

## 2.5 Infertilität und Reproduktionsmedizin in Deutschland

Jasmin Passet-Wittig

Bundesinstitut für  
Bevölkerungsforschung (BiB)

Der Wunsch nach einer Familiengründung oder einer bestimmten Kinderzahl lässt sich nicht immer erfüllen. Man spricht dann auch von einem unerfüllten Kinderwunsch. Für die betroffenen Personen oder Paare kann es sehr belastend sein, wenn Probleme bei der Umsetzung von Kinderwünschen auftreten. Letztlich geht es für viele bei der Familiengründung oder -erweiterung um ein zentrales Lebensziel. Dass es mit der Umsetzung eines Kinderwunschs nicht klappt, kann verschiedene Gründe haben. Womöglich fehlt der passende Partner oder die berufliche Situation ist prekär. Ein weiterer wichtiger Grund ist das Alter bei Beginn der Familiengründung.

Die Familiengründung wird im Lebensverlauf immer weiter aufgeschoben. Frauen sind heute bei der Geburt des ersten Kindes im Mittel 30,4 Jahre alt, Männer 33,3 Jahre. Der Aufschub von Geburten in ein höheres Alter geht mit einem erhöhten Risiko von biologischen Problemen bei der Umsetzung von Kinderwünschen einher, denn altersbedingt steigt das Risiko, von Infertilität betroffen zu sein. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Der Begriff Infertilität beschreibt das Ausbleiben einer Schwangerschaft innerhalb eines bestimmten Zeitraums, meist ein Jahr, trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs ohne Verhütung. Auf diese Definition haben sich internationale medizinische Fachgesellschaften geeinigt. Dies impliziert, dass die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, zumindest temporär reduziert ist.

Zur Behandlung von Infertilität gibt es die medizinisch assistierte Reproduktion. Seit Anfang der 1980er-Jahre, als in Deutschland das erste mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF) gezeugte Kind geboren wurde, haben sich die medizinischen Möglichkeiten rasant entwickelt. Neben der IVF ist die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) eine der wichtigsten Behandlungsmethoden. Bei beiden Verfahren findet die Befruchtung außerhalb des Körpers der Frau statt. Bei

der IVF werden Spermien und Eizelle in einem Reagenzglas zusammengebracht. Dagegen wird bei der ICSI ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle injiziert. Anschließend wird die befruchtete Eizelle in die Gebärmutter der Frau eingesetzt. Zur medizinisch assistierten Reproduktion zählen aber auch Hormonbehandlungen, Operationen zur (Wieder-)Herstellung der Fruchtbarkeit und Inseminationen. Bei Inseminationen werden Spermien in den Genitaltrakt der Frau übertragen. Auch Leihmutterschaft und Eizellspende zählen dazu. Beide Verfahren sind jedoch in Deutschland nicht erlaubt.

Die vorgestellte medizinische Definition von Infertilität fokussiert heterosexuelle Paare. Die Nutzung der medizinisch assistierten Reproduktion ist jedoch nicht auf diese beschränkt. Zum potenziellen Nutzerkreis zählen auch alleinstehende Frauen und Männer sowie gleichgeschlechtliche Paare. Wer genau die medizinisch assistierte Reproduktion nutzen darf, wer finanzielle Unterstützung bei der Nutzung erhält und welche Verfahren erlaubt sind, unterscheidet sich teilweise stark von Land zu Land. Innerhalb Europas wird bezüglich der unterschiedlichen Regulierung auch von einem »Flickenteppich« gesprochen.

### 2.5.1 Infertilitätserfahrungen im Lebensverlauf

In Welle W1A der aktuellen FREDA-Studie – dem deutschen familiendemografischen Panel – wurden Frauen und Männer gefragt, ob sie jemals für mindestens zwölf Monate erfolglos versucht haben, schwanger zu werden. ► [Info 1](#)

Abbildung 1 zeigt für Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen, wie viele schon einmal von Infertilität betroffen waren. Insgesamt gaben 10 % aller Männer an, irgendwann in ihrem Leben Infertilitätserfahrungen gemacht zu haben, bei den Frauen waren es 4 Prozentpunkte mehr. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, von Infertilität betroffen zu sein, zu. Am häufigsten werden

Fertilitätsprobleme von den 40 bis 44 Jahre alten Frauen und Männern genannt. Das Risiko für Frauen ist nicht nur insgesamt höher, es steigt auch früher. Das wird daran deutlich, dass bereits 6 % der 24- bis 29-jährigen Frauen Infertilitätserfahrungen gemacht hatten, dagegen waren es in dieser Altersgruppe nur 2 % der Männer. In Partnerschaften sind Frauen häufig jünger als Männer, sie beginnen früher mit der Familienplanung und werden deshalb auch früher auf Probleme bei der Umsetzung von Kinderwünschen aufmerksam. Anders als Frauen können Männer zwar bis ins hohe Alter Kinder zeugen, jedoch nimmt auch bei ihnen die Fruchtbarkeit mit dem Alter ab. Besonders wenn auch die Partnerin bereits älter ist, verstärken sich die Risiken beider Geschlechter. ▶ Abb 1

### 2.5.2 Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion

Immer mehr Personen oder Paare suchen medizinische Unterstützung bei der Erfüllung ihres Kinderwunschs, sei es beim Gynäkologen oder Urologen oder in einer der circa 140 spezialisierten Kinderwunschpraxen in Deutschland. In der FReDA-Studie wurde bei allen Befragten erfasst, ob jemals etwas unternommen wurde, um schwanger zu werden. Es konnten beliebig viele Behandlungen der medizinisch assistierten Reproduktion aus einer Liste ausgewählt werden oder, dass niemals medizinische Unterstützung genutzt wurde. Für die Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion wurden unter anderem Behandlungen wie Medikamente, IVF oder ICSI, Insemination und ärztliche Beratung berücksichtigt.

Die Frage bezieht sich auf die persönliche Nutzung, nicht auf das Paar. Das ist wichtig für das Verständnis der Geschlechterunterschiede in Abbildung 2.

Insgesamt hatten 12 % aller Frauen und 8 % aller Männer jemals medizinische Unterstützung genutzt, um eine Schwangerschaft herbeizuführen. In allen Altersgruppen war die Wahrscheinlichkeit der Nutzung bei den Frauen höher. Frauen tragen die Hauptlast der Behandlungen mit medizinisch assistierter Reproduktion und zwar unabhängig davon, ob die Ursache für die Infertilität bei der Frau oder beim Mann liegt. Deshalb ist es nicht überraschend, dass sie häufiger angeben, jemals medizinische Unterstützung verwendet zu haben. Am häufigsten gaben Frauen und Männer ab 35 Jahren an, jemals medizinische Unterstützung

▶ Info 1

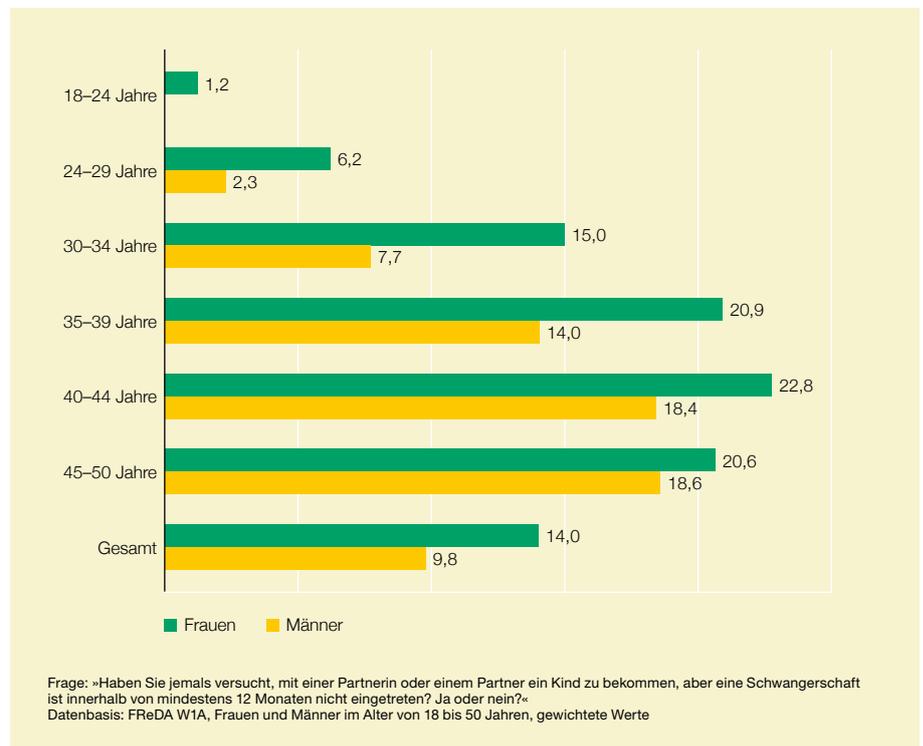
**FReDA – Das familiendemografische Panel**

Die wissenschaftliche Längsschnittstudie FReDA (»Family Research and Demographic Analysis«) befasst sich mit dem Thema Beziehungen und Familienleben in Deutschland. Dazu werden bundesweit zweimal im Jahr rund 30000 repräsentativ ausgewählte Menschen zwischen 18 und 55 Jahren beziehungsweise ihre Partnerinnen und Partner befragt.

Die erste FReDA-Erhebungswelle besteht aus drei Teilwellen (W1R, W1A, W1B). In diesem Kapitel wird auf Daten der Teilwelle W1A zurückgegriffen, die auf die Rekrutierungswelle W1R folgte und 22048 Befragte im Alter zwischen 18 und 50 Jahre umfasst. Die Feldphase begann im Juli 2021 und endete im September 2021.

Weitere Informationen zu FReDA: Martin Bujard, Tobias Gummer, Karsten Hank et al., FReDA – Das familiendemografische Panel. GESIS, Köln 2023. ZA7777 Datenfile Version 4.0.0, <https://doi.org/10.4232/1.14195>

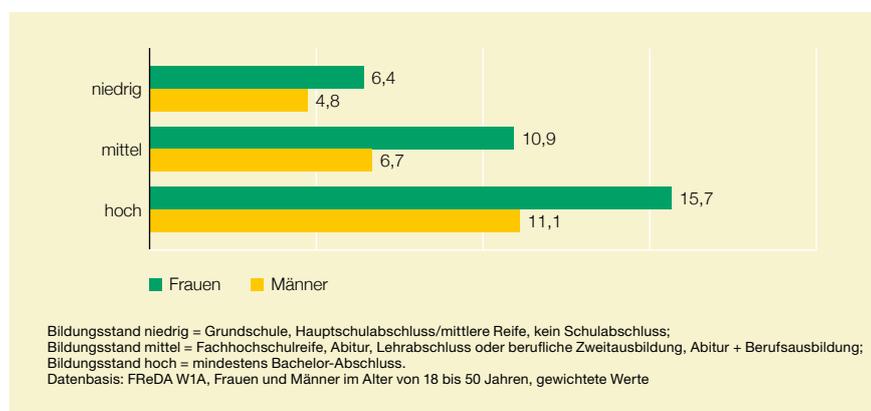
▶ Abb 1 Anteil der Frauen und Männer, die jemals mindestens 12 Monate erfolglos versucht haben, schwanger zu werden, nach Altersgruppen 2021 – in Prozent



► **Abb 2 Nutzung der medizinisch assistierten Reproduktion nach Altersgruppen 2021 — in Prozent**



► **Abb 3 Nutzung der medizinisch assistierten Reproduktion nach Bildungsstand 2021 — in Prozent**



verwendet zu haben. Das lässt sich damit erklären, dass ab 35 Jahren das Risiko von Infertilität, insbesondere bei Frauen, deutlich erhöht ist. ► [Abb 2](#)

### 2.5.3 Soziale Unterschiede in der Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion

In Deutschland ist die Nutzung der medizinisch assistierten Reproduktion sozial selektiv. In Abbildung 3 wird gezeigt, wie

sich die Wahrscheinlichkeit, jemals medizinische Unterstützungsangebote genutzt zu haben, nach dem Bildungsstand unterscheidet. Bei Frauen mit akademischer Bildung ist die Wahrscheinlichkeit um 9 Prozentpunkte höher als bei Frauen mit geringer Bildung. Bei den Männern mit akademischer Bildung ist sie um knapp 6 Prozentpunkte erhöht. ► [Abb 3](#)

Frauen und Männer mit hoher Bildung beginnen im Mittel später mit der

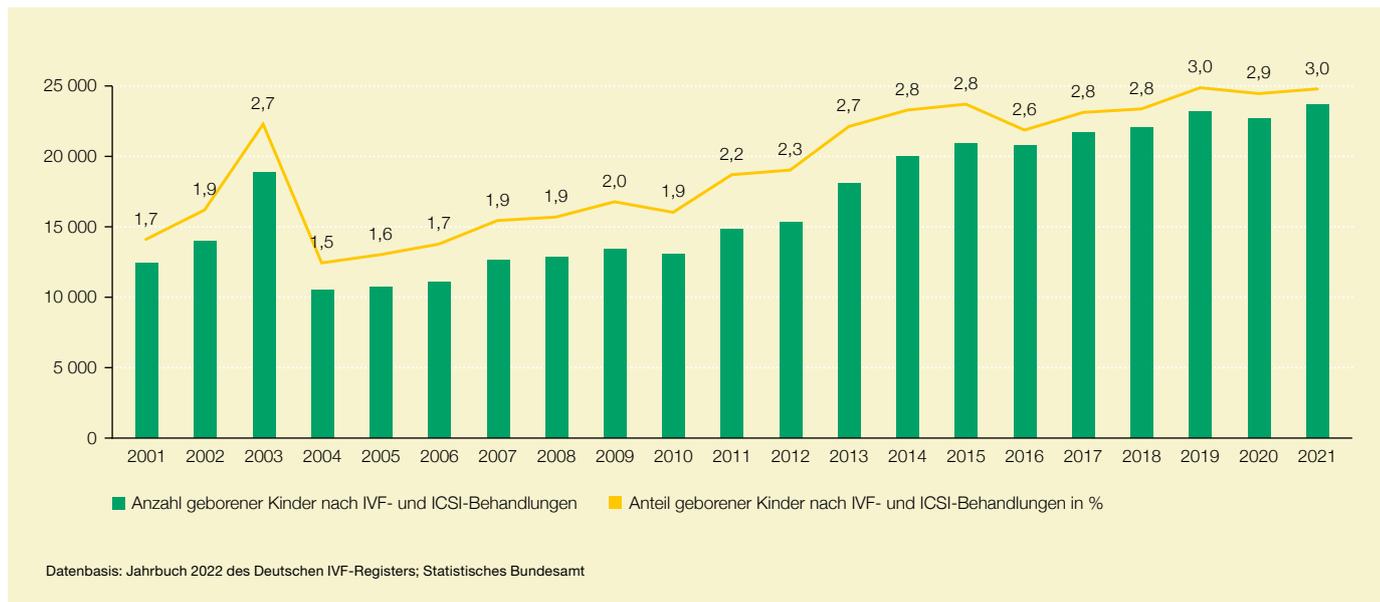
Familiengründung und sind deshalb häufiger auf medizinische Hilfe angewiesen. Darüber hinaus tragen aber auch andere Faktoren zu den Unterschieden bei. Ein Faktor ist das Wissen über Fruchtbarkeit und Behandlungsmöglichkeiten sowie über das Gesundheitssystem. Bei dem letztgenannten Punkt geht es darum, wo man relevante Informationen bekommt oder welche Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung es gibt. Dieses Wissen ist in niedrigeren Bildungsgruppen häufig weniger vorhanden. Personen mit geringer Bildung nutzen das Gesundheitssystem insgesamt weniger, gehen seltener zum Arzt und haben schon allein dadurch weniger Chancen, von Fertilitätsproblemen zu erfahren beziehungsweise zum weiteren Vorgehen beraten zu werden. Des Weiteren kann das Aufsuchen einer spezialisierten Kinderwunschpraxis für die sehr aufwendigen Behandlungen für sie eine Barriere darstellen.

Auch die finanzielle Situation einer Person oder eines Paares kann zur Selektivität der Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion beitragen. Reproduktionsmedizinische Behandlungen in Kinderwunschpraxen sind häufig mit erheblichen Kosten verbunden. Für eine IVF-Behandlung können sich die Kosten auf mehrere Tausend Euro belaufen. In Deutschland können ausschließlich verheiratete heterosexuelle Paare mit der Übernahme von 50 % der Behandlungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung für bis zu drei IVF oder ICSI-Behandlungen rechnen. Manche gesetzlichen Versicherer gehen freiwillig darüber hinaus, was den Personenkreis, den Anteil der übernommenen Behandlungskosten oder die Zahl der Versuche angeht. Auf Bundesländerebene kann es weitere Förderung geben. Trotzdem muss ein erheblicher Teil der Behandlungskosten durch die Betroffenen selbst getragen werden.

### 2.5.4 Demografische Bedeutung der Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion

Da sich immer mehr Personen beziehungsweise Paare an die Reproduktionsmedizin

► Abb 4 Anzahl geborener Kinder nach IVF- und ICSI-Behandlungen und ihr Anteil an allen Geburten



wenden, steigt die Zahl der jährlich durchgeführten Behandlungen und die Zahl der Geburten von mit medizinischer Unterstützung gezeugten Kindern seit Jahren an. Die in Abbildung 4 gezeigten Daten sind dem aktuellen Jahrbuch des deutschen IVF-Registers entnommen und bilden IVF- und ICSI-Behandlungen ab. Nicht erfasst werden in dem Register beispielsweise Inseminationen. Die Zahl der Geburten und damit der Anteil an allen Geburten wäre etwas höher, wenn Inseminationen einbezogen werden könnten. ► Abb 4

Der Beitrag, den die medizinisch assistierte Reproduktion zur Gesamtzahl der Geburten leistet, lässt sich im prozentualen Anteil der nach reproduktionsmedizinischer Behandlung erfolgten Geburten an allen Geburten ausdrücken. Dieser Anteil hat sich zwischen 2001 (1,7%) und 2021 (3%) annähernd verdoppelt. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im Mittelfeld. In Dänemark und Österreich lag der Anteil der Geburten nach reproduktionsmedizinischer Behandlung an allen Geburten im Jahr 2020 bei 5,7 beziehungsweise 6,3%. Am unteren Ende des Spektrums finden sich Länder wie Irland und Polen mit einem deutlich geringeren Anteil von 0,9 beziehungsweise 1,6%.

Die besonders hohen Geburtenzahlen im Jahr 2003 sowie der starke Rückgang 2004 sind auf eine Änderung in den Regelungen zur Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Jahresbeginn 2004 zurückzuführen. Die Kostenübernahme wurde von maximal vier Behandlungen zu 100% auf maximal drei Behandlungen zu 50% reduziert. Kurzfristig hatten die Betroffenen stark auf die Ankündigung dieser Änderung reagiert, indem sie Behandlungen vorzogen und bereits 2003 durchführen ließen. Dadurch wurde der Rückgang im Jahr 2004 noch verstärkt. Es hat dann einige Jahre gedauert, bis das Niveau von vor der Änderung der Übernahme der Kosten wieder erreicht wurde. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Kostenübernahmeregelungen ein wichtiger Faktor für das Verständnis der differierenden Nutzungszahlen im Ländervergleich sind.

Es kann also festgehalten werden, dass die medizinisch assistierte Reproduktion seit ihrer Einführung zunehmend an Bedeutung für die Geburtenentwicklung Deutschlands und vieler anderer Länder gewonnen hat. Die Forschung zeigt, dass gerade bei den späten Geburten ab Mitte 30 der Einfluss der medizinisch assistier-

ten Reproduktion relevant ist. Ein Teil dieser aufgeschobenen Geburten wäre ohne die medizinische Unterstützung möglicherweise nicht zustande gekommen.

Vor dem Hintergrund des Geburtenrückgangs, den viele Länder nach wie vor erleben, sollte der Einfluss der medizinisch assistierten Reproduktion auf die Geburtenentwicklung insgesamt jedoch nicht überschätzt werden. Die Forschungslage spricht dafür, dass die medizinisch assistierte Reproduktion nur einen überschaubaren Beitrag zur Abschwächung des Geburtenrückgangs über alle Altersgruppen hinweg leisten kann. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Nutzung medizinischer Unterstützung für die Betroffenen mit Kosten nicht nur finanzieller Art verbunden ist. Die Behandlungen können sowohl körperlich als auch psychisch belastend sein. Weiterhin sind die Erfolgsaussichten begrenzt. Nach drei IVF-Behandlungen tritt bei etwa einem von drei Paaren keine Schwangerschaft ein, wie die Zahlen im aktuellen Jahrbuch des deutschen IVF-Registers zeigen. Für die Betroffenen selbst ist und bleibt die sich ständig weiterentwickelnde medizinisch assistierte Reproduktion dennoch eine wichtige Handlungsoption.