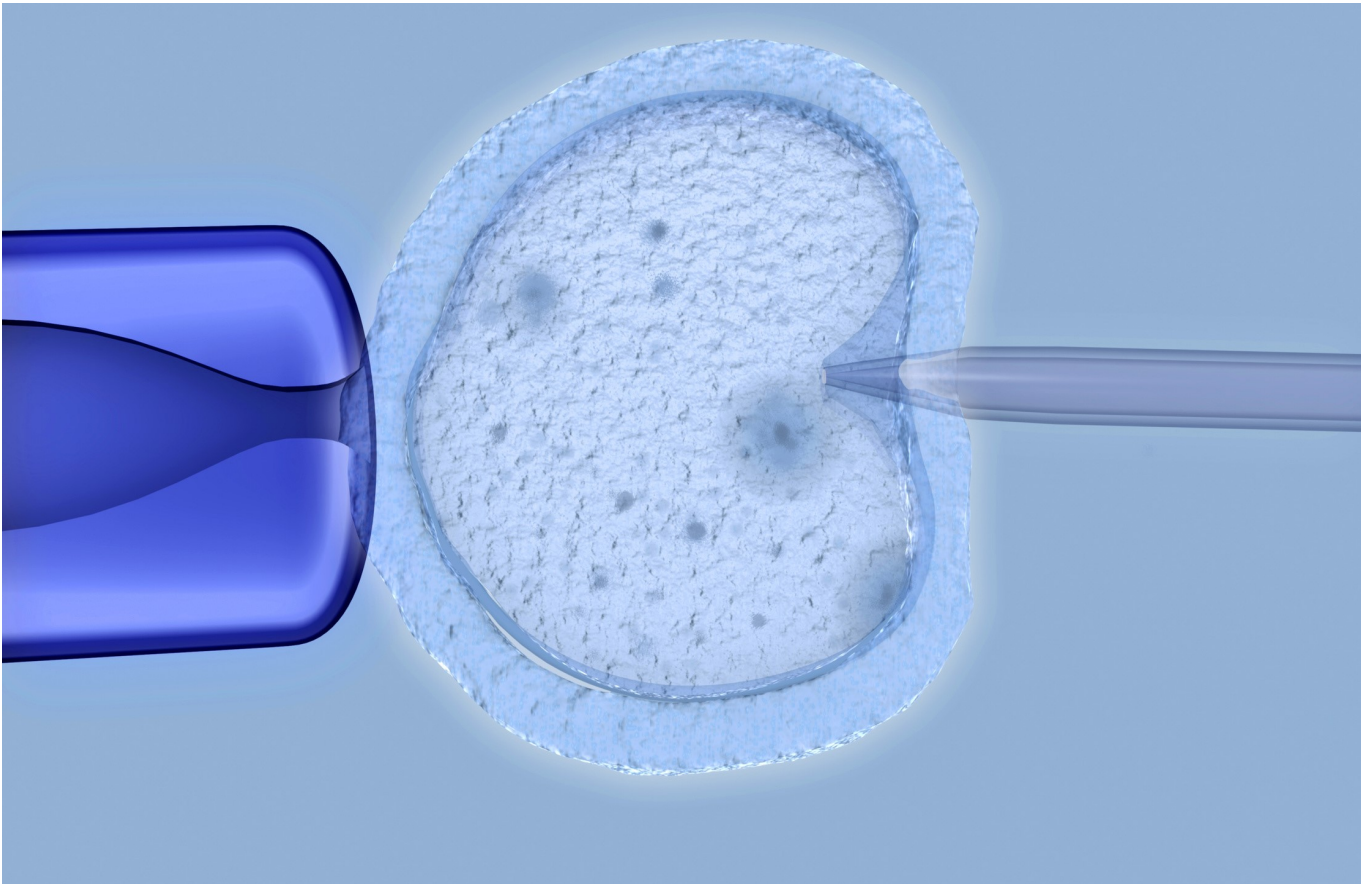




Familienplanung und Reproduktionsmedizin bei Frauen mit Migrationshintergrund

Studienergebnisse für die Praxis

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Der Förderbereich „Wissenstransfer“ im Rahmen des Schwerpunkts „ethische, rechtliche und soziale Aspekte der Lebenswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (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. Vor diesem Hintergrund wurde von 2013 bis 2017 das Forschungsprojekt mit dem Titel „Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe)“ gefördert.

Die Ausgangslage ist geprägt durch eine anhaltend niedrige Geburtenziffer, ein Aufschieben der Geburt des ersten Kindes in ein immer höheres Alter und einen steigenden Anteil von jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Bei ungewollt kinderlosen Paaren wächst der Bedarf an Beratung und Therapie; die Zahl der reproduktionsmedizinischen Behandlungen steigt stetig. 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 Implikationen.

Bisher lagen kaum Erkenntnisse über den Themenkomplex Reproduktionsmedizin und Frauen mit Migrationshintergrund vor. Im Mittelpunkt des Projekts steht 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 stehen auch unterschiedliche Zugänge zu Informationsquellen und zu Wissen je nach Herkunft, Bildung oder Sprachkenntnis im Fokus. Im Falle des Zugangs zu digital verfügbarem Wissen firmiert dieser Zusammenhang unter dem Stichwort „digitale Spaltung“.

Der Forschungsansatz verknüpft demografische und familiensoziologische mit medien- und technikwissenschaftlichen sowie gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Aspekten und zielt auf folgende Fragestellungen ab: 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 Ver-

fahren? Welche Auswirkungen 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. Das Kernstück ist eine Telefonbefragung von Frauen 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, das Wissen über reproduktionsmedizinische Verfahren sowie deren Akzeptanz. Eine Teilstudie zielt auf Expertinnen und Experten aus dem Arbeitsfeld der Reproduktionsmedizin ab. So wurden unter anderem in einer internetgestützten Befragung deutsche reproduktionsmedizinische Zentren zu den genutzten Informationskanälen, der Zusammensetzung der Behandelten, sowie migrations-sensible Aspekte der Einrichtung erfragt. Des Weiteren wurde eine Inhaltsanalyse der Einträge in einem Kinderwunsch-Forum durchgeführt, um die Bedeutung der Onlinemedien für Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung zu eruieren; zudem wurden Interviews mit behandelten Frauen geführt.

Die Studie liefert vielfältige Befunde. Die vorliegende Zusammenfassung dokumentiert einige dieser Ergebnisse in übersichtlicher und leicht verständlicher Form. Die Broschüre soll für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Behandlungszentren und die interessierte Fachöffentlichkeit grundlegende Beschreibungen einer bislang wenig bekannten Zielgruppe bieten und so zielgruppengerechte Angebote ermöglichen. Die Ergebnisse können somit Baustein einer kultur- und migrations-sensiblen Medizin sein.

Den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projektes ist hierfür zu danken, insbesondere Matthias Vernim, der die empirischen Studien durchgeführt hat. Die Broschüre wurde maßgeblich von Thomas Schiffert erstellt, mit Unterstützung von Edda Curle und Nadine Kleine.

Prof. Dr. Sonja Haug, Prof. Dr. Karsten Weber

Regensburg, 2017

Inhalt

1. Über die Studie
2. Reproduktionsmedizin in Deutschland
3. Rechtliche Grundlagen
4. Zielgruppe: Menschen mit Migrationshintergrund
5. Wissen über Fertilität und Reproduktionsmedizin
6. Akzeptanz von Reproduktionsmedizin und Bereitschaft zur Nutzung
7. Familien- und Frauenbilder im Vergleich
8. Bildungsniveau und Sprachkenntnisse
9. Die Rolle von Religionen
10. Medien und soziale Netzwerke als Informationsquellen
11. Internetforen als Ressource
12. Der Weg zu einer migrationssensiblen Beratung
13. Wichtige Anlaufstellen

Literatur

Impressum und Hinweise

1. Über die Studie

BMBF Forschungsbereich ELSA

Die ELSA-Forschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) beschäftigt sich mit den ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten in den Lebenswissenschaften (**E**thical, **L**egal and **S**ocial **A**spects). Sie soll wissenschaftlich basierte Aussagen zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der modernen Lebenswissenschaften ermöglichen und damit einen Beitrag für den öffentlichen Diskurs leisten.

Die ELSA-Förderung des BMBF umfasst verschiedene Themengebiete, beispielsweise die der Stammzellforschung, die der Genom-Editierung oder der Neurowissenschaften. Die Forschung ist interdisziplinär ausgerichtet. Sie bezieht sowohl die Geistes- und Sozialwissenschaften als auch die Lebenswissenschaften ein. Das BMBF unterstützt die ELSA-Forschung mit rund fünf Millionen Euro pro Jahr.

Die Reproduktionsmedizin stellt unterschiedliche Verfahren der „assistierten Fortpflanzung“ zur Verfügung. Eine Methode ist beispielsweise die In-vitro-Fertilisation, die auch unter dem Stichwort „künstliche Befruchtung“, „Befruchtung im Reagenzglas“ oder „Retortenzeugung“ bekannt ist. Die Evaluierung der gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Verfahren unter ELSA-Gesichtspunkten wird dem Grundgedanken des Prinzips von „Responsible Research and Innovation (RRI)“ gerecht. Dies gilt insbesondere dann, wenn der medizinisch-technische Fortschritt vulnerable Personengruppen wie Frauen mit Migrationshintergrund betrifft.

Fragestellungen

Im Zentrum der hier zusammengefasst dargestellten Untersuchung stehen soziale Aspekte des Wissenstransfers über aktuelle Fortschritte der Reproduktionsmedizin, der assistierten Reproduktionstechnik und Diagnostik. Die Rolle der sozialen Netzwerke und die Bedeutung des Internets für die Weitergabe von Informationen sowie die Wirksamkeit sozialer Normen werden beleuchtet. Hierbei werden insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund und der damit verbundene Bedarf an Wissensvermittlung im Kontext einer kultursensiblen Medizin berücksichtigt. Im Mittelpunkt des Projekts stehen die 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. Der Einfluss persönlicher und internetgestützter sozialer Netzwerke auf diese Fragen sowie der Einfluss sozialer, kultureller oder religiöser Faktoren wird analysiert. Auf der Basis der Informationen werden Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und reproduktionsmedizinische Einrichtungen im Besonderen formuliert.

Vier Teilstudien

Die aufgeworfenen Fragen wurden im Projekt NeWiRe mittels vier Teilstudien bearbeitet. Zentral war dabei eine repräsentative Bevölkerungsbefragung (1), die durch eine Online-Befragung reproduktionsmedizinischer Zentren (2), eine Inhaltsanalyse der Diskussionen in einem der größten deutschen Kinderwunschforen (3) und Interviews mit Expertinnen und Experten und Betroffenen (4) ergänzt wurde.

(1) Bei der Bevölkerungsbefragung wurde untersucht, wie Frauen mit Migrationshintergrund Wissen über Reproduktionsmedizin erlangen und wie soziale, kulturelle oder religiöse Faktoren auf die Akzeptanz von 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.

(2) Die Online-Befragung reproduktionsmedizinischer Zentren befasst sich mit den genutzten Informationskanälen, über die Kontakt zur Bevölkerung aufgebaut wird, mit der migrations-sensiblen Ausgestaltung der Zentren sowie den Erfahrungen mit und Einschätzungen zu Frauen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der Reproduktionsmedizin.

(3) Die Themen, über die sich in Kinderwunschbehandlung befindliche Personen in Onlineforen austauschen, wurden mittels einer Inhaltsanalyse der Beiträge im Kinderwunschforum der Seite wunschkind.net untersucht. Dafür wurden 1.259 zufällig ausgewählte Beiträge aus dem Jahr 2013 auf ihren Struktur und ihre zentralen Inhalte hin überprüft.

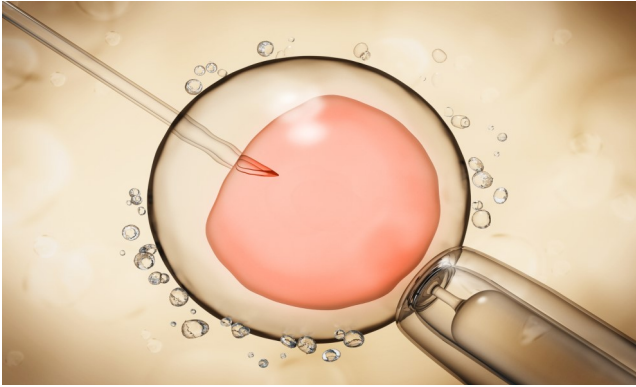
(4) Ergänzt wurden die Auswertungen durch leitfadengestützte Interviews mit betroffenen Frauen und Expertinnen und Experten aus Schwangerenberatungsstellen und reproduktionsmedizinischen Kliniken.

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

2. Reproduktionsmedizin in Deutschland



Quelle: www.fotolia.com/id/103599916#

Der demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung und gleichzeitig niedrige Geburtenraten sind stetige Themen in unserer Gesellschaft der letzten Jahrzehnte. Viele sozio-ökonomische Faktoren tragen zum steigenden Erstgeburtalter der Frauen (in Deutschland bei verheirateten Müttern inzwischen bei über 30 Jahren) und zur späteren Kinderwunsch Erfüllung der Paare bei. Mit steigendem Alter der Frauen vergrößert sich jedoch das Risiko der Unfruchtbarkeit und damit der ungewollten Kinderlosigkeit. Diese kann mittlerweile unter bestimmten Voraussetzungen medizinisch behandelt werden.

Durch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin wurden und werden die Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunsches maßgeblich erweitert. Dabei beinhaltet die Reproduktionsmedizin alle Behandlungen und Verfahren, die den Umgang mit menschlichen Eizellen, Spermien oder Embryonen umfassen und eine Schwangerschaft sowie die Geburt eines Kindes zum Ziel haben. Als grundlegende Voraussetzung einer Behandlung ist auf die Gesundheit der Mutter und das Wohl des zukünftigen Kindes zu achten.

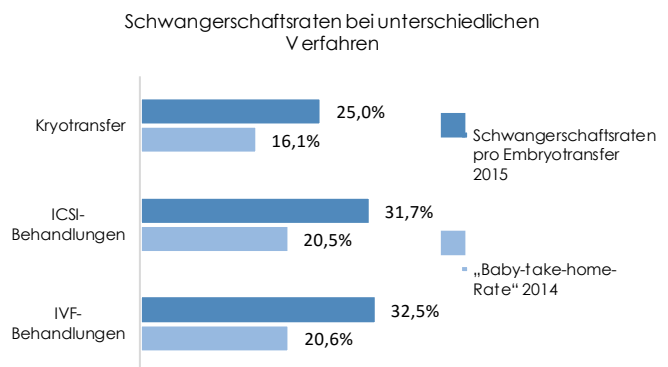
Methoden der Reproduktionsmedizin

Konservative reproduktionsmedizinische Behandlungsmethoden wie hormonelle Stimulation, Insemination und diverse mikrochirurgische Operationen führen oft nicht zur erwünschten Schwangerschaft. In diesen Fällen werden invasivere Techniken eingesetzt. In Deutschland üblich sind die *Insemi-*

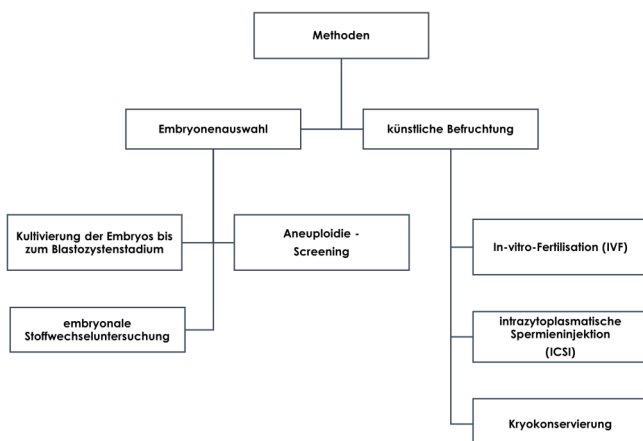
nationsbehandlung und die Therapiemethoden der *In-vitro-Fertilisation* (IVF), der *intrazytoplasmatischen Spermieninjektion* (ICSI) sowie die Kombination von beiden (IVF/ICSI); weiterhin die Konservierung von Keimzellen, die sogenannte *Kryokonservierung*. Bei den IVF- und ICSI-Methoden handelt es sich jeweils um eine extrakorporale (also eine außerhalb des Körpers stattfindende) Befruchtung. Hierbei werden Eizellen mittels Punktion aus dem menschlichen Körper entnommen und ein Spermium entweder im Reagenzglas bzw. in der Petrischale injiziert (ICSI-Methode) oder die Samen des Ehepartners inkubiert (IVF-Methode). Nach einigen Tagen erfolgt ein Rücktransfer von ein bis zwei (höchstens drei) befruchteten Eizellen in die Gebärmutter.

Geburtenrate durch Reproduktionsmedizin

Die Qualität und Erfolgsraten der deutschen Reproduktionsmedizin werden durch statistische Daten festgehalten, die jedes Jahr im D.I.R.-Jahrbuch (Deutsches IVF-Register) erscheinen. Die Nachfrage nach ARTs (IVF-, ICSI- und Kryotransfer-Behandlungen) ist während der letzten 30 Jahre stark gestiegen. Die Anzahl der Behandlungszentren, die am Deutschen IVR-Register teilnehmen, hat sich von fünf Zentren im Jahr 1982 auf inzwischen 134 im Jahr 2015 erhöht. In den Zentren werden fast ausnahmslos alle drei Methoden angeboten. Die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer lagen 2015 bei 32,5 Prozent für IVF-Behandlungen, 31,7 Prozent für ICSI, sowie 25,0 Prozent für Behandlungen nach Kryotransfer.



Eine aussagekräftige Kennzahl für den tatsächlichen Erfolg von künstlichen Befruchtungen stellt aber die sogenannte „Baby-take-home-Rate“ (BTHR) dar. 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. Die BTHR lag 2014 bei 20,6 Prozent für IVF, bei 20,5 Prozent für ICSI sowie bei 16,1 Prozent für Behandlungen nach Kryotransfer.



3. Rechtliche Grundlagen



Quelle: www.fotolia.com/id/121878091#

Embryonenschutzgesetz ESchG

In Deutschland wurde ein großer Fortschritt im Bereich der Fortpflanzungsmedizin durch die Einführung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) im Jahr 1991 erreicht. Das Gesetz regelt den gewissenhaften Umgang mit entstehendem Leben und dient dazu, missbräuchliche Anwendungen von Fortpflanzungsmethoden zu verhindern. Nur Ärzte dürfen eine künstliche Befruchtung sowie Präimplantationsdiagnostik und die Übertragung eines Embryos in die Frau durchführen. Die Anzahl der befruchteten und in die Frau übertragenen Embryonen werden überwacht. Ein Verbot existiert für die Eizellspende an Dritte sowie für Leihmutterschaften. Das Forschungsausmaß wird ebenfalls gesetzlich bestimmt. Experimente mit Embryonen sind, wenn auch in anderen Ländern zum Teil erlaubt, in Deutschland streng verboten. So ist es untersagt, Erbinformationen einer menschlichen Keimbahnzelle künstlich zu verändern oder diese zu befruchten. Zudem dürfen keine menschlichen Klone entstehen. Es ist verboten, menschliche Embryonen mit gleicher Erbinformation eines anderen Embryos, eines Fötus oder eines Menschen (lebend oder verstorben) entstehen zu lassen. Zudem unterliegt die Bildung von Chimären oder Hybriden gesetzlichen Strafen.

INFO

Klon: genetisch identische Individuen von bereits existierenden Lebewesen

Chimäre: Organismus aus genetisch unterschiedlichen Zellen und Geweben

Hybrid: Organismus hervorgegangen aus der Kreuzung verschiedener Arten

Sozialgesetzbuch V

Der Anspruch auf eine Krankenbehandlung ist im Fünften Buch der Sozialgesetzgebung festgehalten.

§ 27

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

§ 27 a

Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Maßnahme muss nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein.
- Es muss hinreichend Aussicht bestehen, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine hinreichende Aussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.
- Die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, müssen miteinander verheiratet sein.
- Ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten dürfen verwendet werden.
- Die Ehegatten müssen sich vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte unterrichten und von dem Arzt an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überweisen lassen, denen eine Genehmigung nach § 121 a (Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen) erteilt worden ist.

Weitere Regelungen

Der Anspruch auf die Behandlung beinhaltet klare Altersgrenzen: er besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben, jedoch nicht für weibliche Versicherte, die bereits das 40. oder für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Außerdem ist der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.

Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen im Idealfall bei den ersten drei Behandlungen 50 Prozent der genehmigten Kosten der Maßnahmen. Die anteilige Kostenübernahme durch die Krankenkassen wird ergänzt durch die Eigenbeteiligung der Versicherten von ebenfalls 50 Prozent. Diese Eigenbeteiligung gilt nicht als Zuzahlung und bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze deshalb unberücksichtigt.

Trotz dieser komplexen Rechts- und Gesetzeslage existieren weiterhin viele ungelöste Probleme – wie die finanzielle Unterstützung der Fortpflanzungsbehandlung durch die Krankenkassen, verschiedene religiöse Sichtweisen, ethische Fragen und schließlich rechtliche sowie organisatorische Lücken.

4. Zielgruppe: Menschen mit Migrationshintergrund



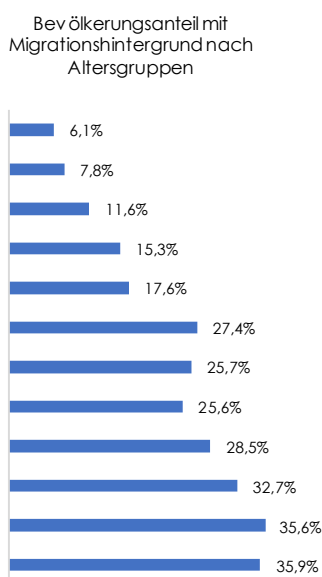
Quelle: www.fotolia.com/id/91629366#

INFO

Menschen mit Migrationshintergrund sind nach Definition des Statistischen Bundesamtes "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil".

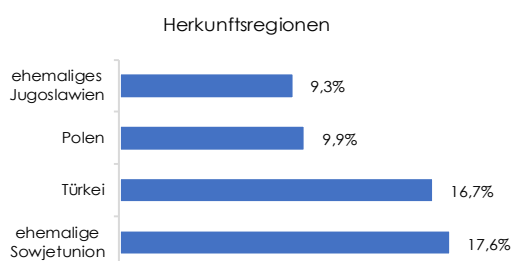
Altersverteilung

Immer mehr Menschen in Deutschland sind entweder selbst aus dem Ausland zugewandert oder haben ausländische Wurzeln. Ende 2015 lebten in der Bundesrepublik 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, was einem Bevölkerungsanteil von etwa 21 Prozent entspricht. In vielen Städten hat jedes zweite Kind einen Migrationshintergrund. In der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen liegt der Migrationshintergrund deutschlandweit bei über einem Viertel. Diese sind überwiegend selbst zugewandert. In den jüngeren Altersgruppen gehört dagegen die Mehrheit zur zweiten Zuwanderergeneration, die in Deutschland geboren sind.



Wichtigste Herkunftsregionen

Die vier wichtigsten ausländischen Herkunftsregionen sind die ehemalige Sowjetunion (17,6 Prozent), die Türkei (16,7 Prozent), Polen (9,9 Prozent) sowie das ehemalige Jugoslawien (9,3 Prozent). Zusammengekommen haben über die Hälfte (53,5 Prozent) der Personen mit Migrationshintergrund Wurzeln in einer dieser vier Regionen.

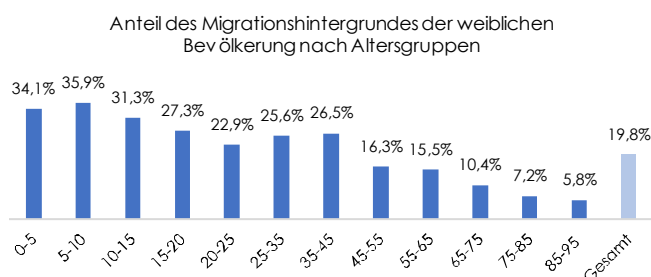


NeWiRe: Verstärkter Blick auf Migration

Aktuell gelten Menschen mit Migrationshintergrund immer noch als schwer erreichbare Zielgruppe, sowohl für das Gesundheitssystem als auch in der Gesundheits- und Sozialforschung. Aus diesem Grund konzentriert sich die NeWiRe-Bevölkerungsbefragung auf ausländische Herkunftsgruppen, wobei es sich auf die vier häufigsten Herkunftsregionen (ehemalige Sowjetunion, Türkei, Polen, ehemaliges Jugoslawien) beschränkt. Eine deutsche Gruppe ohne Migrationshintergrund dient zum Vergleich.

Frauen mit Migrationshintergrund

Ende 2014 lebten in Deutschland insgesamt 8,2 Millionen Frauen mit Migrationshintergrund. Ihr Anteil an der gesamten weiblichen Bevölkerung steigt stetig an und liegt bei 19,8 Prozent. Frauen mit Bezug zur ehemaligen Sowjetunion oder zu Polen sind meist selbst zugewandert, während aus der Türkei stämmige Frauen zwischen 15 und 45 Jahren mehrheitlich in Deutschland geboren sind.



Durch ihren stetig wachsenden Anteil an der Bevölkerung gewinnen Frauen mit Migrationshintergrund auch als Zielgruppe der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Das gilt insbesondere für das medizinische Teilgebiet der Reproduktionsmedizin, da Frauen mit Migrationshintergrund in den gebärfähigen Altersgruppen bereits etwa ein Viertel der Bevölkerung darstellen (Tendenz steigend). Zudem scheint hier das Frauenbild häufig mit einer konservativen Mutterrolle verbunden zu sein, sodass ein Ausbleiben des Nachwuchts in bestimmten Herkunftsgruppen ein sehr wichtiges Thema darstellt.

5. Wissen über Fertilität und Reproduktionsmedizin



Quelle: www.fotolia.com/id/134404075#

Das Wissen in der Bevölkerung über die menschliche Fertilität im Allgemeinen und die Reproduktionsmedizin im Speziellen weist deutliche Lücken auf. Das haben Studien sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern nachgewiesen. Besonders problematisch ist dabei, dass vielen Menschen die große Altersabhängigkeit der weiblichen Fruchtbarkeit nicht bewusst ist. Oft wird der eigene Kinderwunsch im überzogenen Vertrauen auf die eigene Fertilität aufgeschoben. Aus einer freiwilligen kann so in vielen Fällen eine ungewollte Kinderlosigkeit werden. Hinzu kommt eine weit verbreitete Überschätzung der Erfolgsraten reproduktionsmedizinischer Maßnahmen.

Einflussfaktoren

Als mögliche Einflussfaktoren für das Wissen über Fertilität und Reproduktionsmedizin wurden bisher das Geschlecht, der formale Bildungsgrad und die ökonomische Situation fokussiert. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher auch der Wissensstand über Fertilität. Zudem wissen Frauen im Vergleich zu Männern häufig mehr über altersabhängige Fruchtbarkeit und Behandlungsmöglichkeiten assistierter Reproduktion. Weitere positive Faktoren sind Erwerbstätigkeit, sowie das Leben in einem Land mit sehr hohem Index menschlicher Entwicklung (Human Development Index - HDI). Letzterer stellt einen Wohlstandsindikator für Staaten dar. Hierbei werden neben dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf auch die Lebenserwartung und die Bildungsdauer berücksichtigt. Anhand der NeWiRe-Bevölkerungsbefragung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund können zudem Aussagen zum Einfluss des Migrationshintergrunds gemacht werden.

Auswirkungen von Migrationshintergrund

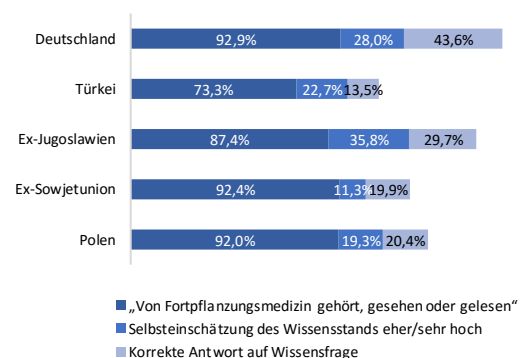
Der Begriff „Fortpflanzungsmedizin“ ist dem Großteil der Frauen, unabhängig von der Herkunftsregion, bekannt. So geben ca. 87 Prozent bis ca. 92 Prozent unter den 5 Vergleichsgruppen an, davon gehört zu haben. Bei den Frauen mit türkischem Hintergrund liegt der Wissensstand mit ca. 73 Prozent etwas darunter. Der eigene Wissensstand zum Thema wird durchgehend eher gering eingeschätzt. Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien schätzen zu gut einem Drittel ihren Wissensstand als „eher oder sehr hoch“ ein, alle anderen sind zurückhaltender. In der ex-sowjetischen Gruppe sind es nur 11 Prozent.

Fertilität: Wissensdefizite

Um einen Hinweis auf das tatsächliche Wissen der Frauen rund um den Themenkomplex Fortpflanzung und Fertilität zu bekommen, wurden sie gefragt, ab wann ihrer Meinung nach die Fruchtbarkeit der Frau langsam abnimmt. Zur Wahl standen die Optionen „ab 25 Jahren“, „ab 30 Jahren“, „ab 35 Jahren“, „ab 40 Jahren“, „ab 45 Jahren“ und „in den Wechseljahren“. Sowohl „ab 25 Jahren“ als auch „ab 30 Jahren“ wurden als korrekte Antworten gezählt.

Viele Frauen schätzen ihren Wissensstand über Fortpflanzungsmedizin lediglich als „mittelmäßig“ ein. Zwar haben die Befragten mehrheitlich über das Thema Reproduktionsmedizin gehört, gesehen oder gelesen, dennoch wurde die konkrete Wissensfrage zum altersbedingten Ausbleiben der weiblichen Fertilität mehrheitlich falsch beantwortet. In den verglichenen Gruppen war eine zutreffende Antwort nur in mäßigem bis geringem Maße vorhanden.

Wissen und Bewusstsein v on Reproduktionsmedizin



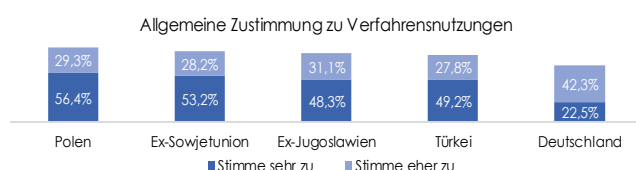
Bei Frauen ohne Migrationshintergrund waren knapp 44 Prozent, bei Frauen aus Ex-Jugoslawien knapp 30 Prozent, bei Frauen mit polnischem oder ex-sowjetischem Hintergrund nur jede Fünfte richtig über die altersbedingte Abnahme der Fertilität informiert, und von den aus der Türkei stämmigen Frauen konnten nur 13,5 Prozent die Frage korrekt beantworten. Dies deutet auf ein teilweise eklatantes Defizit im Fertilitätswissen hin. Dennoch besteht über alle Bezugsregionen hinweg ein eher geringes bis sehr geringes Interesse an weiteren Informationen, was wiederum die Aufgeklärtheit über Fertilität und eigene Nutzung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen erschwert.

6. Akzeptanz von Reproduktionsmedizin und Bereitschaft zur Nutzung

Das Meinungsbild zur Reproduktionsmedizin stellt sich in früheren Studien durchaus positiv dar. Die Akzeptanz ist sowohl international als auch in Deutschland hoch. Die Mehrheit aller Gruppen in der NeWiRe-Befragung stimmten der Aussage zu, dass Paare, die von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind, alle medizinischen Techniken nutzen sollten, um leibliche Kinder zu bekommen. Die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen wird offensichtlich als soziale Normalität angesehen und akzeptiert.

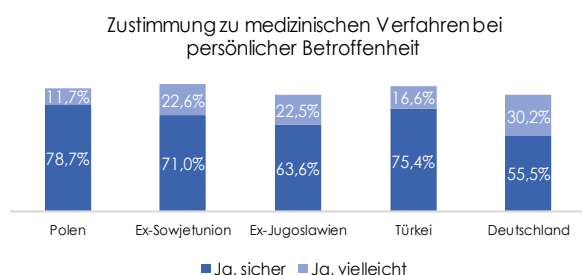
Akzeptanz von Reproduktionstechniken

Unter den Frauen mit Migrationshintergrund ist die Akzeptanz, Reproduktionsmedizin zu nutzen deutlich stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund. Die generelle Zustimmung, alle zur Verfügung stehenden Mittel zu nutzen, um leibliche Kinder zu bekommen, ist sehr hoch und schwankt nur wenig zwischen den ausländischen Bezugsregionen von 77 Prozent (Türkei) bis 86 Prozent (Polen). Auffällig ist auch, dass in allen ausländischen Herkunftsgruppen etwa die Hälfte der Aussage sogar „sehr“ zustimmt, während nur 22,5 Prozent der Deutschen ohne Migrationshintergrund dies so sehen.



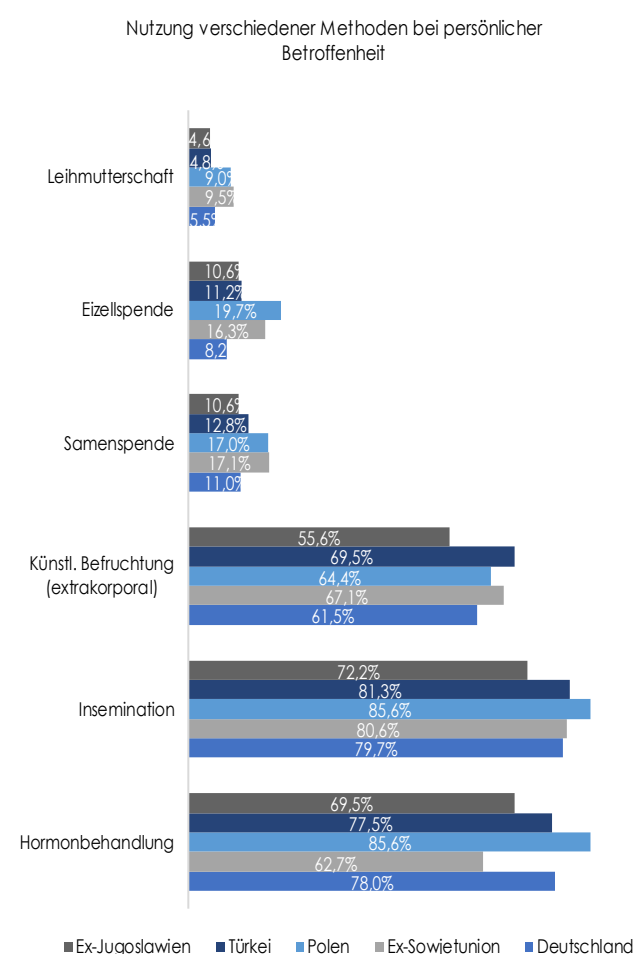
Nutzung spezifischer Verfahren

Falls sie selbst einen unerfüllten Kinderwunsch hätten, wären die Befragten über alle Bezugsregionen hinweg zum Großteil bereit, Fortpflanzungsmedizin zu nutzen. Bejaht wird dies von 94 Prozent (Ex-Sowjetunion) bis 86 Prozent (Deutschland). Auch hier wird deutlich, dass Frauen ohne Migrationshintergrund der Reproduktionsmedizin etwas skeptischer gegenüber stehen: nur 56 Prozent würden als Betroffene „sicher“ medizinische Verfahren nutzen. In den Migrationsgruppen ist dieser Wert mit 64 (Ex-Jugoslawien) bis 79 Prozent (Polen) weitaus höher.



Insbesondere eine Behandlung mit homologen Methoden (Samen / Eizelle vom Partner) können sich viele Befragte vorstellen, heterologe Vorgehensweisen (Samen / Eizelle vom Spender) werden hingegen eher kritisch gesehen.

So kann sich ein großer Anteil an Frauen von 95 Prozent (Polen) bis 67 Prozent (Ex-Sowjetunion) eine Behandlung mit Hormonen vorstellen, um die Chance auf eine Schwangerschaft zu erhöhen. Auch 95 Prozent (Polen) bis 85 Prozent (Ex-Jugoslawien) aller befragten Frauen würden eine Insemination mit dem Samen ihres Partners durchführen. Die Nutzung einer künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers wird hingegen weniger häufig bejaht. Die Werte liegen hier zwischen 76 Prozent (Türkei) und 66 Prozent (Ex-Jugoslawien). Auch eine Samenspende durch einen anonymen Spender wird eher abgelehnt. So würden lediglich 19 Prozent (Polen) bis 13 Prozent (Ex-Jugoslawien) der befragten Frauen diese Methode zur Kinderwunscherfüllung in Anspruch nehmen.



Methode nutzen.

Weiterhin wurde auch die Einstellung zu den in Deutschland verbotenen Verfahren der Eizellspende (Einsetzen einer befruchteten Eizelle einer anderen Frau in die eigene Gebärmutter) und Leihmutterschaft (Austragen der Schwangerschaft durch eine andere Frau) erfragt. Für 22 Prozent (Polen) bis 10 Prozent (Deutschland) aller Befragten käme eine Eizellspende in Betracht, um die Kinderlosigkeit zu umgehen. Auch eine Leihmutterschaft würden fast alle Frauen ablehnen, lediglich 10 Prozent (Ex-Sowjetunion) bis 5 Prozent (Türkei) würden diese Methode nutzen.

7. Familien- und Frauenbilder im Vergleich



Quelle: www.fotolia.com/id/133388918#

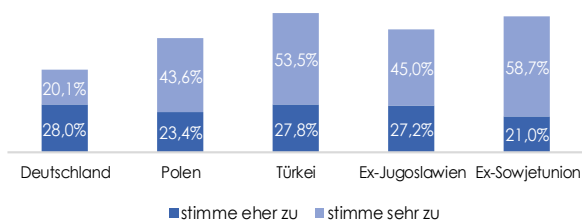
Familienstand

Frauen aus allen Bezugsregionen sind zum größten Teil verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Frauen ohne Migrationshintergrund sind deutlich häufiger nicht verheiratet oder in einer Lebenspartnerschaft eingetragen. So gibt jede 4. Frau an, ledig zu sein. Ungefähr die Hälfte aller genannten ledigen Frauen sind dennoch in einer festen Partnerschaft. Hingegen zeigt sich, dass Frauen mit einem Migrationshintergrund aus Ex-Jugoslawien und der Türkei seltener in einer festen Beziehung sind, ohne verheiratet oder in einer festen eingetragenen Lebenspartnerschaft zu sein. Auch die Scheidungszahlen unterscheiden sich zwischen den Bezugsregionen. So sind geschiedene Frauen in den Gruppen aus der Türkei und Ex-Jugoslawien im Vergleich weitaus seltener.

Kinder als Voraussetzung für ein erfülltes Leben

Kinder zu bekommen ist für die meisten Frauen aus den vier ausländischen Herkunftsregionen eine Grundvoraussetzung für ein erfülltes Leben und wird als soziale Norm angesehen. Besonders ausgeprägt ist diese Einstellung bei Frauen mit türkischem und ex-sowjetischem Hintergrund. Ungewollte Kinderlosigkeit kann für Frauen eine große psychische Belastung mit sich bringen. Unter den befragten Frauen der Bezugsregion Deutschland ist ein erfülltes Leben dagegen nicht zwingend mit Kindern verknüpft. So lehnen 18 Prozent aller befragten Frauen ohne Migrationshintergrund diese Aussage sogar ab.

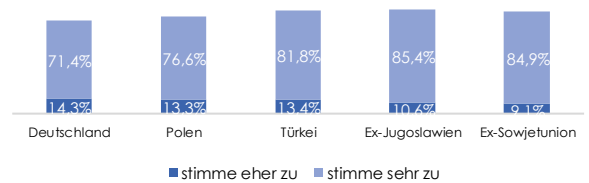
Eine Frau braucht Kinder für ein erfülltes Leben



Wichtigkeit eigener Kinder

Eigene Kinder zu haben ist allerdings für alle befragten Gruppen sehr wichtig, unabhängig davon, ob es als soziale Norm angesehen wird. Auch hier wird deutlich, dass Frauen mit Migrationshintergrund dem noch etwas mehr Bedeutung beimessen. Auffällig ist, dass 10 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund der Aussage („Für mich ist es wichtig, eigene Kinder zu haben“) eher bzw. überhaupt nicht zustimmen.

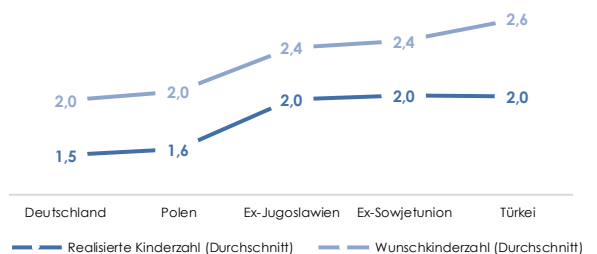
Es ist wichtig, eigene Kinder zu haben



Kinderzahl variiert je nach Herkunftsland

Zur Thematik reproduktionsmedizinischer Behandlung bei Frauen oder Paaren mit Migrationshintergrund liegen bislang, auch im internationalen Raum, kaum Befunde vor. Eine verstärkte Betrachtung ist insbesondere in Bezug auf die demografische Entwicklung in Deutschland relevant. Frauen mit Migrationshintergrund bekommen tendenziell mehr Kinder. Im Lauf ihres Lebens bekommen Frauen in Deutschland im Schnitt 1,47 Kinder, immerhin der höchste Wert seit der Wiedervereinigung. Bei den Frauen der Vergleichsnationalitäten ist die Kinderzahl deutlich höher. Für die Erhaltung der Bevölkerungszahl wäre ein Wert von 2,1 Kindern pro Frau notwendig.

Kinderzahl und Wunschkinderzahl der Frauen aus den verschiedenen Herkunftsregionen



8. Bildungsniveau und Sprachkenntnisse

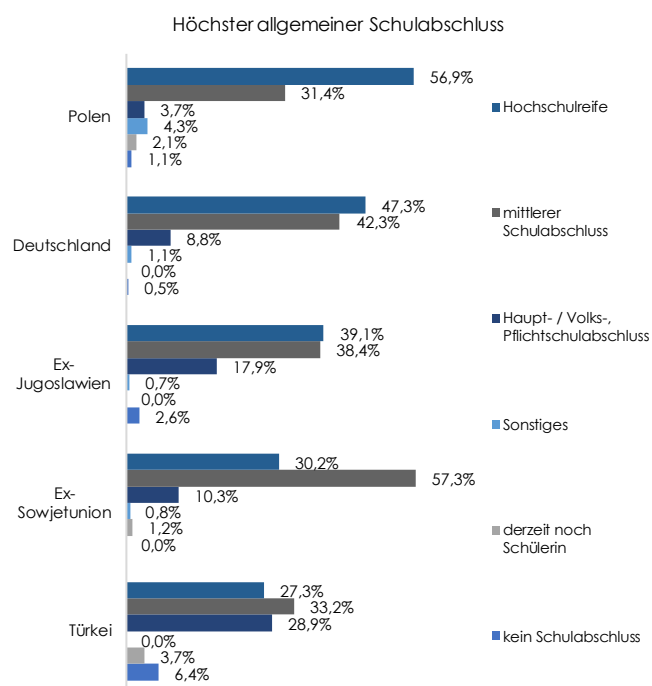


Quelle: www.fotolia.com/id/121848798#

In der öffentlichen Debatte über Bildungschancen von Menschen mit Migrationshintergrund ist oft das Argument im Fokus, dass sie im Vergleich niedrigere Schulabschlüsse erreichen oder mitbringen, als jene ohne Migrationshintergrund. Bei genauerem Blick muss dieses Bild jedoch relativiert werden.

Unterschiede bei Bildungsabschlüssen

So weisen Frauen mit polnischem Hintergrund in der NeWiRe-Studie mit fast 57 Prozent deutlich häufiger die Hochschulreife auf als die deutsche Vergleichsgruppe. Auch bei Frauen mit ex-jugoslawischer Herkunft ist die Hochschulreife der häufigste Abschluss. Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion haben die Schule dagegen überwiegend mit einem mittleren Abschluss verlassen; jede dritte Frau kann eine Hochschulreife nachweisen. Die niedrigsten Abschlüsse sind bei den Frauen mit türkischem Hintergrund zu finden; hier ist auch die Quote ohne Schulabschluss am höchsten, sowie die Angabe, noch Schülerin zu sein.

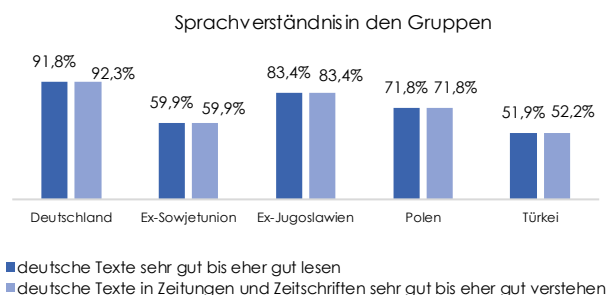


Bei zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, schon etwas von Fruchtbarkeitsmedizin gehört, gesehen oder gelesen zu haben. Weitaus stärker ist jedoch der Einfluss des Bildungsniveaus. Je höher der Bildungsabschluss, desto wahrscheinlicher ist es, dass bei den Frauen Wissen über dieses Thema existiert.

Sprachbarrieren

Frühere Studien haben gezeigt, dass die Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland über hinreichende Sprachkenntnisse verfügt, um sich im Alltag gut zu rechtzufinden. Es gibt allerdings Hinweise, dass einzelne Teilgruppen tendenziell über schlechtere Kenntnisse verfügen. Dazu zählen unter anderem türkische Frauen, die oftmals schlecht oder sehr schlecht deutsch sprechen. Die Folge sind häufig Verständigungsprobleme im Alltag, unter anderem auch bei der Rezeption von Gesundheitsinformationen oder der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten.

Aus diesen Verständnisproblemen kann ein begrenztes Verstehen von Diagnosen und Therapiemöglichkeiten folgen. Netzwerke professioneller Dolmetscher existieren nur selten; oft springen Kinder oder andere Verwandte ein. Kinder können jedoch Themen meist nicht hinreichend verstehen und wiedergeben; auch Scham und verletzte Intimitätsgrenzen sind von Bedeutung.



Die Ergebnisse aus der Befragung decken sich in Bezug auf türkeistämmige Frauen mit früheren Analysen. Knapp 20 Prozent geben an, deutsche Texte in Printmedien nur schlecht bzw. sehr schlecht zu verstehen und nur knapp über die Hälfte verstehen deutsche Texte gut oder sehr gut. Bei Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion ist die Verteilung etwas besser, aber auch hier geben über zehn Prozent ein schlechtes Verständnis an. Besonders gut schätzen Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien ihre Deutschkenntnisse ein. Ihre Werte liegen mit der Gruppe ohne Migrationshintergrund nahezu gleichauf.

9. Die Rolle von Religionen



Quelle: www.fotolia.com/id/37235308#

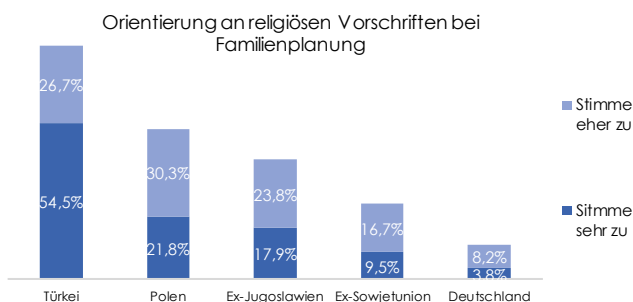
Die religiöse Vielfalt hat in Deutschland in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen. Noch knapp 60 Prozent der Bevölkerung gehören einer christlichen Konfession an, wobei sich Katholiken und Protestanten die Waage halten. Weitere 30 Prozent sind konfessionslos, in Ostdeutschland sogar über 70 Prozent. Rund 10 Prozent zählen sich zu anderen Religionen gehörend; die größte dieser Gruppen bilden die (in sich wiederum sehr heterogenen) muslimischen Glaubensgemeinschaften.

Wichtigkeit von Religion

Für 64 Prozent der Katholiken und für 58 Prozent der Protestanten ist Religion nach eigener Aussage ein wichtiger Teil ihres Lebens, bei den Muslimen liegt dieser Anteil deutlich höher (89 Prozent). Knapp 40 Prozent der Muslime schätzen sich selbst als „ziemlich“ oder „sehr“ religiös ein, dieser Wert bleibt bei Katholiken (26 Prozent) und Protestanten (21 Prozent) weitaus niedriger. Besonders bei türkeistämmigen und nordafrikanischen Muslimen ist die Religiosität stark ausgeprägt. Muslimische Frauen bezeichnen sich im Vergleich zu Männern tendenziell als gläubiger.

Familie und Religion

Die Bedeutung religiöser Vorschriften für die eigene Familienplanung ist, je nach konfessioneller Gruppe, sehr unterschiedlich ausgeprägt. Erwartungsgemäß spielen sie für Konfessionslose kaum eine Rolle, aber auch für evangelische und katholische Frauen haben religiöse Vorschriften für die Familienplanung tendenziell eine eher geringe Bedeutung. Die befragten Musliminnen sind die einzige Gruppe, die sich im Schnitt eher an religiöse Vorschriften hält.

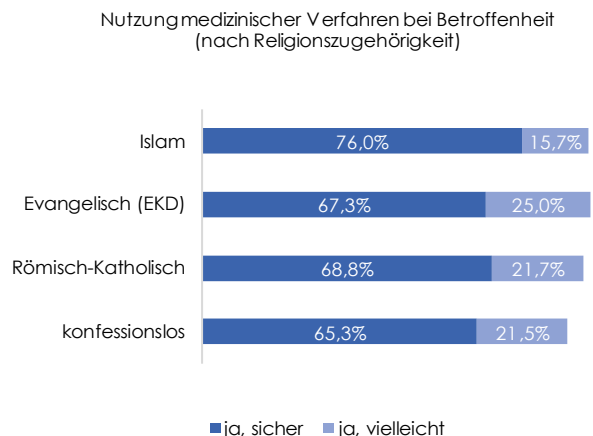


Kinderwunsch und Religion

Die Gesamtheit der befragten Frauen hat im Schnitt aktuell 1,8 leibliche Kinder, die endgültig gewünschte Kinderanzahl liegt bei 2,3. Konfessionslose Frauen haben bisher die wenigsten Kinder bekommen (1,56) und wünschen sich als einzige Gruppe im Schnitt weniger als zwei Kinder. Bei römisch-katholischen und evangelischen Frauen liegt die mittlere Kinderzahl etwas höher (1,67 bzw. 1,73), die gewünschte Zahl etwas über 2. Die höchste bereits realisierte Kinderzahl sowie den höchsten Kinderwunsch weisen muslimische Frauen auf: Sie haben im Schnitt bereits 2,06 und wünschen sich 2,66 Kinder.

Akzeptanz der Reproduktionsmedizin

Alle Befragten sind sich in der Tendenz einig, dass ungewollt kinderlose Paare alle fortpflanzungsmedizinischen Techniken nutzen sollten, um leibliche Kinder zu bekommen. Dieser Befund ist insbesondere vor dem Hintergrund der Auffassungen der Kirchen und Glaubensgemeinschaften interessant. Unterschiede zwischen den Befragten unterschiedlicher Religionen in der mittleren Zustimmung sind gering, lediglich Konfessionslose stimmen der Norm weniger zu.

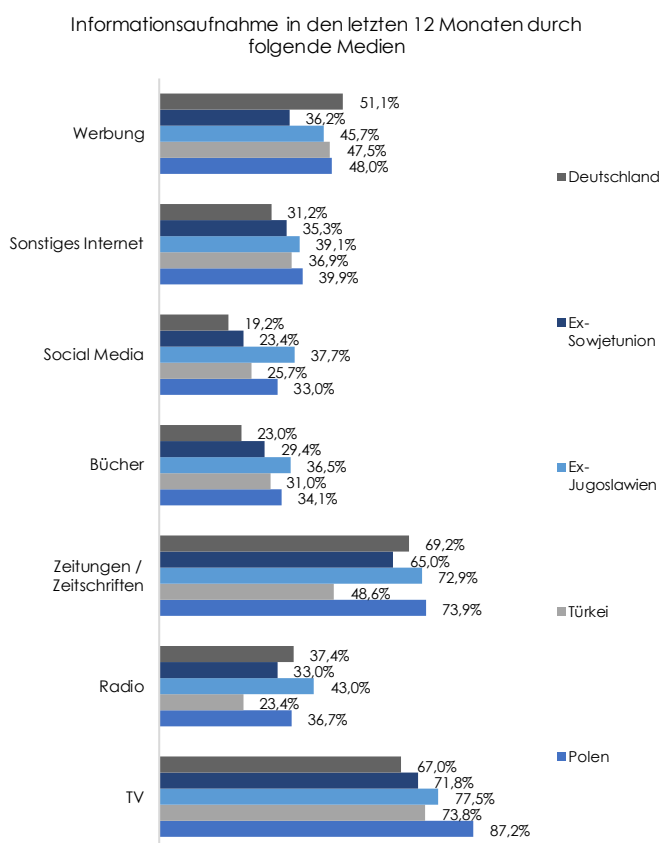


Falls sie selbst von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen wären, würde eine klare Mehrheit der Frauen auf medizinische Verfahren setzen, und zwar in allen konfessionellen Gruppen. Am stärksten positionieren sich Musliminnen: Von ihnen würden 76 Prozent sicher medizinische Verfahren nutzen, weitere knapp 16 Prozent zumindest eventuell. Aber auch in den anderen Glaubensgemeinschaften käme jeweils für über 90 Prozent der Frauen die medizinische Unterstützung zumindest vielleicht in Frage. Lediglich unter Konfessionslosen ist die Bereitschaft etwas geringer.

10. Medien und soziale Netzwerke als Informationsquellen

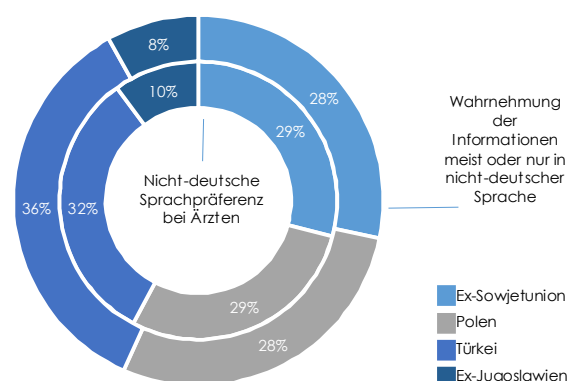
Überblick über Mediennutzung

Um sich medial zu den Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft oder Fortpflanzungsmedizin zu informieren, nutzen die befragten Frauen meistens das TV-Gerät. Zeitungen und Zeitschriften sind ebenfalls verbreitet, bei türkeistämmigen Frauen allerdings deutlich weniger. Sowohl das Radio als auch themenspezifische Bücher werden als Informationsquelle weniger häufig genutzt. Auch das Internet hat hier aktuell noch nicht die Bedeutung von TV oder Print und findet am häufigsten bei Frauen mit Bezugsregion Ex-Jugoslawien (37,7 Prozent) und Polen (33,0 Prozent) Anklang. Die Verwendung dieses Mediums ist bei Frauen ohne Migrationshintergrund am niedrigsten, lediglich 19 Prozent nutzen das Internet, um sich über Reproduktionsmedizin zu bilden. Dabei gilt es zu bedenken, dass hier Frauen unabhängig von einem eventuell unerfüllten Kinderwunsch befragt wurden. Personen, die tatsächlich von Infertilität betroffen sind, nutzen das Internet vermutlich häufiger als Informationsmedium, da es bei konkreten Anliegen aktiver und gezielter eingesetzt werden kann. Ebenfalls zu berücksichtigen ist der Effekt der digitalen Spaltung, wonach die unterschiedliche Nutzung des Internets nicht nur migrationsabhängig ist. Der Austausch von persönlichen Erfahrungen in weitgehend anonymen Internet-Foren stellt für Betroffene eine gute und sichere Möglichkeit dar, die eigene Situation zu schildern und darüber mit anderen ins Gespräch zu kommen, Verständnisfragen zu klären und den Wissensstand zu erhöhen.



Sprache als wichtiger Faktor

Die deutschen Sprachkenntnisse stehen in engem Zusammenhang mit der Sprache der Informationsquellen, über die sich die Frauen zu Themen wie Kinderwunsch, Schwangerschaft und Fortpflanzungsmedizin informieren. Knapp 90 Prozent der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien geben entsprechend an, sich überwiegend auf Deutsch zu informieren. Unter den Befragten aus der ehemaligen Sowjetunion, Polen und der Türkei ist der Anteil derer, die sich mehrheitlich in einer anderen Sprache informieren, deutlich höher. Auch in der Kommunikation mit Ärzten spielt Sprache eine wichtige Rolle, sowohl für das Verständnis als auch das psychische und physische Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund wurden die Frauen gefragt, in welcher Sprache sie am liebsten mit Ärzten sprechen würden, wenn sie es sich aussuchen dürften. Auch hier eine ähnliche Verteilung wie bei den vorherigen Fragen: Deutsche ohne Migrationshintergrund und Frauen aus Ex-Jugoslawien präferieren überwiegend die Kommunikation auf Deutsch, bei den Befragten aus Polen, der Ex-Sowjetunion und der Türkei gilt dies nur für etwa jede zweite Frau.



INFO

Digitale Spaltung (Digital Divide) beschreibt ein Phänomen, wonach mit dem Anstieg verfügbarer Informationen (v.a. durch das Internet) auch die Wissensunterschiede zwischen Besser- und Schlechtergestellten steigen. Die Nutzung hängt ab von materiellen (technische Zugangsmöglichkeit), aber vor allem auch bildungsbezogenen Ausprägungen (Vorverständnis und -wissen zur effektiven Nutzung des Mediums / Informationskanals).

11. Internetforen als Ressource



Quelle: www.fotolia.com/134194466#

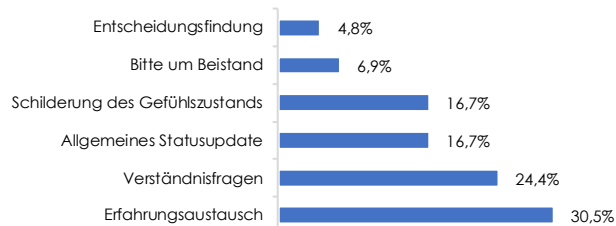
Über einen unerfüllten Kinderwunsch und dessen Therapie sprechen viele Paare und Einzelpersonen nur ungern. Sie fühlen sich unverstanden, haben Schamgefühle und möchten oft selbst im näheren sozialen Umfeld nicht offen darüber sprechen. Viele Betroffene nutzen deshalb das Internet, das inzwischen eine Vielzahl von Angeboten zur Information, Beratung und Kommunikation sowohl mit Expertinnen und Experten als auch anderen Betroffenen bereitstellt. Der Austausch in weitgehend anonymer Form in Online-Foren scheint eine gute Möglichkeit zu sein, über die eigene Situation zu sprechen.

Untersuchung im Projekt NeWiRe

Im Rahmen der Forschung zum Wissenstransfer zur Reproduktionsmedizin wurden die Kommunikationen im Kinderwunsch-Forum der Seite www.wunschkind.net analysiert, einem der größten deutschsprachigen Onlineforen. Insgesamt wurden 1.259 zufällig ausgewählte Forenthemen des Jahres 2013 analysiert, was in etwa 10 Prozent aller neuen Beiträge entsprach. Dabei wurde immer der Eröffnungsbeitrag einer Diskussion auf seine Struktur und seine zentralen Inhalte hin überprüft. Es ergaben sich sechs Strukturtypen, mit denen die grundlegende Intention nahezu aller Beiträge beschrieben werden konnte.

Konkrete Forschungsfragen waren dabei: *Mit welchen Anliegen wenden sich Nutzer an andere Betroffene? Welche Themen sind von herausragender Bedeutung? Welche Funktionen erfüllen Online-Diskussionsforen im Kontext der reproduktionsmedizinischen Behandlung? Und welche Bedeutung haben Online-Foren für den Wissenstransfer bezüglich Reproduktionsmedizin?*

Themengebiete in Internetforen



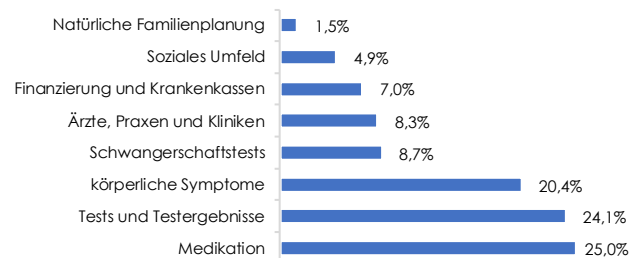
Austausch von Erfahrungen als zentraler Aspekt

Die Analyse zeigt, dass der Erfahrungsaustausch rund um ungewollte Kinderlosigkeit und Kinderwunschbehandlungen der vorrangige Grund ist, warum sich Nutzerinnen und Nutzer an die Community wenden. Besonders oft geht es dabei um Erfahrungen mit einschlägigen Medikamenten, körperlichen Symptomen oder Ärzten. Ebenfalls wichtig sind Verständnisfragen (häufig im Anschluss an Arzttermine oder zur Medikation) und Schilderungen des eigenen Gefühlszustands, der im Behandlungsverlauf oft von Frustration, Traurigkeit, aber auch immer wieder von Freude über abgeschlossene Behandlungsschritte oder positive Resultate geprägt ist.

Inhaltliche Schwerpunkte

Insgesamt konnten acht Schwerpunkte gebündelt werden. Besonders der Zusammenhang zwischen Medikation und körperlichen Symptomen ist ein häufiges Thema. Auffällig ist die nahezu völlige Absenz religiöser und moralischer Aspekte in den untersuchten Beiträgen, trotz der großen Rolle, die Kirchen und Religionsgemeinschaften in der gesellschaftlichen Debatte um die Reproduktionsmedizin spielen.

Inhaltliche Schwerpunkte



Wichtige Ergänzung zur Behandlung

Die aktiven Nutzer des Forums auf www.wunschkind.net zeigen großen Bedarf an informationeller wie emotionaler Unterstützung. Vorrangige Funktionen des Forums scheinen für die Nutzerinnen und Nutzer die Vernetzung („Ich bin nicht allein“), Empowerment (Reduktion der Abhängigkeit von Empfehlungen und Aussagen der Ärzte), sowie schnelle, unkomplizierte Hilfe (immer verfügbar, terminunabhängig) zu sein. In der peer-to-peer-Beratung zeigt sich eine starke „Expertisierung“ von Betroffenen. Die persönliche Interaktion ist zwar auf den schriftsprachlichen Austausch beschränkt, das Online-Forum bietet jedoch gegenüber klassischen Selbsthilfegruppen örtliche wie zeitliche Unabhängigkeit, eine größere Sammlung von Wissen und Erfahrung durch die höhere Teilnehmerzahl, sowie die fortwährende Verfügbarkeit auch älterer Beiträge. Die Anonymität ist gerade bei einem Thema wie ungewollter Kinderlosigkeit bzw. Unfruchtbarkeit ebenfalls ein wichtiger Aspekt.

Damit Betroffene in Online-Foren auch auf fachliche Ratschläge von Expertinnen und Experten zurückgreifen können, wären moderierte Foren eine wichtige und sinnvolle Ergänzung in der Beratungslandschaft.

12. Der Weg zu einer migrationssensiblen Beratung



Quelle: www.fotolia.com/122132723#

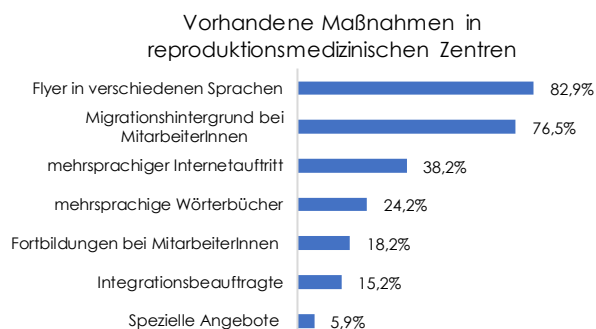
Immer noch gelten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland als schwer erreichbare Zielgruppe, sowohl für das Gesundheitssystem, als auch in der Gesundheits- und Sozialforschung. Im Rahmen der Online-Befragung haben 35 medizinische Mitarbeiter aus 28 deutschen IVF-Zentren Einblick in die vorliegende Beratungslandschaft gegeben. Knapp 20 Prozent der befragten Experten und Expertinnen geben an, dass für Menschen mit Migrationshintergrund speziell im Bereich der Reproduktionsmedizin noch immer spezifische Zugangsbarrieren existieren. Als Begründung hierfür werden vor allem das Sprachniveau, ein geringerer Wissensstand über die Reproduktionsmedizin sowie das geringe Einkommensniveau angegeben. Weiterhin sind auch das Bildungsniveau sowie kulturelle/religiöse Aspekte von Bedeutung.



Dennoch ist eine große Akzeptanz der Reproduktionsmedizin und eine hohe Bereitschaft zu deren Nutzung im Fall der eigenen ungewollten Kinderlosigkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund festzustellen. Möglicherweise besteht in einzelnen Herkunftgruppen eine Verknüpfung zwischen Frauenbild und Mutterschaft. Wenn der Nachwuchs ausbleibt, kann dies zu starken sozialen und psychischen Problemen beitragen. So ist besonders für Frauen mit Migrationshintergrund und unerfülltem Kinderwunsch sowohl eine beratende als auch therapeutische Unterstützung in der Reproduktionsmedizin von besonderem Interesse.

Maßnahmen

Als Zielgruppe für beratende wie therapeutische Angebote rund um die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft und Reproduktionsmedizin werden Frauen bzw. Paare mit Migrationshintergrund zunehmend wichtiger. Dies liegt einerseits an ihrem steigenden Bevölkerungsanteil, andererseits an einem stärker ausgeprägten Kinderwunsch als bei Frauen ohne Migrationshintergrund.



Spezifische Maßnahmen oder Konzepte für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sollten in Einrichtungen stärker gefördert werden, um die Chancengleichheit der medizinischen Versorgung und Aufgeklärtheit zu erhöhen. Zwar werden Flyer und anderes Informationsmaterial in Kinderwunschzentren häufig in verschiedenen Sprachen angeboten (82,9 Prozent) und häufig sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund vorhanden (76,5 Prozent), um unter Umständen andere Sprachkenntnisse und Sichtweisen einbringen zu können. Dennoch bieten knapp 62 Prozent der Zentren keinen mehrsprachigen Internetauftritt an. Dies kann nachteilig für Menschen mit Migrationshintergrund sein, da das Internet als Kommunikationskanal für den Wissenstransfer zwischen den reproduktionsmedizinischen Einrichtungen und der Bevölkerung eine große Rolle spielt. Weitere Aspekte einer migrationssensiblen Ausrichtung, wie etwa bereitstehende mehrsprachige Fachwörterbücher oder aber entsprechende Fortbildungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur selten implementiert. Noch seltener sind spezielle Integrationsbeauftragte in Zentren (15,2 Prozent), sowie spezielle Angebote für Migrantinnen und Migranten (5,9 Prozent).

Möglichkeiten der Verbesserung

Fortbildungen für Mitarbeiter sind in diesem Hinblick (noch) selten. Der Aufbau einer lokalen Vernetzung zwischen Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen, wie zum Beispiel das „Netzwerk Kinderwunsch Regensburg“ ist hierbei hilfreich. Ein weiterer Ansatz könnte die verstärkte Ausbildung im Bereich professioneller Sprachvermittlung und Gesundheitsmediation sein, wie beispielsweise die Angebote des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. Eine Basis wäre auch die vermehrte Übersetzung allgemein verständlicher Informationsmaterialien zu Familienplanung oder Reproduktionsmedizin in Herkunftssprachen, aber auch auf einen verständlichen und mehrsprachigen Internetauftritt zu achten, da viele Betroffene das Internet als Informationsquelle, neben Flyer und anderem Informationsmaterial, nutzen. So sind nicht nur mehrsprachige Internetauftritte von Behandlungsinstituten und Ärzten notwendig, sondern für eine verantwortungsvolle Informationsvermittlung moderierte Foren durch fachlich qualifizierte Personen zu stellen; sie können eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zur Informationsvermittlung und Aufklärung sein.

13. Wichtige Anlaufstellen

Organisationen

Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e.V.

Amsterdamer Weg 78
44269 Dortmund
Tel: 0231 56 76 31 81
Fax: 0231 9 06 24 51
E-Mail: geschaeftsstelle@repromedizin.de
Internet: www.repromedizin.de

Deutsches IVF Register e.V. (D.I.R)

Chausseestr. 58 C, Haus 3
10115 Berlin
Tel.: 030 39800 743
E-Mail: geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de
Internet: www.deutsches-ivf-register.de

Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen e.V.

Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D11
48149 Münster
Tel.: 0251 8354803, 8358698
Fax: 0251 8356093
E-Mail: verena.nordhoff@ukmuenster.de
Internet: www.agrbm.de

Dachverband Reproduktionsbiologie und -medizin e.V.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle
Tel. 0345 557 4782
Fax 0345 557 4788
E-Mail: info@dv-r.de
Internet: www.dv-r.de

Berufsverband Reproduktionsmedizin Bayern e.V. (BRB e.V)

Blindheimer Str. 10
89420 Höchstädt / Donau
Tel: 09074 9568-161
Fax: 09074 9568-162
Internet: www.br-bayern.de

Das Thema in den Medien

3sat: Baby nach Plan - Die moderne Reproduktion
(<http://www.3sat.de/mediathek/?obj=48644>)

3sat: Zukunft der Reproduktionsmedizin
(<http://www.3sat.de/mediathek/?obj=48644>)

Beratung und Information

Netzwerk Kinderwunsch Regensburg

<http://www.netzwerk-kinderwunsch-regensburg.de/>

Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland

<http://www.bkid.de/aktuelles.html>

Mit Migranten für Migranten (MiMi)

http://ethno-medinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34

Informationsseite des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ)

www.informationsportal-kinderwunsch.de

Informationsseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

www.familienplanung.de/kinderwunsch

Internetlinks

Informationen zu Körper, Sexualität und Partnerschaft in 12 Sprachen: www.zanzu.de

Such- und Beratungsportal von DER TAGESSPIEGEL
www.gesundheitsberater-berlin.de/praxis/krankheiten-von-a-z/reproduktionsmedizin

Fachliteratur

Khaschei, K., Feibner, T. (2012): Hoffnung Kind. Wege und Perspektiven zum erfüllten Kinderwunsch. Berlin, Stiftung Warentest.

Kleinschmidt, D., Thorn, P. & Wischmann, T. (Hrsg.) (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Stuttgart, Kohlhammer.

Wischmann T, Stammer, H. (2016): Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Kohlhammer, Stuttgart (5., überarbeitete Auflage).

Literatur

Atighetchi, D. (2000). Islamic tradition and medically assisted reproduction. In: *Molecular and Cellular Endocrinology*, 169(1-2), 137-141.

Bernard, A. (2014). Kinder machen. Samenspende, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Frankfurt a.M., S. Fischer.

Borde, T. (2009). Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Gesundheitsförderung konkret*, 12, 18-31.

Brandes, I. et al. (2008). Relevanz patientenorientierter kultursensibler Angebote für RehabilitandInnen mit Migrationshintergrund. In: *Das Gesundheitswesen*, 70(07), A51.

Bundesministerium des Innern. (2011). *Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*. Berlin, BfM.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Ehe, Familie, Werte – Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. In: *Monitor Familienforschung. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik*, Band 24. Berlin.

Çil, N. (2008). Stigma und Mobilität: Umgangsstrategien mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen von Nutzer/innen türkischer Herkunft. In: Borde, T., David, M. *Frauen-gesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag, 157-166.

David, M., Kentenich, H., & Borde, T. (2009). Sterilität und Sterilitätstherapie bei Migrantinnen - eine Standortbestimmung. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 6(2), 58-62.

Deutsches IVF-Register (2016). *D.I.R. Jahrbuch 2015*. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 13 (1) 2016.

Dimitrova, D. et al. (2016). Erste Ergebnisse der Expression V Studie – Berliner Umfrage zu Erwartungen und Wünschen von Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund und gynäkologische Malignome. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(3), 76-A6.

Fürnkranz-Prskawetz, A. et al. (2012). Demographische Analyse der Fertilitätsentwicklung. In: Stock, G. et al. (Hrsg.): *Zukunft mit Kindern: Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Frankfurt am Main: Campus, 116-197.

Haug, S. & Sauer L. (2007). Zuwanderung von Spätaussiedlern in Deutschland. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften*, (3-4), 413-442.

Haug, S., Müssig S., & Sticks A. (2009). *Muslimisches Leben in Deutschland*, Forschungsbericht Nr. 6, Nürnberg, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kadi, S. & Wiesing, U. (2015). Uniformed Decisions? The Online Presentation of Success and Failure of IVF and Related Methods on German IVF Centre Websites. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75(12), 1258-1263.

Kentenich, H. et. al (2014). *Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen*, Gießen, Psychosozial-Verlag.

Kuhnt, A.K. & Trappe, H. (2013). Easier said than done: Childbearing intentions and their realization in a short-term perspective. In: MPIDR Working Paper 2013-018, Rostock, Max Planck Institut for Demographic Research.

Maier, I. et al. (2009). Barrieren von Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: *Das Gesundheitswesen*, 71(8-9), A159.

Mayer-Lewis, B. & Rupp, M. (Hrsg.) (2015). *Der unerfüllte Kinderwunsch: Interdisziplinäre Perspektiven*. Opladen, Verlag Barbara Budrich.

Mieth, D. (2011). Reproduktionsmedizin (aus katholischer Sicht). In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 8(2), 30-33.

Diabaté, S. et al. (2016). Ähnlicher als man denkt?! - Ein Vergleich der Familienleitbilder von Personen mit türkischem und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. In: *Bevölkerungsforschung Aktuell* 37(2), 13-19.

Mayer-Lewis, B. & Neumann, R. (2014). *Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch*. ifb-Materialien 1-2014. Bamberg, Staatsinstitut für Familienforschung.

Onnen-Isemann, C. (2000). Wenn der Familienbildungsprozess stockt. Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktionsmedizinisch behandelter Partner. Berlin, Springer.

Passet-Wittig, J. et al. (2016). Prävalenz von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 13 (3), 80-90.

Passet-Wittig, J. et. al. (2014). The Pink Study – Methodology of the Baseline Survey of a Prospective Cohort Study of Couples undergoing Fertility Treatment, Daten- und Methodenberichte 1/2014, Wiesbaden, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

Passet-Wittig, J. et al. (2016). The Pink Study – Methodology of the Follow-up Survey of a Cohort Study of Couples Undergoing Fertility Treatment. *BiB Daten- und Methodenberichte* 4/2016. Wiesbaden, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

Pollack, D. & Müller, O. (2013). Religionsmonitor - verstehen was verbindet: Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Pöttsch, O. (2013). Kinderlosigkeit. In: Statistisches Bundesamt/WZB (Hrsg.). Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 61-63.

Razum, O. et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert-Koch-Institut.

Revermann, C. & Hüsing, B. (2011). Fortpflanzungsmedizin. Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, 32. Berlin, edition sigma.

Schmid, S. & Kohls, M. (2011). Generatives Verhalten und Migration. Eine Bestandsaufnahme des generativen Verhaltens von Migrantinnen in Deutschland. Forschungsbericht 10. Nürnberg, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Serour, G.I. & Dickens, B.M. (2001). Assisted reproduction developments in the Islamic world. In: International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 74(2), 187-193.

Smidt, M. & Wippermann, C. (2014). Kinderlose Frauen und Männer. Befragte mit Migrationshintergrund. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Statistisches Bundesamt. (2015). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt (Destatis).

Stöbel-Richter, Y. (2013). Familiengründung und reproduktive Gesundheit – welche Zusammenhänge gibt es? In: Das Gesundheitswesen, 75(8-9), A234.

Stöbel-Richter, Y., et al. (2012). What do you know about reproductive medicine? - results of a German representative survey. In: PLoS ONE, 7(12), 1-9.

Stöbel-Richter, Y. et al. (2008). Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – mit welchen Konsequenzen müssen wir uns auseinandersetzen? In: Zeitschrift für Familienforschung, 20(1), 34-61.

Trappe, H. (2013). Assistierte Reproduktion in Deutschland. Rahmenbedingungen, quantitative Entwicklung und gesellschaftliche Relevanz. In: Konietzka, D. & Kreyenfeld, M. (Hrsg.). Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 331-350.

Weblus, A.J., David, M. & Kantenich, H. (2014). Paare mit Migrationshintergrund in der Reproduktionsmedizin. In: Kantenich, H. et al. (Hrsg.). Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. Gießen, Psychosozial-Verlag, 113-121.

Weick, S. & Habich R. (2013). Einstellungen zu Familie und Lebensformen. In: Statistisches Bundesamt/WZB (Hrsg.). Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 64-68.

Wippermann, C. (2014). Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Wischmann, T. (2012). Einführung Reproduktionsmedizin. München, UTB.

Wolter, H. & Stark, S. (2009). Gesundheitshilfen für und mit Migranten – Voraussetzungen für erfolgreiche Integration im Gesundheitswesen. In: Das Gesundheitswesen, 71(6), 358-362.

Zillien, N. (2009). Digitale Ungleichheit. Neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft. 2. Auflage. Wiesbaden.

Impressum und Hinweise

Publikationen zum Projekt

Berg, L. (2016): Wenn das Wunschkind ausbleibt – Was Migrantinnen über Reproduktionsmedizin wissen. In: BMBF. Wissenstransfer zwischen Forschung und Gesellschaft. Ethische, rechtliche und soziale Aspekte des Wissenstransfers in den modernen Lebenswissenschaften, S. 40-41. <https://www.bmbf.de/pub/Wissenstransfer.pdf>.

Haug, S. & Vernim, M. (2015): Einstellungen zu und Wissen über Reproduktionsmedizin und Familienplanung bei Frauen mit Migrationshintergrund. Gesundheitswesen, Heft 8-9/2015, 77, S. 638.

Haug, S., Vernim, M. & Weber, K. (2017): Kinderwunsch und Kinderwunschbehandlung bei Frauen mit Migrationshintergrund – Studie über Wissen, Einstellungen und Informationsquellen. Pro Familia Magazin, Heft 1/2017, S. 24-28.

Vernim, M., Haug, S. & Weber, K. (2016): Internetforen bei unerfülltem Kinderwunsch. In: Österreichische Hebammenzeitung, 22, Ausgabe 05/16, S. 34-36.

Arbeitspapiere zum Projekt

Vernim, M., Barska, N. & Palma, L. (2015): Aktuelle Methoden und rechtliche Fragen der Reproduktionsmedizin in Deutschland. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 1.01.

Haug, S. & Vernim, M. (2015): Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 1.02.

Haug, S., Weber, K. & Vernim, M. (2015): Wissen über Fertilität und assistierte Reproduktion und Einstellung zur Reproduktionsmedizin in Deutschland und international. Stand der Forschung. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 1.03.

Haug, S. & Vernim, M. (2015): Religion und Reproduktionsmedizin. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 1.04.

Haug, S., & Vernim, M. (2015): Telefonische Befragung: Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin. Methodenbericht. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 2.01.

Haug, S., Vernim, M. & Paris, J. (2015): Telefonische Befragung: Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin. Deskriptive Analyse der Befragung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 2.02.

Vernim, M. & Paris, J. (2015): Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund als Zielgruppe reproduktionsmedizinischer Zentren. Befragung reproduktionsmedizinischer Zentren in Deutschland. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier 3.01.

Vernim, M., Weber, K. & Haug, S. (2016): Unerfüllter Kinderwunsch im Netz: Online-Foren als Kanal des Peer-to-Peer- Wissenstransfers am Beispiel der Reproduktionsmedizin. Eine Analyse des Forums wunsch-kinder.net. Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe). Arbeitspapier Nr. 4.01.

Impressum



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

IST

INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG
UND TECHNIKFOLGENABSCHÄTZUNG

Institut für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung (IST)

Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg (OTH)
Seybothstraße 2
93053 Regensburg

Autoren: Sonja Haug, Matthias Vernim, Thomas Schiffert

Prof. Dr. habil. Sonja Haug
sonja.haug@oth-regensburg.de

Prof. Dr. Karsten Weber
karsten.weber@oth-regensburg.de

Weitere Informationen zum Forschungsprojekt:
<http://bit.ly/2gn5BxG>

Weitere Informationen zu Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung (IST): www.oth-regensburg.de/ist