

# 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).

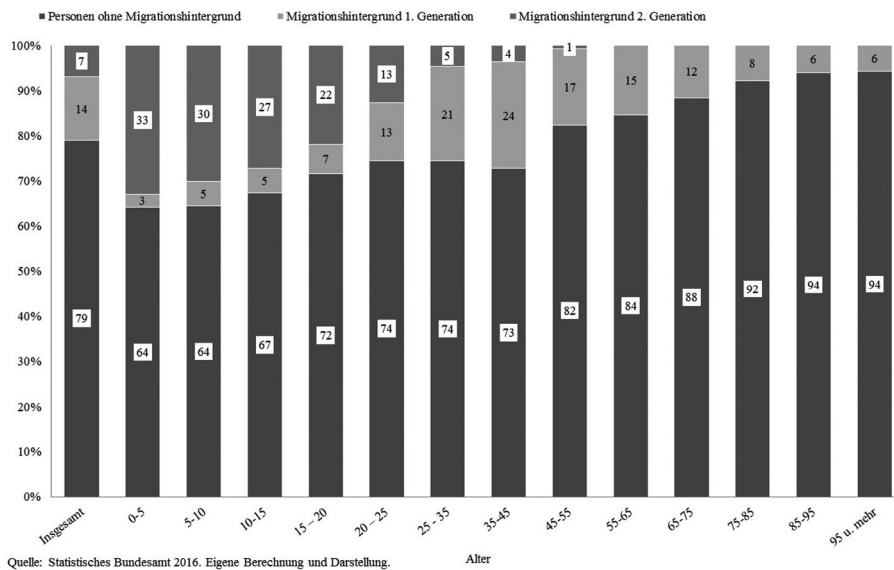


Abbildung 1: Bevölkerung in Deutschland nach Alter und Migrationshintergrund (2015)

### 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 (Helfferrich 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 (Brebuda 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 aufnahmelandsspezifischem 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. Kalaranta 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.

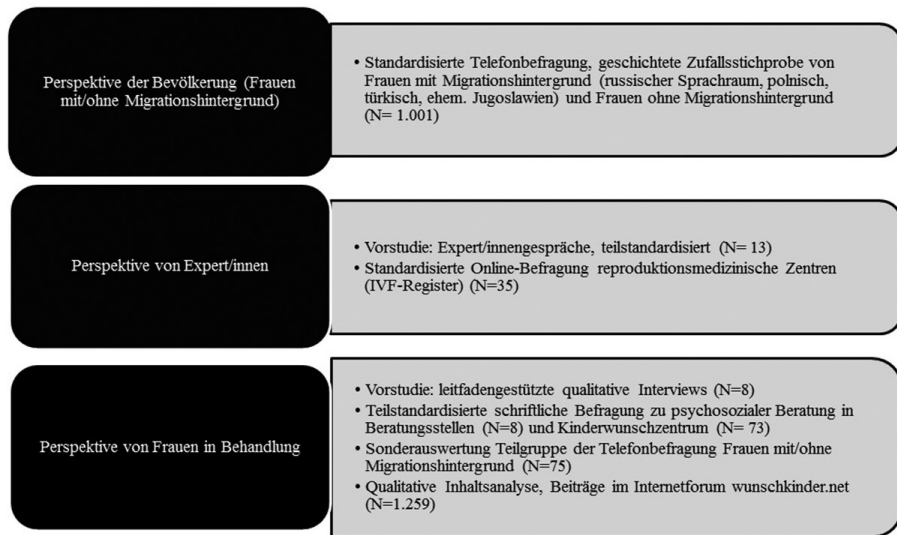


Abbildung 2: Zielgruppen, Teilstudien und Methoden des Projekts NeWiRe

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 [wunschkind.net](http://wunschkind.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 Miehlung 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).