

2.4.4 Vor- und Nachteile sowie Nutzungsmotive ... 54
2.4.5 Fazit ... 58
2.5 Religion und Reproduktionsmedizin ... 58
2.5.1 Religiöse Pluralisierung in Deutschland ... 59
2.5.2 Religionsgemeinschaften und Reproduktionsmedizin ... 63

3 Perspektive von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund ... 69
3.1 Einleitung ... 69
3.1.1 Stand der Forschung ... 69
3.1.2 Fragestellung der Studie ... 71
3.2 Methodenbericht zum Telefonsurvey „Familie, Kinder und Gesundheit“ ... 71
3.2.1 Studiendesign ... 71
3.2.2 Stichprobenziehung ... 72
3.2.3 Erhebungsinstrument ... 77
3.2.4 Feldbericht ... 79
3.2.5 Generierte Variablen ... 82
3.2.6 Regionale Verteilung ... 86
3.3 Deskriptive Analyse ... 91
3.3.1 Soziodemografische Daten ... 91
3.3.2 Einstellungen zu Kindern, Familie und Gesundheit ... 98
3.3.3 Kinderwunsch und Fortpflanzungsmedizin ... 104
3.3.4 Wissenstransfer und Informationskanäle ... 121
3.4 Vertiefende Analysen ... 140
3.4.1 Determinanten von Wissen, Akzeptanz und Behandlung ... 140
3.4.2 Die Bedeutung der Religion ... 155
3.5 Zusammenfassung Telefonsurvey „Familie, Kinder und Gesundheit“ ... 169
3.5.1 Einstellungen zu Kindern und Familie ... 169
3.5.2 Kinderwunsch, Akzeptanz und Nutzung von Fortpflanzungsmedizin ... 170
3.5.3 Wissenstransfer und Informationskanäle ... 174
3.5.4 Die Rolle der Religion ... 176
3.5.5 Konsequenzen für Beratung und kultursensible Medizin ... 178

4 Perspektive der Expertinnen und Experten ... 179
4.1 Vorstudie: Interviews mit Expertinnen und Experten ... 180
4.1.1 Methoden: Erhebungsinstrument und Stichprobe ... 181
4.1.2 Ergebnisse ... 181
4.2 Befragung reproduktionsmedizinischer Zentren in Deutschland ... 189
4.2.1 Ziele der Erhebung ... 189
4.2.2 Methode ... 190
4.2.3 Ergebnisse ... 192
4.2.4 Diskussion ... 198

5 Perspektive von Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung 200
5.1 Vorstudie: Befragung von Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung 200
5.1.1 Methodik 200
5.1.2 Ergebnisse 201
5.2 Profil der behandelten Frauen in der Allgemeinbevölkerung 207
5.2.1 Soziodemografische Verteilung bei Frauen in Behandlung 207
5.2.2 Bildung, Wissensstand und Informiertheit bei Frauen in Behandlung 209
5.2.3 Einstellungen zur Familie bei Frauen in Behandlung 212
5.3 Studie zur Bedeutung psychosozialer Beratung 215
5.3.1 Einleitung und Stand der Forschung 215
5.3.2 Methode der Studie zur psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch 222
5.3.3 Ergebnisse der Befragung im Kinderwunschzentrum 225
5.3.4 Ergebnisse aus der Umfrage in den Beratungsstellen 230
5.3.5 Diskussion 234
5.4 Online-Foren als Kanal des Peer-to-Peer-Wissenstransfers 236
5.4.1 Stand der Forschung 237
5.4.2 Methodik 239
5.4.3 Deskriptive Ergebnisse 245
5.4.4 Zusammenfassung 250
5.4.5 Diskussion 251

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 253
6.1 Forschungsmethoden 254
6.2 Kinderwunsch, Akzeptanz und Nutzung von Fortpflanzungsmedizin 254
6.3 Wissen, Wissenstransfer und Informationskanäle 256
6.4 Konsequenzen für Beratung und kultursensible Medizin 258

Literaturverzeichnis 260
Abbildungsverzeichnis 273
Tabellenverzeichnis 277
Die Autorinnen und Autoren 279

VORWORT

Die Inhalte der vorliegenden Monographie entstanden im Rahmen des Forschungsprojekts „Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe)“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Programm zur Förderung von Forschungsvorhaben zu den ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten (ELSA) des Wissenstransfers zwischen den modernen Lebenswissenschaften und der Gesellschaft (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2016) von Dezember 2013 bis Juni 2017 gefördert wurde (Förderkennzeichnen 01GP1304).

Vor dem Hintergrund einer hohen Zahl ungewollt kinderloser Paare und dem Anstieg der reproduktionsmedizinischen Behandlungen und angesichts eines steigenden Anteils von jungen Frauen mit Migrationshintergrund wächst hierbei auch der Bedarf an kultursensibler Beratung und Therapie. Die Inanspruchnahme dieser medizintechnisch hoch innovativen, rechtlich komplexen und ethisch umstrittenen Angebote hat durch die enge Verbindung mit kulturellen und religiösen Erwartungen an Familien auch soziale bzw. gesellschaftliche Implikationen.

Bisher lagen kaum Erkenntnisse über den Themenkomplex Reproduktionsmedizin und Frauen mit Migrationshintergrund vor. Im Mittelpunkt des Projekts stand daher die Frage, wie Frauen – und hierbei insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund – Zugang zu Informationen über reproduktionsmedizinische Verfahren gewinnen und inwieweit sie Behandlungen in Anspruch nehmen wollen. Dabei standen auch die unterschiedlichen Hindernisse beim Zugang zu Informationsquellen und zu Wissen abhängig von Herkunft, Bildung oder Sprachkenntnissen im Fokus. Der „digital divide“ bzw. die digitale Spaltung spielt auch hier eine große Rolle.

Der Forschungsansatz verknüpfte demografische und familiensoziologische mit medien- und technikwissenschaftlichen sowie gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Aspekten und zielte auf folgende Fragestellungen: Welche Methoden der Reproduktionsmedizin sind in der Bevölkerung bekannt? Wie informieren sich Frauen, die auf reproduktionsmedizinische Unterstützung zurückgreifen wollen? Welchen Einfluss haben das Internet und soziale Netzwerke bei der Verbreitung von Wissen über reproduktionsmedizinische Verfahren? Welchen Einfluss haben soziale oder religiöse Fragen auf die Akzeptanz von Verfahren? Inwieweit haben Frauen mit Migrationshintergrund einen gleichwertigen Zugang zu Informationen und medizinischer Behandlung?

Die empirischen Analysen stützen sich auf unterschiedliche Quellen und Daten, die Aufschluss über drei verschiedene Untersuchungsgruppen bringen. Kernstück ist eine Telefonbefragung von Frauen mit Migrationshintergrund aus vier Herkunftsregionen zum Thema „Familie, Kinder und Gesundheit“. Die Befragung untersucht die Einstellungen zur Familie, die Kanäle, über die sich Frauen über Gesundheitsthemen informieren und das Wissen über reproduktionsmedizinische

Verfahren sowie deren Akzeptanz. Eine zweite Teilstudie zielt auf Expertinnen und Experten aus dem Arbeitsfeld der Reproduktionsmedizin ab. So wurde unter anderem in einer internetgestützten Befragung in deutschen reproduktionsmedizinischen Zentren mit einem Fragenkatalog die genutzten Informationskanäle, die Zusammensetzung der Behandelten und migrationssensible Aspekte der Einrichtung erfragt. Eine dritte Zielgruppe sind Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung. So wurde neben Interviews mit behandelten Frauen eine Inhaltsanalyse der Einträge in einem Kinderwunsch-Forum durchgeführt, um die Bedeutung der Onlinemedien auf den Wissenstransfer zu eruieren.

Die Studie liefert vielfältige Befunde, sowohl für die fachwissenschaftliche Diskussion als auch für Multiplikatoren, Behandlungszentren und die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit. Sie bietet Erkenntnisse über die bislang wenig bekannte Zielgruppe Frauen mit Migrationshintergrund und soll so die Entwicklung zielgruppengerechter Angebote ermöglichen, die Bausteine einer kultur- und migrationssensiblen Medizin sind. Auch wurde der Einfluss neuer digitaler Medien im Medizinbereich untersucht und belegt.

Zum Gelingen haben eine Reihe von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beigetragen. Hierbei sind insbesondere Matthias Vernim und Edda Currle zu nennen. Einzelne Projektarbeitsschritte wurden mit Unterstützung durch Thomas Schiffert und Nadine Kleine sowie die studentischen Hilfskräfte Nina Barska, Klaudia Domanska, Anna Koch, Rebekka Meier, Daniel Miehling, Laura Palma, Julia Paris, Corinna Schiegl und Simon Schmidbauer erstellt. Lesley D'Anna und Andrea Dümmler haben im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten zum Projekt beigetragen.

Die Autorinnen und Autoren möchten zudem dem Herausgeber der Reihe „Kulturanamnesen", Prof. Dr. Heiner Fangerau, für die Empfehlung zur Aufnahme des vorliegenden Buches in die Reihe herzlich danken. Dank geht auch an den Verbund der Ostbayerischen Technischen Hochschulen Regensburg und Amberg-Weiden für die finanzielle Förderung der Veröffentlichung im Rahmen des Forschungsclusters „Ethik, Technologiefolgenforschung und Nachhaltige Unternehmensführung (ETN)".

Prof. Dr. Sonja Haug, Prof. Dr. Karsten Weber
Regensburg, Dezember 2017

1 EINLEITUNG

1.1 HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG DES PROJEKTS

Die ELSA-Forschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) beschäftigt sich mit den ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten in den Lebenswissenschaften (engl.: Ethical, Legal, and Social Aspects). Sie soll wissenschaftlich basierte Aussagen zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der modernen Lebenswissenschaften ermöglichen. Sie ist damit ein wichtiger Beitrag für den öffentlichen Diskurs über Wissenschaft und für das Verständnis von Wissenschaft in der Öffentlichkeit.

Inhaltlich umfasst die ELSA-Förderung des BMBF verschiedene Themengebiete, beispielsweise ELSA der Stammzellforschung, der Genom-Editierung oder der Neurowissenschaften. ELSA-Forschung ist interdisziplinär ausgerichtet; sie bezieht sowohl die Geistes- und Sozialwissenschaften als auch die Lebenswissenschaften ein. Der Förderbereich „Wissenstransfer“ im Rahmen des Schwerpunkts „ethische, rechtliche und soziale Aspekte der Lebenswissenschaften“ des BMBF zielt darauf ab zu untersuchen, wie neue biomedizinische Erkenntnisse und Technologien genutzt werden können und welche Chancen und Risiken sich dabei für die Gesellschaft ergeben. Einen Überblick über die aktuellen Schwerpunkte der ELSA-Förderung sowie einen Einblick in den Forschungsschwerpunkt „Wissenstransfer“ findet sich in BMBF (2016). In diesem Zusammenhang wurde von 2013 bis 2017 das Forschungsprojekt mit dem Titel „Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe)“ gefördert.

Im Zentrum dieser Studie stehen soziale Aspekte des Wissenstransfers über aktuelle Fortschritte der Reproduktionsmedizin, der assistierten Reproduktionstechnik und Diagnostik. Die Rolle der sozialen Netzwerke und die Bedeutung des Internet für die Weitergabe von Informationen und die Wirksamkeit sozialer Normen werden beleuchtet. Hierbei werden die zunehmende Zahl an Frauen mit Migrationshintergrund und der damit verbundene Bedarf an Wissensvermittlung im Kontext einer kultursensiblen Medizin berücksichtigt. Im Mittelpunkt stehen Fragen, wie Menschen in Deutschland (insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund) Zugang zu Informationen über die moderne Reproduktionsmedizin gewinnen, was sie darüber wissen und wie akzeptiert dieser Zweig der Medizin in der Bevölkerung ist. Hierbei werden der Einfluss persönlicher und internetgestützter sozialer Netzwerke auf diese Fragen sowie der Einfluss sozialer, kultureller oder religiöser Faktoren analysiert. Auf der Basis der gewonnenen Informationen werden Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und reproduktionsmedizinische Einrichtungen im Besonderen formuliert.

Im Folgenden wird zur Einleitung der Forschungshintergrund skizziert. Dies umfasst die Bereiche des demografischen Wandels und der Veränderung der Bevölkerungsstruktur, die unterschiedlichen sozialen Netzwerke und Gesundheitsas-

pekte, Informationsstrategien und die Bedeutung moderner Kommunikationsmedien hierbei. In Kapitel 2 wird der Stand der Forschung in den relevanten Bereichen ausführlicher dargestellt.

1.1.1 Der demografische Wandel und Personen mit Migrationshintergrund

Der demografische Wandel wird durch die drei Komponenten der Bevölkerungsentwicklung, die Anzahl der Geburten, der Sterbefälle und der Wanderungsbilanz bestimmt. Er zeigt sich in Veränderungen des Umfangs der Bevölkerung, der Alters- und Geschlechterstruktur, der ethnischen Zusammensetzung und der regionalen Verteilung und der Lebensformen.“ (Bundesministerium des Innern (BMI) 2011, S. 12 ff.) Ein Aspekt des demografischen Wandels ist die konstant niedrige Geburtenzahl. Die zusammengefasste Geburtenziffer (Total Fertility Rate, TFR) lag im Jahr 2015 in Deutschland bei durchschnittlich 1,5 Kindern je Frau (Statistisches Bundesamt 2016a). Auf relativ hohem Niveau bewegt sich in Deutschland hingegen die Kinderlosigkeit – 20 Prozent der Frauen des Geburtsjahrgangs 1965 sind kinderlos (BMI 2011, S. 18). Bei den 1960er Frauenjahrgängen liegt die Kinderlosigkeit im Schnitt bei 19,7 Prozent. Den höchsten Anteil weist der 1969er Jahrgang mit 22,1 Prozent auf. Bei den in den 1960er Jahren geborenen Frauen, die einen Hochschulabschluss besitzen, liegt der Anteil der kinderlosen Frauen bei rund 29 Prozent (Bujard, Diabaté 2016, S. 395).

Die Kinderwünsche, im Durchschnitt über zwei, sind in allen Altersgruppen höher als die tatsächlich realisierte Kinderzahl. Drei Viertel der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren in Deutschland geben in einer Befragung aus dem Jahr 2010 als ideale Kinderzahl zwei an (BMI 2011, S. 54). Bei der Verwirklichung der Kinderwünsche spielen finanzielle Aspekte, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Infrastruktur, z. B. in Form der außerhäuslichen Kinderbetreuung, eine Rolle. Zunehmend gerät bei der Erklärung der ungewollten Kinderlosigkeit auch der medizinische Faktor in den Blick: „Die hohe Kinderlosigkeit hat sehr unterschiedliche Ursachen: Infertilität, fehlender Kinderwunsch und perpetuierender Aufschub der Familiengründung aufgrund der Rahmenbedingungen. Dabei gibt es zwischen diesen Gründen Interaktionen: Erstens kann sich der Kinderwunsch im Lebensverlauf im Kontext von Erfahrungen und Rahmenbedingungen verändern. Zweitens reduziert sich die Fruchtbarkeit mit zunehmendem Alter der Frau, sodass ein Aufschub des Kinderwunsches auf das Alter von 35 oder 40 Jahren dazu führen kann, dass Frauen aufgrund von Infertilität dauerhaft kinderlos bleiben.“ (Bujard, Diabaté 2016, S. 397). Es ist daher verständlich, dass die Demografiestrategie der Bundesregierung die finanzielle Unterstützung ungewollt kinderloser Paare bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der assistierten Reproduktion mit einbezieht (BMFSFJ 2015).

Ein zweiter Aspekt des demografischen Wandels ist eine migrationsbedingte Bevölkerungsveränderung (Haug 2012). Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland steigt vor allem in den jüngeren Alterskohorten stetig an. Im Jahr 2015 lag dieser Anteil bei den 25- bis 35-jährigen bereits bei 26 Prozent.

Dabei gehörten 21 Prozent der ersten Zuwanderergeneration an, hatten also eigene Migrationserfahrung (Abbildung 1).

Unterschiedliche Gruppen, z. B. die 3,2 Millionen (Spät-)Aussiedler (Haug, Sauer 2007) oder die derzeit ca. 4,5 Millionen muslimische Personen mit Migrationshintergrund (Stichs 2016) zeigen die Heterogenität der neuen Bevölkerungsgruppen. Diese Bevölkerungsveränderung hat Implikationen für alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens und somit auch für das Gesundheitssystem. Im Hinblick auf die Fragestellung des Wissenstransfers ist die sprachliche Integration von Bedeutung. Es muss davon ausgegangen werden, dass Frauen mit Migrationshintergrund vor allem der ersten Generation zu großen Teilen nicht über schriftsprachliche Deutschkenntnisse verfügen (Haug 2008).

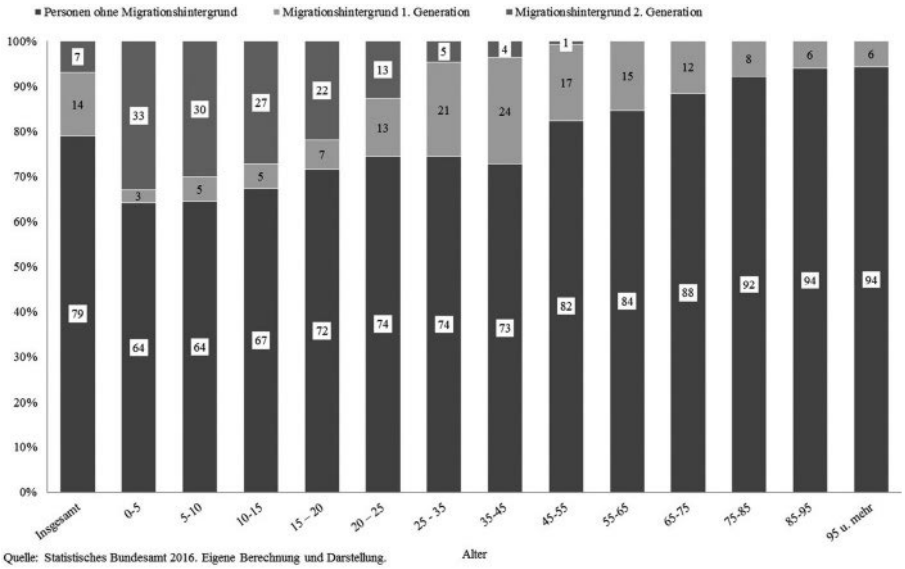

Abbildung 1: Bevölkerung in Deutschland nach Alter und Migrationshintergrund (2015)

1.1.2 Reproduktionsmedizin, Migration und Religion

Es gibt keine Studie, die sich mit dem Themenkomplex Reproduktionsmedizin in Kombination mit Migration und hierbei auch mit Geschlecht und Religion intensiv befasst. Einige Studien betreffen reproduktive Gesundheit und Migration im weitesten Sinne und einzelne Ergebnisse beleuchten bestimmte Facetten.

Eine telefonische Befragung zur Schwangerschaft bei 20- bis 44-jährigen Frauen stellte fest, dass die Lebenszeitprävalenz einer Phase der Infertilität unter den Frauen „at risk“ bei 21 Prozent lag. Davon haben 44 Prozent „Hilfe“ in Anspruch genommen, 55 Prozent nicht (Helfferich et al. 2011, S. 306). Hierbei sind Unterschiede zwischen Ost und West sowie zwischen höheren und niedrigen Bildungsgruppen feststellbar.

Einige Religionsgemeinschaften sind bestrebt, durch soziale Normen Einfluss auf die Inanspruchnahme assistierter Reproduktion zu nehmen. Insbesondere in der katholischen Kirche werden die Techniken kritisch gesehen (Breburda 2010). In Deutschland gehören knapp 24 Millionen Personen der katholischen und knapp 23 Millionen der evangelischen Kirche an. Es ist wenig darüber bekannt, wie die tatsächliche Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin mit Religion bzw. Religiosität in Zusammenhang steht.

Anhand einer Hochrechnung der Studie „Muslimisches Leben in Deutschland" (Haug, Müssig, Stichs 2009) lebten Ende 2008 ca. vier Millionen Muslime mit Migrationshintergrund in Deutschland. Eine aktuelle Hochrechnung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Deutschen Islamkonferenz hat nun ergeben, dass durch die jüngsten Zuwanderungsbewegungen zum Ende des Jahres 2015 zwischen 4,4 Millionen und 4,7 Millionen Muslime in Deutschland leben (Stichs 2016, S. 5). In der mittleren Variante liegt die Zahl der in Deutschland lebenden Muslime bei 4,5 Millionen. Der Islam ist somit nach der katholischen und evangelischen Kirche die drittgrößte Religionsgemeinschaft in Deutschland (vgl. Pollack, Müller 2013, S. 32).

In der Studie „Muslimisches Leben in Deutschland" konnte bei Personen mit Migrationshintergrund aus fünfzig Herkunftsländern unterschiedlicher Religion – insbesondere bei Frauen – ein hohes Ausmaß an Religiosität festgestellt werden. Partner gehören meist der gleichen Glaubensgemeinschaft an und die Religion wirkt sich auf alle Fragen der Alltagspraxis aus (Haug, Müssig, Stichs 2009). Allerdings zeigen sich auch je nach Herkunftsland, Geschlecht oder Lebenskontext starke Unterschiede der Religiosität.

Nach einer Berechnung anhand der amtlichen Statistik, des Ausländerzentralregisters und der gesetzlichen Rentenversicherung lag die zusammengefasste Geburtenziffer ausländischer Frauen in den Jahren 2002 bis 2008 durchgängig zwischen 1,6 und 1,7 Kindern je Frau, bei deutschen Frauen zwischen 1,3 und 1,4 Kindern je Frau (Schmid, Kohls 2016, S. 173). Die Faktoren Lebensform und Bildung bestimmen das generative Verhalten bei Migrantinnen. Die Geburtenhäufigkeit liegt in ehelichen Lebensformen höher als bei nichtehelichen und steigt mit sinkendem Ausbildungsniveau. „Bei Frauen mit Migrationshintergrund liegt die Spannweite der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen 0,8 Kindern je Frau bei hochqualifizierten Alleinstehenden bis 2,4 Kinder [sic!] je Frau bei gering qualifizierten Verheirateten. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund sind – auf etwas geringerem Niveau – dieselben Zusammenhänge zu beobachten." (Schmid, Kohls 2011, S. 174) Zwischen dem generativen Verhalten von Migrantinnen und Nichtmigrantinnen liegen zwar Unterschiede. „Allerdings deuten die Analysen daraufhin, dass das generative Verhalten von Migrantinnen in Deutschland sehr stark von Anpassungsprozessen an die Normen und Werte des ‚Niedrig-Fertilitäts-Landes' Deutschland geprägt ist." Somit erwarten die Autoren, „dass auch Migrantinnen, die ursprünglich mit einer „hohen" gewünschten Zahl von Kindern nach Deutschland zuwanderten, mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Realisierung dieser Kinderwünsche nicht im gleichen Umfang wie im Herkunftsland umsetzen" (Schmid, Kohls 2011, S. 175, vgl. auch dazu Milewski 2007, 2010).

Im Rahmen der KiGGS-Kohorte (Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert-Koch-Instituts) werden unter anderem Zusammenhänge zwischen der reproduktiven Gesundheit und sozialen Einflussgrößen (z. B. soziale Lage, Familienstand), Schutz- und Risikofaktoren, gesundheitsförderlichen und riskanten Verhaltensweisen, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie psychischen Symptomen (z. B. Depressivität) analysiert (Robert-Koch-Institut 2011, S. 59 f.).

Nach einer Studie von David et al. (2009) ist der Kinderwunsch bei türkischstämmigen Paaren stärker von deren sozialem Umfeld geprägt als bei deutschen oder anderen westeuropäischen Paaren. Aufgrund der Erwartungen der Familie begeben sich Migrantinnen aus islamisch-patriarchalen Gesellschaften relativ früh in die reproduktionsmedizinische Behandlung. Bei der Aufklärung und Behandlung sind „spezifische Fertigkeiten und Herangehensweisen sowie kultursensitive Ansätze nötig, um den sozialen und kulturellen Besonderheiten im Umgang mit Sterilität bei betroffenen Migrantinnen bzw. Paaren mit Migrationshintergrund gerecht zu werden“ (David et al. 2009, S. 62).

In der Studie „Familienleitbilder in Deutschland“ stellten Dorbritz und Diabaté zwei Leitbilder zur gewollten Kinderlosigkeit in Deutschland fest. Das Leitbild der risikovermeidenden Elternschaft beruht auf Ängsten der Befragten vor der Zukunft sowie auf Befürchtungen, die Verantwortung für ein Kind nicht tragen zu können bzw. die Belastung durch ein Kind nicht zu bewältigen. Diese Bedenken wurden häufig von Personen mit Migrationshintergrund, von Befragten mit niedrigerem Bildungsabschluss und Eltern geäußert. Das Leitbild der autonomiebetonten Kinderlosigkeit wird von Befragten geäußert, die Selbstbestimmung und Autonomie in einem Leben ohne Kinder mit privaten und beruflichen Freiheiten hervorheben. Zu den Vertreterinnen und Vertretern dieses Leitbildes zählen verstärkt Personen mit einem sehr hohen Bildungsabschluss und ohne Migrationshintergrund (Dorbritz, Diabaté 2015, S. 113 ff.).

Verschiedene Migrantengruppen werden zudem in Zusammenhang mit einer schweren (medizinischen) Erreichbarkeit gebracht (Borde 2009). Ein geringer sozioökonomischer Status, ein niedriges Bildungsniveau und/oder eine andere Herkunftssprache können dazu beitragen. Zentral ist hierbei die Bedeutung der Sprachbarrieren, z. B. die Frage der Alphabetisierung oder des Sprachwortschatzes. Hilfreich erweisen sich medizinische Informationsmaterialien und Sprechstunden in unterschiedlichen Sprachen (Terzioglu 2006, S. 10). Daneben ist die kulturell geformte Art und Weise der Kommunikation bedeutsam (Razum et al. 2008, S. 109).

Die interdisziplinäre Studie „Paare in Kinderwunschbehandlung (PiNK)“ ergründete, welche heterosexuellen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch Reproduktionsmedizin nutzen und welche Einflussfaktoren die Dauer des Entscheidungsprozesses bedingen. Passet-Wittig (2017) stellte fest, dass etwa die Hälfte aller befragten Personen aus Akademikerinnen und Akademikern besteht. Die Mehrzahl der Paare ist kinderlos und wohnt bereits vor dem ersten Besuch in einem Kinderwunschzentrum zusammen. Die Entscheidungsdauer reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist bei Frauen mit Migrationshintergrund länger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Ebenso wirkt sich der Status „unverheiratet“ verlängernd auf den Entscheidungsprozess aus. Zudem entscheiden sich

Paare mit höherem sozioökonomischem Status schneller dafür, sich an ein Kinderwunschzentrum zu wenden, als Paare, welche ihren sozioökonomischen Status als niedriger erachten (Passet-Wittig 2017).

1.1.3 Soziales Kapital und soziale Netzwerke

Die Bedeutung sozialer Netzwerke bei der Verbreitung von Wissen und bei sozialen Normen kann als Diffusionsmodell charakterisiert werden. Wichtig ist zunächst der Befund, dass die sozialen Netzwerke von Bevölkerungsgruppen sich unterscheiden. Dies hängt einerseits mit den Gelegenheitsstrukturen zusammen, d. h. den Möglichkeiten, die sich im Umfeld für die Kontaktaufnahme bieten. Andererseits spielen auch die Ressourcen eine Rolle, die in Form von finanziellen Mitteln vorliegen können, aber auch in Gestalt von bestehenden Kontakten, die weitere Beziehungen vermitteln („soziales Kapital"). Daraus resultieren unterschiedlich große und heterogene Verwandtschafts-, Freundschafts- oder Bekanntschaftsnetzwerke und eine unterschiedliche Ausstattung mit aufnahmelandspezifischem sozialem Kapital (Haug 2003; 2004).

Soziale Normen entfalten ihre Wirksamkeit innerhalb sozialer Gruppen oder Gemeinschaften. Die Einbettung in soziale Netzwerke kann somit zur Konformität führen. Übertragen auf die Fragestellung kann dies in Form einer Zustimmung oder Ablehnung zu Methoden der Reproduktionsmedizin innerhalb der sozialen Beziehungsnetzwerke stattfinden. Mechanismen wie Einhaltung sozialer Normen wurden auch im Internet bei geringer sozialer Kontrolle nachgewiesen (wie am Beispiel der Reziprozitätsnorm, Haug, Weber 2003) oder Reputationsmechanismen (Diekman, Wyder 2002). Durch die Anonymität kann das Internet jedoch neue Informationskanäle bieten, die sich der Überwachung durch eine soziale Gruppe, ethnische oder religiöse Gemeinschaft entziehen. Insofern bietet es prinzipiell Möglichkeiten, zielgerichtet auch schwer erreichbare Gruppen zu kontaktieren.

1.1.4 Bedeutung moderner Kommunikationsmedien, insbesondere Internet

Das Internet ist von wesentlicher Bedeutung für die moderne Kommunikation und den Wissenstransfer. Dies betrifft alle Ebenen der Kommunikation, wie per E-Mail, oder in Foren im Internet. Die Suche nach Informationen ist für große Teile der Internetnutzer erheblich durch Google (zu Nutzerzahlen bspw. Weber 2011) oder die Wikipedia (Stegbauer 2009) gesteuert. Inzwischen sind die sozialen Medien, z. B. Facebook, für die Verbreitung und somit auch selektive Verbreitung von Informationen wichtig. In sozialen Netzwerken werden Wissen und Hinweise auf Neues unter Freunden ausgetauscht. Aber auch Institutionen stellen ihre Inhalte und Informationen bereit, die wiederum „abonniert" werden – auch in Bezug auf Gesundheits- und Sexualitätsthemen (bspw. Kaliarnta et al. 2011; Levine 2011; Purdy 2011). Diese Prozesse können zu einer potenziellen Zersplitterung der Informationslandschaft beitragen (Weber et al. 2009). Informationen folgen sozialen

Netzwerken, was zur Folge hat, dass eine Informationsungleichheit zwischen sozialen Milieus oder ethnischen Gruppen manifestiert und zementiert wird.

Ausgehend von Untersuchungen zur Medienwirksamkeit (Donsbach 2012; Fisch, Gscheidle 2008) lässt sich seit geraumer Zeit eine Verlagerung der Nutzung herkömmlicher Informationskanäle wie Printmedien und Fernsehen hin zum Internet festhalten. Da vermutet werden kann, dass dieser Wandel im Umfeld der Reproduktionsmedizin ebenfalls stattfindet, wird im Folgenden untersucht, inwieweit dem Informationstransfer über soziale Medien eine Bedeutung zukommt. Die Chancen, die sich durch den freien und schnellen Zugriff auf Informationen durch das Internet ergeben, können durch unsichtbare Schranken wie Sprachbarrieren u. Ä. begrenzt sein (bspw. Zillien 2006). Auf der anderen Seite bietet das Internet die Möglichkeit, sich von zuhause zu informieren, ohne dass eine Sichtbarkeit auftritt, wie dies z. B. bei einem Besuch einer Beratungsstelle oder eines Arztes erforderlich ist. Der Wandel der Informationssuche und der Informationsquellen bzgl. Gesundheit ist ein Teil eines grundsätzlichen Umbruchs im Gesundheitsbereich, der bspw. unter Bezeichnungen wie „Health 2.0“, „Patient 2.0 Empowerment“ und „ePatient“ firmiert (bspw. Görlitz et al. 2010; Bos et al. 2008; Hartmann et al. 2011).

1.2 ÜBERBLICK ÜBER DIE TEILSTUDIEN

Die Forschungsfragen des Projekts NeWiRe wurden in mehreren Teilstudien bearbeitet. Die Teilstudien, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, berücksichtigen auf diese Weise nicht nur die Perspektive einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, sondern beziehen sich auf die Sichtweise betroffener Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung und ergänzen diese um Aussagen von Expertinnen und Experten. Abbildung 2 zeigt eine Aufstellung der Zielgruppen, Teilstudien und Forschungsmethoden.

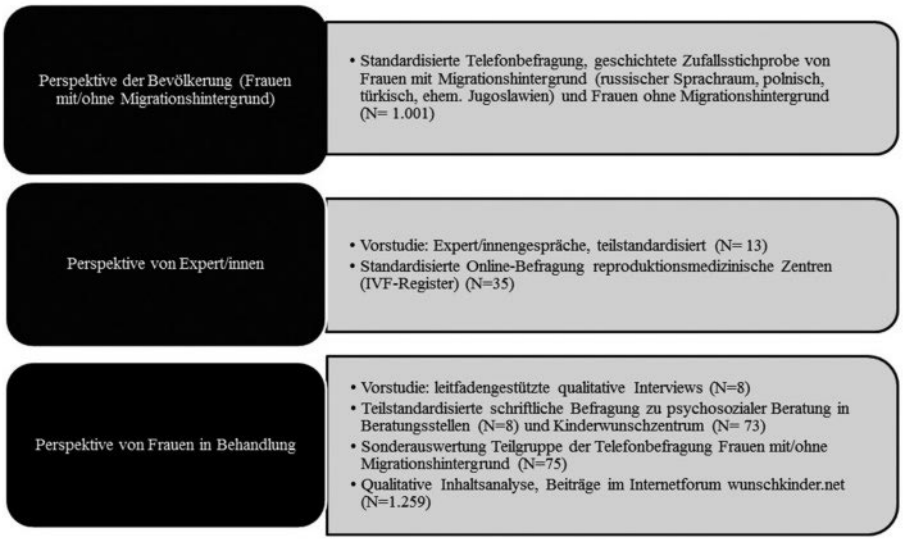

Abbildung 2: Zielgruppen, Teilstudien und Methoden des Projekts NeWiRe

Bei der Bevölkerungsbefragung (Kapitel 3) wurde untersucht, wie Frauen mit und ohne Migrationshintergrund Wissen über Reproduktionsmedizin erlangen und wie soziale, kulturelle oder religiöse Faktoren auf die Akzeptanz reproduktionsmedizinischer Verfahren wirken. Dazu wurde eine deutschlandweite Telefonbefragung zum Thema Familie und Gesundheit von Frauen zwischen 18 und 50 Jahren (n = 1.001) türkischer, polnischer, ex-jugoslawischer, ex-sowjetischer sowie deutscher Herkunft durchgeführt und ausgewertet. Neben den allgemeinen Auswertungen wurde auch die Teilgruppe der Frauen, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung hatten, gesondert ausgewertet (Kapitel 5.2).

Die Online-Befragung reproduktionsmedizinischer Zentren (Kapitel 4.2) befasste sich mit den genutzten Informationskanälen, über die Kontakt zur Bevölkerung aufgebaut wird, mit der migrationssensiblen Ausgestaltung der Zentren sowie den Erfahrungen mit und Einschätzungen zu Frauen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der Reproduktionsmedizin. In einer Vorstudie wurden weitere Expertinnen und Experten (u. a. Hebammen) befragt (Kapitel 4.1). Die Expertengespräche dienten, wie die Gespräche mit den in reproduktionsmedizinischer Behandlung befindlichen Frauen, gleichzeitig als Vorstudie für die Telefonbefragung (Kapitel 3 und 5.2).

Die Themen und Fragen, über die sich in Kinderwunschbehandlung befindliche Personen in Onlineforen austauschen, wurden mittels einer Inhaltsanalyse der Beiträge im Kinderwunschforum der Seite wunschkinder.net untersucht (Kapitel 5.4). Dafür wurden 1.259 zufällig ausgewählte Beiträge aus dem Jahr 2013 auf ihre Struktur und ihre zentralen Inhalte hin überprüft. Ergänzt wurden diese Auswertungen durch leitfadengestützte Interviews durch eine Vorstudie mit betroffenen Frauen (Kapitel 5.1) wie auch mit einer speziell auf die Thematik der psychoso-

zialen Beratung bezogenen Befragung von Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung (Kapitel 5.3).

Erste Entwürfe der Texte wurden im Laufe des Projekts erstellt und in Arbeitspapieren auf der Projektwebseite veröffentlicht. Diese Arbeitspapiere wurden für die vorliegende Buchversion stark überarbeitet. Kapitel 2.1 basiert auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 1.01 (Vernim, Barska, Palma 2015), Kapitel 2.2 auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 1.02 (Haug, Vernim 2015), Kapitel 2.3 auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 1.03 (Haug, Vernim, Weber 2015). Kapitel 2.4 beruht auf einer Veröffentlichung (D'Anna, Weber, Haug 2017) und Zusammenfassung eines Teils der Masterarbeit von Lesley D'Anna (2016). Kapitel 2.5 basiert auf Teilen des NeWiRe-Arbeitspapiers 1.04 (Haug, Vernim 2016), Kapitel 3.2 auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 2.01 (Haug, Vernim 2015a), Kapitel 3.3 auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 2.02 (Haug, Vernim, Paris 2015) und Kapitel 3.4.23.4.2 auf Teilen des NeWiRe-Arbeitspapiers 1.04 (Haug, Vernim 2016). Kapitel 3.5 beinhaltet zusammenfassende Darstellungen, die in ähnlicher Form in Haug/Vernim/Weber 2017a und 2017b erschienen sind. Die Vorstudie in Kapitel 4.1 wurde mit Unterstützung durch Rebekka Meier, Corinna Schiegl und Julia Paris durchgeführt. Kapitel 4.2 basiert auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 3.01 (Vernim, Paris 2015). Die Vorstudie in Kapitel 5.1 wurde mit Unterstützung durch Rebekka Meier und Julia Paris erstellt. Kapitel 5.2 enthält Datenauswertungen der Telefonbefragung (Kapitel 3); die Berechnungen wurden von Daniel Miehling und Thomas Schiffert erstellt. Kapitel 5.3 beinhaltet Textabschnitte und Daten der NeWiRe-Studie Psychosoziale Beratung 2016 aus der Bachelorarbeit von Andrea Dümmler (2017). Kapitel 5.4 basiert auf dem NeWiRe-Arbeitspapier 4.01 (Vernim, Weber, Haug 2016).

2 FORSCHUNGSSTAND

In diesem Kapitel wird der Forschungsstand zu ausgewählten Themen dargestellt. Neben einer Darstellung der Methoden der Reproduktionsmedizin (Kapitel 2.1) und der Frauen mit Migrationshintergrund (Kapitel 2.2) wird auf das Wissen über Fertilität und assistierte Reproduktion (Kapitel 2.3), die Rolle des Internets (Kapitel 2.4) und den Themenkomplex Religion (Kapitel 2.5) eingegangen. Der Forschungsstand zum Thema Einstellungen zu Reproduktionsmedizin in der Allgemeinbevölkerung wird in Kapitel 3.1.1 nochmals zusammengefasst; eine Darstellung des Forschungsstands zur Bedeutung der psychosozialen Beratung bei Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung erfolgt in Kapitel 5.3

2.1 METHODEN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN UND RECHTLICHE FRAGEN

Der demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung und gleichzeitig niedrige Geburtenraten sind stetige Themen der letzten Jahrzehnte in unserer Gesellschaft. Auch in der Politik lösen diese Themen ständigen Diskussionsbedarf aus.

Viele sozioökonomische Faktoren tragen zum steigenden Erstgeburtsalter der Frauen (dieses liegt in Deutschland bei verheirateten Müttern inzwischen bei über 30 Jahren, Wischmann 2012, S. 29) und zur späteren Kinderwunscherfüllung der Paare bei. Mit steigendem Alter der Frauen vergrößert sich jedoch das Risiko der Unfruchtbarkeit (Leridon 2004; Bernardi et al. 2012, S. 28) und damit der ungewollten Kinderlosigkeit, die unter Umständen jedoch medizinisch behandelt werden kann.

Durch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin wurden und werden die Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunsches maßgeblich erweitert. Dabei beinhaltet die Reproduktionsmedizin alle Behandlungen und Verfahren (Kapitel 2.1.2), die den Umgang mit menschlichen Eizellen, Spermien oder Embryonen umfassen[1] und eine Schwangerschaft sowie die Geburt eines Kindes zum Ziel haben (Wischmann 2012, S. 26).

Ein großer Fortschritt im Bereich der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland wurde durch die Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) im Jahr 1991 erreicht. Trotzdem existieren viele ungelöste Herausforderungen – wie die finanzielle Unterstützung der Fortpflanzungsbehandlung durch die Krankenkassen,

1 Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) zählen nicht zu den Methoden der assistierten Reproduktion (Wischmann 2012, S. 74). Eine Insemination ist das „Platzieren der Spermien des Mannes durch den behandelnden Arzt im Genitaltrakt der Frau zum fruchtbaren Zeitpunkt“ (Feibner, Khaschei 2012, S. 96).

verschiedene religiöse Sichtweisen, ethische Fragen und schließlich rechtliche und organisatorische Lücken (Kapitel 2.1.3), die teilweise zur Suche nach Hilfe in anderen Ländern führen (Diedrich et al. 2008, S. 5; Deutsches IVF-Register (Deutsches In-vitro-Fertilisations-Register D. I. R.) 2016, S. 6 f.). Als grundlegende Voraussetzung für die künstliche Befruchtung in Deutschland gilt, dass vor allem die Gesundheit der Mutter und das Wohl des zukünftigen Kindes beachtet werden müssen (Diedrich et al. 2008, S. 92).

2.1.1 Aktuelle Daten zur Reproduktionsmedizin in Deutschland

Laut dem Deutschem IVF-Register 2015 existieren in Deutschland 139 aktive IVF-Zentren sowie zwei weitere in Aufbau. 134 dieser Zentren werden von Mitgliedern des Deutschen IVF-Registers (D. I. R.) betrieben und erfüllen die internationalen Standards der Reproduktionsmedizin (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 6). Konservative reproduktionsmedizinische Behandlungsmethoden wie hormonelle Stimulation, Insemination und diverse mikrochirurgische Operationen führen oft nicht zur erwünschten Schwangerschaft. In diesen Fällen werden andere assistierte reproduktive Techniken (ARTs) eingesetzt.

Die in Deutschland üblichen ARTs sind die Therapiemethoden der In-vitro-Fertilisation (IVF), der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) sowie die Kombination von beiden (IVF/ICSI) und weiterhin die Konservierung von Keimzellen – die sogenannte Kryokonservierung (Frommel et al. 2010, S. 4). Bei den IVF- und ICSI-Methoden handelt es sich jeweils um eine extrakorporale (also eine außerhalb des Körpers stattfindende) Befruchtung. Die Häufigkeit von und die Nachfrage nach ARTs (IVF-, ICSI- und Kryotransfer-Behandlungen) sind während der letzten 30 Jahre stark gestiegen: Von nur fünf Zentren, die 1982 am D. I. R. teilnahmen, ist die Zahl der Mitgliedszentren des Registers inzwischen auf 134 im Jahr 2015 angewachsen, in denen fast ausnahmslos alle drei Methoden angeboten werden (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 13).

Die Qualität und Erfolgsraten der deutschen Reproduktionsmedizin werden durch statistische Daten festgehalten, die jedes Jahr im D. I. R.-Jahrbuch erscheinen. Die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer ist 2015 im Vergleich zum Vorjahr bei der IVF-Methode stabil geblieben: 32,5 Prozent (2014: 32,7 Prozent), bei den beiden anderen Methoden jedoch leicht gestiegen: ICSI: 31,7 Prozent (30,8 Prozent), Kryotransfer: 25,0 Prozent (23,5 Prozent) (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 6). Eine aussagekräftige Kennzahl für den Erfolg von künstlichen Befruchtungen stellt die sogenannte „Baby-take-home-Rate“ (BTHR) dar (Wischmann 2012, S. 81). Sie benennt die Wahrscheinlichkeit, dass eine künstliche Befruchtung zur Geburt eines Kindes führt und ist damit immer niedriger als die Wahrscheinlichkeiten für Schwangerschaften, da nicht jede Schwangerschaft zu einer Geburt (Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbruch etc.) führt (Feibner, Khaschei 2012, S. 116). Die BTHR fällt bei den verschiedenen Behandlungsmethoden unterschiedlich aus: IVF (20,6 Prozent), ICSI (20,5 Prozent), IVF/ICSI (22,5 Prozent), Kryotransfer (16,1 Prozent) (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 18).

Der Gesamtanteil der durch Reproduktionsmedizin geborenen Kinder ist trotz der vergleichsweise hohen Zahl von Behandlungszyklen relativ niedrig. Im Jahr 2013 kamen 2,5 Prozent aller in Deutschland geborenen Kinder infolge reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zur Welt. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die Daten des D. I. R. nicht die durch Insemination gezeugten Kinder berücksichtigen. Zudem ist die Ermittlung von Geburten von Paaren, die sich nicht mehr in Behandlung befinden, für die Kinderwunschzentren erschwert. Dadurch wird die Zahl der Geburten durch Reproduktionsmedizin tendenziell unterschätzt (Passet-Wittig 2017, S. 59).

Der Anstieg der Geburten im Jahr 2003 sowie der Rückgang im darauffolgenden Jahr lässt sich auf die Reform der Regelungen zur Kostenerstattung zurückführen, die eine hohe Anzahl vorgezogener Behandlungszahlen in den Jahren 2002 und 2003 nach sich zog. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz trat am 1. Januar 2004 in Kraft. Seitdem werden nur noch maximal 3 Behandlungszyklen von den Krankenkassen erstattet (Kapitel 2.1.3). Die Zahl der Geburten nach IVF, ICSI, IVF/ICSI und Kryotransfer steigt seit 2004 in Deutschland kontinuierlich wieder an (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 18, Abbildung 3).

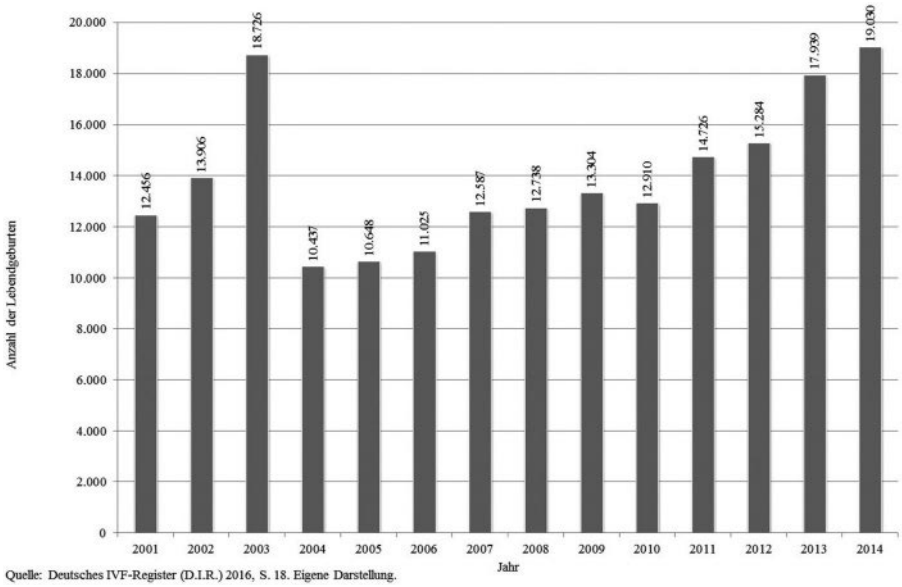

Abbildung 3: Geborene Kinder nach reproduktionsmedizinischer Behandlung (2001–2014)

Zwischen 2004 und 2013 ist zudem ein steigender Anteil der geborenen Kinder nach IVF, ICSI, IVF/ICSI und Kryotransfer an allen geborenen Kindern von 1,48 Prozent auf 2,5 Prozent zu beobachten (Passet-Wittig 2017, S. 59).

2.1.2 Aktuelle Methoden der Reproduktionsmedizin

Voraussetzung einer zielführenden Behandlung ist die Abklärung der reproduktiven Gesundheit (Bals-Pratsch 2015). Dazu gehört neben der Behandlung erworbener Sterilitätsfaktoren wie beispielsweise Übergewicht, Rauchen, sexuell übertragbare Erkrankungen oder Endometriose auch die gesunde Ernährung. Die Untersuchung und medikamentöse Behandlung der reproduktiven Hormone, der Schilddrüse und des Glukosestoffwechsels bei Frauen können häufig bereits die Fruchtbarkeit erhöhen. Auch im Rahmen einer assistierten Reproduktion kann bei einer Reihe von Stoffwechselstörungen durch rechtzeitige Behandlung die Schwangerschaftsrate gesteigert und Risiken vermindert werden.

Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin hat zahlreiche differenzierte Methoden hervorgebracht – sowohl bei der Embryonenauswahl als auch bei der künstlichen Befruchtung selbst –, die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen. Anschließend werden mögliche Komplikationen und Risiken skizziert, die mit den unterschiedlichen Methoden einhergehen.

Methoden der Embryonenauswahl

Die Wahrscheinlichkeit einer Lebendgeburt hängt sehr stark von der Anzahl der entwicklungsfähigen Embryonen ab, die wiederum mit dem Lebensalter der Frau korrelieren. Mit Hilfe der In-vitro-Kultivierung ist es möglich, die Kulturbedingungen für die Embryonenentwicklung zu verbessern. Mit einem Lichtmikroskop können Embryonen mit schneller Zellteilung und guten morphologischen Kriterien (Embryoscore) beobachtet und für den weiteren Transfer ausgewählt werden. Die Embryonen mit günstigen morphologischen Kriterien haben ein vergleichsweise hohes Einnistungspotenzial von 30 Prozent (fragmentierte Embryonen weniger als 5 Prozent) (Diedrich et al. 2008, S. 29 f.). Es gibt verschiedene Varianten der Embryonenauswahl: Die erste Variante ist die Kultivierung der Embryos bis zum Blastozystenstadium, das heißt bis zum 5./6. Tag nach der Befruchtung. Erst im 8-Zellen-Stadium des Embryos aktivieren sich Erbsubstanzen, die die weitere Einnistung und richtige Entwicklung beeinflussen. Aber nicht immer führt der morphologisch qualitativ gute Embryo auch zu einer Lebendgeburt (Diedrich et al. 2008, S. 32).

Weitere wichtige Faktoren – wie die genetische Ausstattung – können eine Lebendgeburt erschweren. Um die Abortrate zu senken, wird eine weitere Methode der Embryonenauswahl – das Aneuploidie-Screening – verwendet, um die Chromosomen auf Veränderungen zu überprüfen. Für die Durchführung dieses Screenings müssen in Deutschland die Frauen über 35 Jahre alt sein. Außerdem müssen sich die Eizellen noch im Befruchtungsvorgang befinden und somit noch nicht als Embryos definiert sein (Diedrich et al. 2008, S. 33 f.). Es existieren weitere Methoden der Embryonenauswahl für die Bewertung der Embryos, wie zum Beispiel die Verwendung von Spezialmikroskopen oder Untersuchungen des Kulturmediums des Präimplantationsembryos auf embryonale Stoffwechselprodukte (Diedrich et al. 2008, S. 35).

Nach der Embryonenauswahl und der Anwendung der jeweiligen ART wird nur eine bestimmte Anzahl der entstandenen Embryonen direkt in die Gebärmutter der Frau transportiert. Um das Mehrlingsschwangerschaftsrisiko zu vermeiden, wird in nordeuropäischen Ländern sehr häufig nur der Transfer eines einzelnen ausgewählten Embryos (eSET: elektive Single Embryo Transfer) durchgeführt. Allerdings findet eSET in Deutschland bisher keine Anwendung, da das 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz (Kapitel 3) nach verbreiteter Einschätzung die Selektion von Embryonen verbietet (Diedrich et al. 2008, S. 35; Bernardi et al. 2012, S. 32 f.).

Methoden der künstlichen Befruchtung

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist die älteste (1978, Großbritannien) der modernen Fortpflanzungsbehandlungen und stellt damit das „klassische" Verfahren dar. Die durch Hormone stimulierten Eizellen der Frau werden mittels Punktion aus ihrem Körper entnommen und im Reagenzglas oder in der Petrischale mit dem (aufbereiteten) Samen des Ehepartners inkubiert (Diedrich et al. 2008, S. 26; Feibner, Khaschei 2012, S. 99 f.; Wischmann 2012, S. 26 f.). Nach einigen Tagen erfolgt dann der Rücktransfer von ein oder zwei (aber höchstens drei)[2] befruchteten Eizellen in die Gebärmutter (Wischmann 2012, S. 27/75). Bis heute ist die „klassische" IVF eine häufig genutzte Methode der Reproduktionsmedizin. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland 13.675 IVF-Zyklen durchgeführt (entspricht 23,1 Prozent aller Frischzyklen in 2014). Die durchgeführten Behandlungen mit zwei transferierten Embryonen endeten in 20,6 Prozent der Fälle mit dokumentierten Geburten (Baby-take-home-Rate) (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 17 f.). Von Beginn der Behandlung bis zur gewünschten Geburt können viele Störfaktoren auftreten, wie zum Beispiel Aborte, Fehlbildungen oder induzierte Aborte bzw. fetale Reduktionen (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 18). Außerdem besteht die Möglichkeit, dass eine Kryokonservierung (Erläuterung s. u.) der Eizellen erfolgt oder die künstliche Befruchtung abgebrochen wird.

Zusätzlich oder alternativ zur IVF wird inzwischen sehr häufig die sogenannte intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), die ihre Anfänge 1993 in Belgien fand, empfohlen und angewendet. Diese Methode empfiehlt sich primär für Fälle, in denen Männer mit eingeschränkter Anzahl der funktionsfähigen und qualitativ hochwertigen Samenmaterialien oder fehlenden Spermien im Ejakulat beteiligt sind (Diedrich et al. 2008, S. 26; Feibner, Khaschei 2012, S. 101). Aber auch in an-

2 Der Transfer von zwei Eizellen führt zu einer Verdoppelung der Schwangerschaftsraten. Bei einer Studie aus Großbritannien zeigte sich, dass der Transfer von drei Embryonen kein Verbesserungspotenzial (bei jüngeren Frauen) birgt, aber die Risiken einer Mehrlingsgeburt stark erhöht. Bei Frauen ab 40 Jahren bleibt die Rate auf gleichem Niveau. Deshalb zog die Bundesärztekammer im Jahr 2006 in Erwägung, bei Frauen ab dem 38. Lebensjahr drei Embryonen zu transferieren. Die damit einhergehenden enormen Risiken von Mehrlingsgeburten, Frühgeburten und geringen Geburtsgewichten sprechen jedoch gegen diese Empfehlung (Wischmann 2012, S. 83). Eine Studie zeigt Fortschritte auf und belegt, dass die Übertragung eines einzelnen Embryos sich bewährt (Henningsen et al. 2015).

deren Fällen findet ICSI heutzutage eine häufige Anwendung, beispielsweise wenn eine herkömmliche IVF erfolglos blieb, wenn beide Partner von einer Fruchtbarkeitsstörung betroffen sind oder die Ursache für die Infertilität unbekannt ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2015).

Die Vorbehandlung und der Rücktransfer der Eizellen verlaufen analog zur IVF, dazwischen erfolgt jedoch eine Injektion eines einzelnen Spermiums in die Eizelle unter einem Mikroskop. Der wesentliche Unterschied zwischen IVF und ICSI liegt folglich in der Auswahl des Spermiums, welches die Eizelle befruchtet: Bei der IVF wird es der Natur beziehungsweise dem Zufall überlassen, welches Spermium in der Petrischale die Eizelle erreicht. Bei der ICSI hingegen obliegt diese Auswahl dem Menschen (Feibner, Khaschei 2012, S. 101; Wischmann 2012, S. 27, 76). Mit ICSI wurden 2014 insgesamt 44.427 Zyklen (entsprechen 74,9 Prozent aller Frischzyklen) durchgeführt. Sie ist damit inzwischen die am häufigsten eingesetzte ART. Dabei kam es in 18 Prozent der Fälle zu dokumentierten Geburten (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 17 f.).

Weibliche Eizellen und männliche Samen können außerdem durch Einfrierung in flüssigem Stickstoff, die sogenannte Kryokonservierung, noch lange erhalten bleiben. Anwendung findet diese Methode beispielsweise, wenn bei einer künstlichen Befruchtung mehr Eizellen erfolgreich befruchtet wurden als zurückgeführt werden dürfen. Wenn sich beim ersten Versuch dann keine Schwangerschaft einstellt, können die eingefrorenen Eizellen für einen weiteren Versuch verwendet und zugleich die erneute (belastende) hormonelle Stimulation umgangen werden (Feibner, Khaschei 2012, S. 106 f.). Außerdem ist die Kryokonservierung eine Option für Paare mit Kinderwunsch, bei denen sich einer der Partner einer Krebsbehandlung oder einer Operation im Genitalbereich unterziehen muss. Bestrahlungen oder Operationen können zu einer eingeschränkten Fruchtbarkeit führen. Durch das Einfrieren der Spermien oder der Eizellen kann der Kinderwunsch somit trotzdem zu einem späteren Zeitpunkt verwirklicht werden. Allerdings erlaubt das Embryonenschutzgesetz nur das Einfrieren unbefruchteter Eizellen. Bereits befruchtete Eizellen gelten als Embryonen, die geschützt und damit nicht kryokonserviert werden dürfen (vgl. Kapitel 3). Die Kombination von IVF oder ICSI mit kryokonserviertem Material zeigt eine geringere Schwangerschafts- bzw. Lebendgeburtenrate als mit frisch gewonnenen Eizellen, jedoch wurden bisher keine Unterschiede in Bezug auf die spätere Gesundheit der entstehenden Kinder festgestellt (Feibner, Khaschei 2012, S. 107; Wischmann 2012, S. 75, 82).

Komplikationen und Risiken der Methoden

Zu den möglichen Komplikationen bei der Eizellenentnahme zählen Blutungen (vaginale und intraabdominale), Darmverletzungen, Peritonitis (= Bauchfellentzündung) sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder operativen Versorgung. Laut D. I. R.-Statistik 2015 traten diese Komplikationen jedoch nur in 0,7 Prozent der Fälle auf, davon überwiegend Blutungen (65 Prozent) (Deutsches IVF-Register (D. I. R.) 2016, S. 37).

Bei der hormonellen Behandlung der Eierstöcke besteht außerdem die Gefahr des ovariellen Hyperstimulationssyndroms (kurz: OHSS). Das bedeutet, dass zu viele Follikel zu sprungreifen Eibläschen heranreifen. Mit OHSS gehen Symptome wie Völlegefühl, Unterbauchschmerzen wie kurz vor der Regelblutung, Atemnot, Rückenschmerzen und Übelkeit einher. Das Risiko eines schweren OHSS ist zwar gering, es kann jedoch lebensbedrohlich sein. Leichtere Formen von OHSS treten bei fast jeder dritten Patientin auf, was darauf zurückzuführen ist, dass die Eierstöcke von Natur aus nicht dafür ausgelegt sind, übermäßig viele Eizellen gleichzeitig heranreifen zu lassen. Zur Vermeidung von OHSS werden die Eierstöcke deshalb zunächst mit niedrigen Hormondosierungen stimuliert und nur bei Bedarf erhöht (Feibner, Khaschei 2012, S. 83, 91 f.).

Bei Frauen mit Risikofaktoren für einen Gestationsdiabetes und latentem Prädiabetes mellitus Typ 2 besteht das Risiko von Fehlgeburten, Fehlbildungen und Schwangerschaftskomplikationen; dieses kann bei rechtzeitiger Behandlung reduziert werden (Bals-Pratsch 2015, S. 55).

2.1.3 Rechtliche Situation und Probleme in Deutschland

Juristische Grundlagen der Reproduktivmedizin in Deutschland beinhalten Vorgaben des Grundgesetzes, des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) sowie des Gewebe- und des Embryonenschutzgesetzes (ESchG). Letztgenanntes ist von maßgeblicher Bedeutung für die künstliche Befruchtung. Das ESchG regelt den Umgang mit Embryonen und definiert das Strafmaß bei Verstößen (Feibner, Khaschei 2012, S. 119).

Als Embryo wird dabei die bereits befruchtete, entwicklungsfähige Eizelle bezeichnet. Laut ESchG gilt eine Eizelle mit dem Beginn der Kernverschmelzung, ungefähr 24 Stunden nach dem Eindringen des Spermiums in die Eizelle, als entwicklungsfähig. Vorher wird sie als Prä-Embryo oder Eizelle im Pronukleus- bzw. Vorkernstadium bezeichnet (Wischmann 2012, S. 119). Darauf basierend steht jeder Embryo unter dem Schutz dieses Gesetzes.

Eine Konkretisierung dieses Gesetzes für den behandelnden Arzt stellt die Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) dar. Deren Regelungen beinhalten die Durchführung assistierter Befruchtungen (Definition der Behandlungsmethoden und wie diese durchzuführen sind) und verschaffen den behandelnden Ärzten Sicherheit in ethischen Fragen und hinsichtlich der Rechtsgrundlage (Beratungspflichten, Zulassungsbedingungen der Ärzte etc., Feibner, Khaschei 2012, S. 120).

Finanzielle Fragen bezüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen bei künstlichen Befruchtungen sind im Fünften Sozialgesetzbuch aufgeführt (Feibner, Khaschei 2012, S. 121; Wischmann 2012, S. 120). Folgende wichtige Regelungen zur Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen sind zu nennen:

Eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen findet statt, wenn

- ein Arzt die künstliche Befruchtung als für das Paar notwendig erachtet,
- die Ärzte und Einrichtungen, die eine künstliche Befruchtung anbieten bzw. anraten, die Zustimmung des Paares vorlegen können,

- die Kinderwunschpaare verheiratet sind,
- die Altersgrenzen erfüllt werden (beide Partner mit Kinderwunsch müssen mindestens 25 Jahre alt sein; Frauen dürfen nicht älter als 40 Jahre, Männer nicht älter als 50 Jahre alt sein),
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden,
- beide Ehegatten zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahmen negativ auf HIV getestet wurden sowie ein ausreichender Schutz der Frau gegen eine Rötelinfektion besteht,
- ein Behandlungsplan der Kinderwunschklinik vorliegt (Feibner, Khaschei 2012, S. 121 f.; Wischmann 2012, S. 79 f.).

Werden diese Kriterien erfüllt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Hälfte der Behandlungskosten. Die Methode der Behandlung wird dann allerdings nach vorgegebenen Kriterien durch die Krankenkassen bestimmt. Ansonsten müssen die kompletten Kosten selbst übernommen werden. Außerdem enden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach drei erfolglosen künstlichen Befruchtungen (Feibner, Khaschei 2012, S. 121–125; Bernardi et al. 2012, S. 34).

Die Motivation, die niedrige Geburtenrate in Deutschland zu erhöhen, führte bereits zu einigen Vorschlägen, wie z. B. der Anhebung der 50-Prozent-Grenze bei den Kosten, der Kostenbeteiligung aus Bundesmitteln oder der Beteiligung der öffentlichen Haushalte, um betroffenen Kinderwunschpaaren die hohen finanziellen Hürden zu erleichtern (Feibner, Khaschei 2012, S. 122). Manche gesetzlichen Krankenkassen übernehmen inzwischen mehr als 50 Prozent der Kosten[3]. Versuche der Kassen, auch die Behandlung unverheirateter Paare zu bezuschussen, wurde allerdings vom Bundessozialgericht aufgrund der aktuellen Rechtslage ein Riegel vorgeschoben[4]. Mit dem Inkrafttreten der geänderten Bundesförderrichtlinie am 07.01.2016 erhalten erstmals auch unverheiratete heterosexuelle Paare mit Hauptwohnsitz im Bundesgebiet für reproduktionsmedizinische Behandlungen eine finanzielle Unterstützung durch das Bundesfamilienministerium. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Paare ihren Hauptwohnsitz in einem Bundesland haben, das sich finanziell mit eigenem Landesförderprogramm beteiligt. Die Inanspruchnahme der reproduktionsmedizinischen Unterstützung muss im Wohnsitzbundesland erfolgen (BMFSFJ 2015).

Das Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 20.07.2017 trat am 01.10.2017 in Kraft. Nach Einschätzung von Hilland (2017) bedeutet dies jedoch nicht, dass Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei gleichgeschlechtlichen Paaren von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden können, da gemäß § 27a SGB V diese Leistungen darauf beruhen, dass ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

3 Dies trifft beispielsweise für die Knappschaft zu, die mittlerweile die kompletten Behandlungskosten übernimmt. Dafür müssen beide Partner bei der Knappschaft versichert sein, ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet und die Altersgrenzen der Partner eingehalten werden (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, o. J.).

4 Bundessozialgericht, Urteil vom 18.11.2014, Az. B 1 A 1 / 14 R.

Private Krankenversicherungen sind nicht an die Richtlinien für gesetzliche Krankenkassen gebunden. Die Höhe der Kostenbeteiligung richtet sich vielmehr danach, ob die künstliche Befruchtung aus medizinischer Sicht als notwendig erachtet wird oder nicht: Kann der Kinderwunsch laut eines Arztes nicht ohne medizinische Hilfe erfüllt werden, so übernehmen die privaten Krankenkassen meist mehr als die Hälfte der Behandlungskosten, teilweise werden sie sogar komplett übernommen. Zudem unterscheiden sich die privaten Krankenkassen im Vergleich zu den gesetzlichen Krankenkassen auch in ihrem Leistungsumfang, der zumeist größer ist (z. B. Übernahme der Kosten auch bei unverheirateten Paaren). Des Weiteren gibt es keine festen Grenzen in Bezug auf die Anzahl der Behandlungsversuche oder beim Alter des Paares. Bedeutend für die Kostenerstattung ist allerdings das Kriterium der Erfolgsaussichten: Die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft muss bei jedem Behandlungsversuch bei mindestens 15 Prozent liegen (Feibner, Khaschei 2012, S. 127 f.).

Außerdem greift bei den privaten Krankenversicherungen das sogenannte Verursacherprinzip. Dies bedeutet, dass diejenige Krankenversicherung zahlen muss, deren Kunde Verursacher für die Kinderlosigkeit ist: Ist der Verursacher privat versichert, kommt seine private Krankenversicherung für die Behandlungskosten beider Partner auf – unabhängig davon, ob der gesunde Partner privat oder gesetzlich versichert ist. Im Falle, dass beide Partner Verursacher der Kinderlosigkeit sind, gilt grundsätzlich, dass die Versicherungen diejenigen Kosten übernehmen, die auf ihren Klienten zurückzuführen sind (Feibner, Khaschei 2012, S. 127 f.).

Als verbotene Bereiche der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland gelten die Durchführung des Klonens, der Eizellspenden und der Leihmutterschaft (Frommel et al. 2010, S. 3; Bernardi et al. 2012, S. 33 f.). Ebenfalls verboten sind die gezielte Erzeugung überzähliger Embryonen, die Einpflanzung von mehr als drei Embryonen auf einmal, die künstliche Entwicklung und der Transfer von Chimären[5] oder Hybriden[6]. Die Verwendung der Eizellen einer Verstorbenen oder die wissentliche künstliche Befruchtung mit dem Samen eines Verstorbenen sind ebenfalls verboten. Kryokonservierte Materialien von Verstorbenen müssen in der Regel vernichtet werden (Frommel et al. 2010, S. 7 f.).

Es gibt rechtliche Bereiche, in denen die Verbote mit Rücksicht auf bestimmte Bedingungen oder Ziele begrenzt werden können. Dazu gehört die Erzeugung und Verwendung von Embryonen zu fremdnützigen Zwecken, insbesondere Forschungszwecken. Dies ist erst nach dem 2-Pronukleus-Stadium verboten (in der Eizelle befinden sich zwei Pronukleiden, die noch nicht zusammengewachsen sind, Frommel et al. 2010, S. 6 f.).

Dagegen ist in Deutschland die sogenannte Embryonenspende erlaubt. Dies ergibt sich aus dem ESchG (§ 2), da die Spende dem Erhalt der Embryonen dient. Die Embryospende darf allerdings nicht schon bei der Befruchtung geplant werden (Frommel et al. 2010, S. 11). Für infertile Frauen ohne intakte Eizellen ergibt

5 Unter einer Chimäre ist ein Individuum, das aus genetisch verschiedenen Geweben zusammengesetzt ist, zu verstehen (Reiche 2003).

6 Unter einem Hybrid sind alle aus der Kreuzung von zwei genetisch verschiedenen Individuen hervorgegangenen Nachkommen zu verstehen (Reiche 2003).