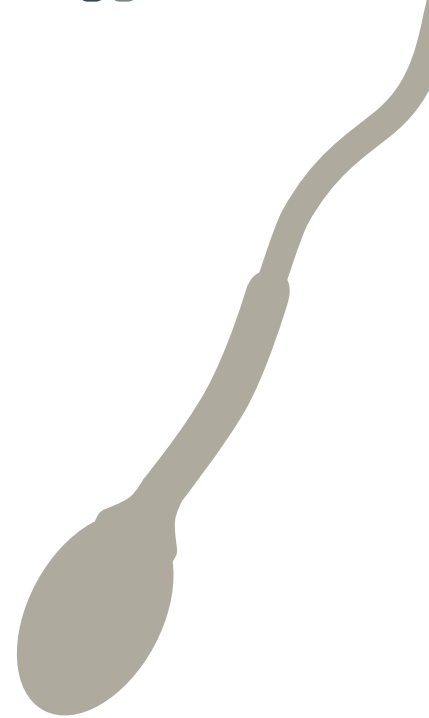


Ungewollt kinderlos

Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?



Ungewollt kinderlos

Was kann die moderne Medizin gegen den
Kindermangel in Deutschland tun?

Impressum

Herausgeber:

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Schillerstraße 59

10627 Berlin

Telefon (030) 22 32 48 45

Telefax (030) 22 32 48 46

e-mail: info@berlin-institut.org

www.berlin-institut.org

Erste Auflage

Juni 2007

Autoren:

Sabine Sütterlin, Iris Hoßmann (Berechnungen)

Organisation:

Christian Kutzner

Gestaltung:

Jörg Scholz, Köln (www.traktorimnetz.de)

Druck:

Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG, Köln

Das Berlin-Institut dankt der Serono GmbH, einem Unternehmen der Merck Serono S. A., für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Studie.

INHALT

| | |
|--|----|
| VORWORT: FAMILIE UND POLITIK | 4 |
| 1. DEUTSCHLAND IST EINES DER KINDERÄRMSTEN LÄNDER DER WELT | 6 |
| 2. KINDERWÜNSCHE IN DEUTSCHLAND | 16 |
| 3. GRUNDLAGEN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN | 22 |
| 4. „HEUTZUTAGE GANZ NORMAL“ | 34 |
| 5. REPRODUKTIONSMEDIZIN ALS FAMILIENPOLITISCHE MASSNAHME? | 38 |
| ANMERKUNGEN UND QUELLEN | 54 |
| GLOSSAR | 57 |

FAMILIE UND POLITIK

Deutschland hat – aus historischen Gründen – ein angespanntes Verhältnis zwischen Familie und Politik. Deshalb hat sich der Staat lange nicht um die niedrigen Kinderzahlen gekümmert, ja den demografischen Wandel nicht einmal wahrgenommen. Obwohl die Nachwuchszahlen seit über 30 Jahren auf einem konstant niedrigen Niveau von rund 1,4 Kindern je Frau liegen, ist erst in den vergangenen Jahren die Sorge vor einer Überalterung der Gesellschaft gewachsen, vor einem Mangel an Arbeitskräften und vor einem Zusammenbruch der Sozialkassen.

In drei Jahrzehnten ist allerdings eine ganze Generation herangewachsen, die in einer Gesellschaft mit hoher Kinderlosigkeit, kleinen Familien und wenigen Geschwistern sozialisiert ist, die sich an wenige Kinder geradezu gewöhnt hat. Kein Wunder, dass mit einer Verzögerung von etwa einer Generation nach der Kinderzahl auch der Kinderwunsch in Deutschland deutlich gesunken ist. Nachdem lange etwas mehr als zwei Kinder als Idealfall galten, hätten heute Umfragen zufolge Frauen im Durchschnitt gerne 1,8, Männer sogar nur 1,6 Kinder. Deshalb haben Reformen in der Familienpolitik, so notwendig sie sind, nur einen begrenzten Spielraum. Denn es existieren historisch keine Vorbilder, wie sich nach einem langen, tiefen Tal der Kinderarmut die Kinderwünsche wieder wecken lassen.

Es gibt allerdings eine Gruppe von Menschen, die eine ideale Zielgruppe für die Familienpolitik sein müssten: Jene, die sich sehnlich Kinder wünschen, aus medizinischen Gründen aber kinderlos bleiben. 1,4 Millionen Menschen in Deutschland im Alter zwischen 25 und 59 Jahren, das zeigt die Umfrage, die das Institut für Demoskopie Allensbach für diese Studie durchgeführt hat, hätten gerne Nachwuchs (gehabt), sie haben auch eine Partnerin oder einen Partner, mit dem sie eine Familie gründen würden, sie haben es seit mindestens einem Jahr versucht – nur geklappt hat es nicht.

Über das Phänomen der ungewollten Kinderlosigkeit wird hierzulande wenig öffentlich gesprochen. Welche Probleme erleben die Betroffenen? Welche Vorstellungen herrschen über die Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin? Lässt sich Unfruchtbarkeit vermeiden? Wie viele Kinder werden überhaupt mithilfe der Reproduktionsmedizin geboren und hat die Zahl der Kinder, die ihr Leben der Zeugung außerhalb des Körpers verdanken, einen Einfluss auf die demografische Entwicklung in diesem Lande? All diese Fragen soll diese Studie ergründen.

Zunächst einmal bietet die Reproduktionsmedizin heute eine Reihe von Methoden, allen voran die künstliche Befruchtung, auch „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) genannt, die sich als medizinische Behandlung einer relativ häufigen Funktionsstörung etabliert hat. Sie ist weit weniger aufwändig wie in der Pionierzeit der Fortpflanzungsmedizin. Sie birgt Risiken, wie jede Behandlung, aber sie hilft vielen Menschen aus einer schwierigen Lage. Über 100.000 Kinder sind allein in Deutschland mit den Mitteln der Reproduktionsmedizin entstanden, über drei Millionen sind es weltweit, fast soviel wie in Litauen oder Panama leben. Ein kleines Volk aus der Schale, wie jüngst ein Journalist geschrieben hat. Die moderne Medizin kann den Kinderwunsch nicht beeinflussen, sie kann ihn lediglich erfüllen helfen.

Wenn aber die Zeugung außerhalb des Körpers ein medizinisches Verfahren ist, das dem Wohlbefinden der Betroffenen dient (was Auftrag der Medizin ist), dann darf man fragen, was die Reproduktionsmedizin die Gesellschaft kostet und welchen Nutzen sie erbringt. Denn Gesundheitskosten sind Allgemeinkosten, die (zu einem großen Teil) von der Solidargemeinschaft getragen werden.

Diese Frage stellt sich angesichts des demografischen Wandels allerdings in einem neuen Licht: Denn auch die Familienpolitik wendet bewusst viel Geld auf: Um den Menschen ihre Wunsch Kinder zu ermöglichen, um Familien ökonomisch abzusichern, um Kindern gute Entfaltungsmöglichkeiten zu bieten, aber auch um einen Einfluss auf die demografische Entwicklung zu nehmen. Denn es liegt im Interesse des Staates, dass eine einigermaßen stabile Kinderzahl das zahlenmäßige Verhältnis der Generationen halbwegs aufrecht erhält, dass die Produzenten und Leistungsträger von morgen in ausreichender Zahl vorhanden sind, um das Gemeinwesen zu organisieren und zu finanzieren, und dass wir in einer Gesellschaft leben können, in der die Alten durch die Augen der Kinder in die Zukunft blicken.

Wie aber steht es um die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen der Familienpolitik? Es lässt sich schwer beziffern, wie viel mehr Kinder sich die Menschen zutrauen, wenn das Kindergeld erhöht wird, wenn Ganztageschulen oder Krippenplätze geschaffen werden. Auch die positiven Nebeneffekte einer pädagogisch hochwertigen Kinderbetreuung – von einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bis zu einer höheren volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Eltern – lassen sich schwer in Heller und Pfennig aufrechnen. Sicher aber ist, dass es vergleichsweise billig und im Sinne der Familienpolitik einfach ist, mittels der modernen Medizin ungewollt kinderlosen Paaren zu Nachwuchs zu verhelfen.

Die Reproduktionsmedizin bietet eine Möglichkeit unter vielen, die Kinderzahlen in Deutschland wieder ein wenig zu erhöhen. Sie steht aber nur am Ende eines Maßnahmenkatalogs, an dessen Anfang Aufklärung und Prävention stehen. Viele Menschen wissen nicht, dass Unfruchtbarkeit durch ungesunde Lebensführung wie Übergewicht oder Rauchen gefördert werden kann. Und vor allem Männer glauben, das Alter spiele bei der Zeugungsfähigkeit keine Rolle. Wer sich Kinder wünscht, sollte deshalb diesen Wunsch nicht in ein immer höheres Alter verschieben, denn mit den Jahren wird es – für Frauen wie für Männer – immer schwieriger, ein Kind zu zeugen. Das gilt für den natürlichen Weg genauso wie für den, bei dem die Reproduktionsmedizin aushilft. Der Glaube, man habe alle Zeit der Welt, weil am Ende eine Kinderwunschlinik für den Nachwuchs sorgt, kann sich deshalb schnell als fataler Irrglaube entpuppen.

Berlin, im Juni 2007

Dr. Reiner Klingholz
Direktor
Berlin-Institut für Bevölkerung
und Entwicklung

1

DEUTSCHLAND IST EINES DER KINDERÄRMSTEN LÄNDER DER WELT

Ende des 19. Jahrhunderts bedeutete Nachwuchs noch billige Arbeitskraft und Altersversorgung. Das änderte sich mit der Industrialisierung und mit der Einführung staatlicher Rentensysteme. Von da an ging die Geburtenrate in Deutschland, von einigen „Ausreißern“ abgesehen, stetig zurück. Denn nun waren Kinder keine Einkommensquelle mehr, sondern verursachten im Gegenteil sogar Kosten. Auch das Nachkriegs-Wirtschaftswunder und der steigende Wohlstand konnten den allgemeinen Abwärtstrend nicht aufhalten. Mit durchschnittlich 1,4 Kindern je Frau stehen Deutschland heute tief greifende Veränderungen bevor.

1.1 Warum bekommen die Deutschen so wenig Nachwuchs?

Im Jahre 1871 bekam eine deutsche Frau durchschnittlich fast fünf Kinder. Damals lebte ein Großteil der Bevölkerung in Armut, vor allem auf dem Lande: Allenthalben entstanden Fabriken, die mit ihrer hohen Produktivität den Handwerkern ihre Erwerbsgrundlage nahmen. Die Bauern waren zwar seit den preußischen Reformen frei, doch hohe Ablösungssummen, teure Modernisierungsmaßnahmen, Wucherer und Missernten hatten sie um ihren Besitz gebracht und in Schulden gestürzt. Viele suchten ihr Glück in den Städten, wo die Fabriken standen.

Im Zuge der weiteren Industrialisierung und der Verstädterung ging die Kinderzahl je Frau im Reich stetig zurück. Schon 1935 lag sie nur mehr knapp über zwei. Dieser Geburtenrückgang fand mehr oder weniger ausgeprägt weltweit in allen Ländern statt, die sich von einer agrarischen zur industriellen Wirtschaftsweise entwickelten.

Bauern- und Handwerkerfamilien des ausgehenden 19. Jahrhunderts waren kinderreich, weil sie auf billige Arbeitskräfte angewiesen waren. Obendrein sicherten die Eltern so ihre Versorgung im Alter. Mit der Industrialisierung und der Einführung staatlicher Rentensysteme entfiel der ökonomische Nutzen einer großen Kinderschar. Nachwuchs zu haben war jetzt kein Produktionsfaktor mehr, sondern entwickelte sich im Gegenteil zum Kostenfaktor. Es reichte nicht mehr aus, für Essen und Kleidung zu sorgen. Familien mussten vermehrt auch in die Ausbildung und in wachsende Konsumansprüche der Sprösslinge investieren.



TFR

Um die durchschnittliche Kinderzahl je Frau berechnen zu können, nutzen Bevölkerungswissenschaftler den Begriff der „Total Fertilitätsrate“ (TFR). Sie gibt an, wie viele Kinder jede Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn die Fruchtbarkeit der Frauen aller Altersgruppen gleich bliebe wie im Jahr der Betrachtung. Liegt die TFR beim „Ersatzniveau“ von 2,13, dann bleibt – vorausgesetzt die Lebenserwartung bleibt konstant und es erfolgt keine Zu- oder Abwanderung - eine Bevölkerung gleich groß. Das Ersatzniveau liegt nicht bei zwei Kindern je zwei Elternteile, sondern etwas darüber, weil nicht alle Kinder ihrerseits ein zeugungsfähiges Alter erreichen.

Der Abwärtstrend war stetig – auch wenn es einige Abweichungen gab: Nach den beiden Weltkriegen und nach der Weltwirtschaftskrise zu Beginn der 1930er Jahre sackte die durchschnittliche Kinderzahl jeweils für kurze Zeit stark nach unten. Kinderwünsche werden somit zu Krisenzeiten oft aufgeschoben, später aber häufig nachgeholt.

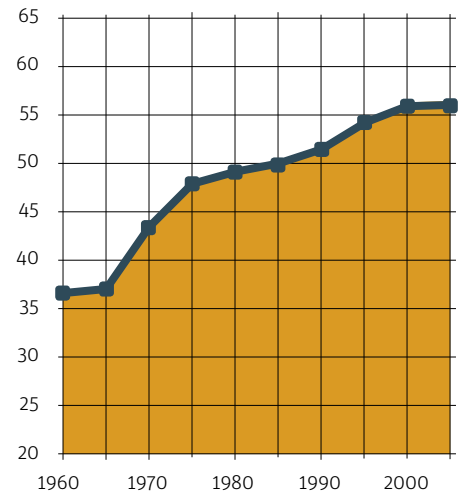
Zwischen 1955 und 1964 schnellte die durchschnittliche Kinderzahl dagegen nach oben.¹ Dieser „Babyboom“ fiel mit dem „Wirtschaftswunder“ zusammen. Der allgemeine Wohlstand nahm zu, die Menschen blickten nach den fatalen Kriegsjahren optimistisch in die Zukunft und konnten sich wieder mehr Kinder leisten. Der Boom erwies sich jedoch als kurzlebig. Der Abwärtstrend hielt weiterhin an. Die Bevölkerungswissenschaft spricht vom demografisch-ökonomischen Paradoxon: Trotz positiver wirtschaftlicher Entwicklung und wachsendem Wohlstand geht die Kinderzahl je Frau zurück. Dieser Zusammenhang lässt sich bis in die 1970er Jahre für alle Industrienationen und für Entwicklungsländer, die auf dem Sprung nach vorn sind, nachweisen.

Er lässt sich unter anderem auf die so genannte Konkurrenz der Genüsse zurückführen. Das heißt, junge Paare sehen die Gründung einer Familie als *eine* von vielen Möglichkeiten zur Lebensplanung.

Hinzu kam damals, dass Frauen nicht länger frühzeitig von der Schule abgingen, um sich auf ein Dasein am Herd vorzubereiten, sondern vermehrt studierten und eine Karriere im Beruf anstrebten. Der gesellschaftliche Aufbruch in den 1960er Jahren, die Befreiung von als „bürgerlich“ empfundenen Moralvorstellungen und die veränderte Rolle der Frau in der Gesellschaft trugen zu dieser tief greifenden Umgestaltung der individuellen Lebensentwürfe bei. Die „Antibabypille“, die 1961 auf den Markt kam, hat diese Umgestaltung nicht ausgelöst. Sie passte nur perfekt dazu. Denn mit diesem relativ sicheren neuen Verhütungsmittel wurde die Verantwortung für die Familienplanung erstmals einzig und allein in der Hand der Frauen gelegt.

Heute ist es für Frauen wie Männer nicht nur möglich, sondern gesellschaftlich akzeptiert, ohne Kinder durchs Leben zu kommen. Ökonomische Studien zeigen, dass Kinderlose sogar finanziell besser gestellt sind als Familien.²

Anteil weiblicher Schüler an Gymnasien
1960 bis 2005 in Prozent
(Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)



Frauen – immer besser gebildet

Die sozialen Umbrüche der 68er-Bewegung haben auch die gesellschaftliche Rolle der Frauen verändert. Seit dieser Zeit hat der Anteil von Frauen unter den Abiturienten kontinuierlich zugenommen. Und auch die Berufstätigkeit in immer besseren Positionen. Karriere und Familie lassen sich jedoch in Deutschland vergleichsweise schlecht miteinander vereinbaren.

Der Geburtenrückgang in Deutschland und anderen Ländern ist von epochalem Ausmaß. Aber was heißt das? Wäre es, wie noch Ende des 19. Jahrhunderts verbreitet, bei fünf oder mehr Kindern pro Familie geblieben, hätte dies zu einem Bevölkerungswachstum geführt, das auf Dauer nicht nachhaltig zu gestalten gewesen wäre. Gerade die armen Länder der Erde leiden noch heute unter dieser demografischen Falle. Sie erleben keinen Wirtschaftsaufschwung, bei dem die Kinderzahlen von alleine sinken. Und die hohen Kinderzahlen verhindern eine wirtschaftliche Genesung, weil zu viele junge Menschen heranwachsen, die weder Ausbildung noch Arbeit finden. Zudem überbeansprucht das Bevölkerungswachstum vielerorts die natürlichen Ressourcen. Noch

schlimmer würde sich ein solches Wachstum in den Industrienationen auswirken. Denn dort verbrauchen die Menschen schon heute weit mehr nicht erneuerbare Rohstoffe, als in den natürlichen Kreisläufen des Planeten zur Verfügung stehen.

Man könnte es also für einen Vorteil halten, dass die durchschnittliche Kinderzahl je Frau sinkt: Weniger Bevölkerung bedeutet mehr Platz für alle, weniger Verkehr, bessere Luft und sauberere Umwelt. Problematisch wird es jedoch, wenn diese Zahl deutlich unter das Ersatzniveau von 2,1 sinkt. Denn dann beginnt eine Bevölkerung zu schrumpfen, erst langsam, aber bald immer schneller, wenn der Schwund nicht durch Zuwanderung ausgeglichen wird, oder wenn die Lebenserwartung nicht steigt. In Deutschland sterben bereits seit 1972 mehr Menschen, als geboren werden. Dass die Bevölkerung seither dennoch um etwa 5,5 Millionen zugenommen hat, liegt erstens an der Zuwanderung: Mittlerweile leben hierzulande 15 Millionen Menschen mit „Migrations-Hintergrund“, also Aussiedler, Ausländer und eingebürgerte Zuwanderer sowie deren Kinder. Zweitens liegt die Zunahme daran, dass wir heute um etwa 30 Jahre länger leben als noch ein Jahrhundert zuvor.

Doch selbst wenn künftig mehr Menschen aus aller Welt nach Deutschland kämen, könnten sie nicht verhindern, dass sich mittelfristig das Verhältnis von Jung zu Alt dramatisch verschiebt. Den immer kleiner werdenden Neugeborenen-Jahrgängen steht eine im Verhältnis immer größere Zahl alter und hochbetagter Menschen gegenüber, die von den Sozialsystemen versorgt und von den Jüngeren und wirtschaftlich Aktiven finanziell unterstützt werden müssen. In den meisten

Industrieländern ist aus der ursprünglichen Bevölkerungspyramide, bei der viele Menschen im „besten Alter“ eine schmale Spitze Betagter auf den Schultern trugen, längst ein Pilz geworden.

Deutschland erlebt diesen demografischen Wandel wie kaum ein zweites Land der Welt. Denn hierzulande begann der Rückgang der Geburten unter 2,1 Kinder je Frau nicht nur früh, sondern auch besonders heftig. Schon Mitte der 1970er Jahre brachten Frauen sowohl in der alten Bundesrepublik als auch in der DDR im Schnitt nur noch 1,4 Kinder zur Welt. Der Wert hat sich (in Westdeutschland) über die letzten 30 Jahre praktisch nicht mehr verändert. In der DDR hingegen stieg die Kinderzahl je Frau durch die staatliche Familienpolitik vorübergehend wieder auf fast zwei an.

Bei einer Kinderzahl von 1,4 ist jede Kindergeneration um ein Drittel kleiner als die ihrer Eltern. Unter diesen Bedingungen haben 100 Mütter 66 Töchter, 44 Enkeltöchter und nur noch 30 Urenkelinnen. Binnen dreier Generationen, in weniger als hundert Jahren, würde die Bevölkerung ohne Zuwanderung auf ein Drittel schrumpfen.

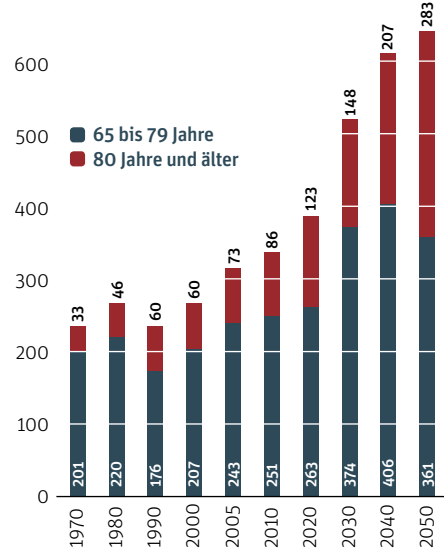
Nachwuchs – Tendenz fallend

Was im Jahr 1900 zum letzten Mal eine Bevölkerungs-„Pyramide“ war, verformt sich langsam aber sicher zu einem Pilz. Denn seit über 30 Jahren ersetzt jede Kindergeneration die ihrer Eltern nur noch zu zwei Dritteln. Die Folge: Wir werden als Gesellschaft weniger und älter.

Anteil der jeweiligen Altersklassen in Prozent der Gesamtbevölkerung (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)

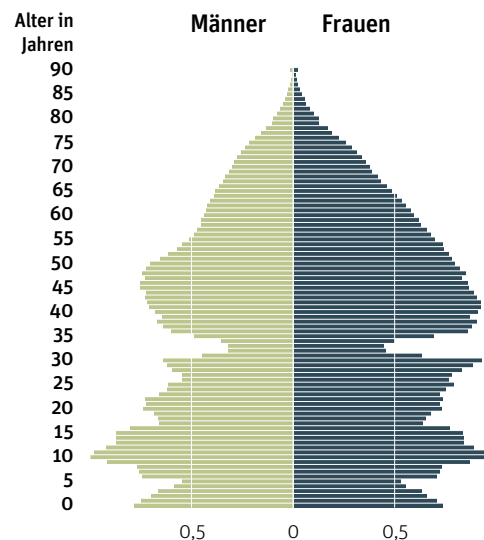
Zuwachs – nur bei den Älteren

Wegen niedriger Kinderzahlen und weil die Deutschen immer länger leben, steigt der Anteil Älterer in der Gesellschaft an. Während 2005 auf 1.000 Erwerbsfähige 316 Ruheständler im Alter von über 65 Jahren kamen, wird sich deren Zahl bis 2050 auf 644 erhöhen.



So viele 65- bis 79-Jährige sowie über 80-Jährige kommen auf 1.000 Einwohner im Erwerbsalter zwischen 20 und 64 Jahren. (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)

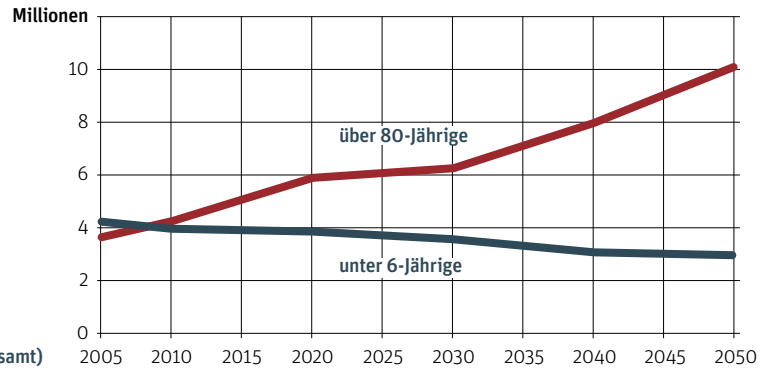
Deutschland im Jahr 1950



Leere Krippen

Schlechte Zeiten für Kindergärten. Während die Schar der Kleinen wegen niedriger Kinderzahlen und schwindender Elternjahrgänge auf absehbare Zeit zurückgehen wird, verzweieinhalbfacht sich vermutlich die Zahl der „Hochaltrigen“. Im Jahr 2050 dürfte jeder achte in Deutschland lebende Mensch über 80 Jahre alt sein.

Entwicklung der Zahl unter 6- und über 80-jähriger Einwohner (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)



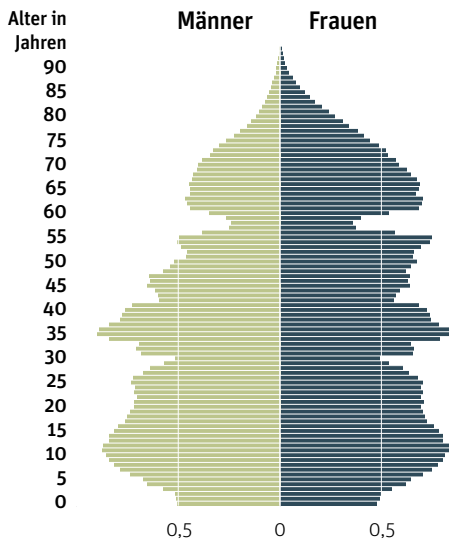
Während auf dem Gipfel des Babybooms in den 1960ern jährlich über 1,3 Millionen Kinder das Licht der Welt erblickten, waren es 2006 weniger als 680.000 Neugeborene pro Jahr. Die Jahrgangsstärke hat sich also binnen 40 Jahren nahezu halbiert. Das führt zu einer sich selbst beschleunigenden Entwicklung, die gemeinhin unterschätzt wird.

Die Prognostiker des Statistischen Bundesamtes sagen in ihrer mittleren Variante der Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 einen Schwund von rund zehn

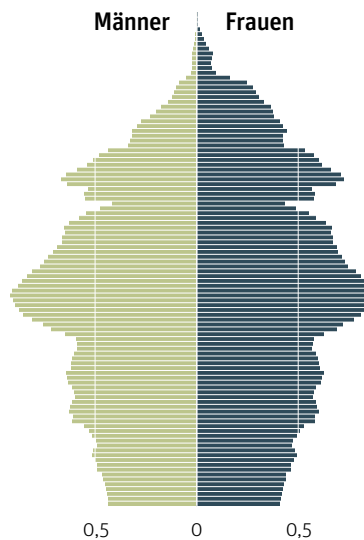
Millionen Menschen voraus – und zwar unter der Annahme, dass die Lebenserwartung weiter steigt und jährlich 200.000 Personen aus dem Ausland zu uns einwandern.³ Kämen nur 100.000 im Jahr, wären wir 2050 schon um 16 Millionen ärmer, ganz ohne Migranten um 30 Millionen. Im Jahr 2100 würden ohne Zuwanderung dann in Deutschland nur noch etwa 25 Millionen Menschen wohnen – soviel wie Anfang des 19. Jahrhunderts.

Andere Länder haben die gesellschaftlichen Veränderungen und damit den Rückgang der Kinderzahlen später, aber heftiger erlebt. In Ländern wie Japan, Südkorea, Spanien, Griechenland, aber auch in fast allen osteuropäischen Staaten liegen die Kinderzahlen heute noch unter dem ohnehin schon niedrigen deutschen Niveau. Dort sind allerdings die Elterngenerationen noch stärker besetzt, so dass gemessen an der Gesamtbevölkerung mehr Kinder zur Welt kommen als in Deutschland.⁴

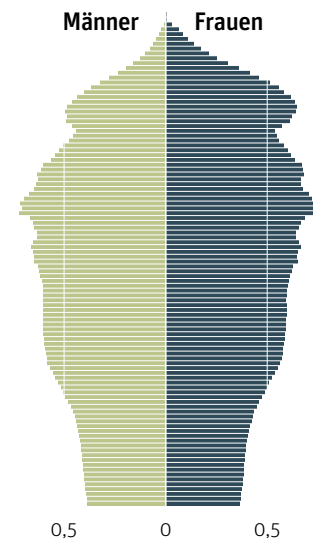
... im Jahr 1975



... im Jahr 2007

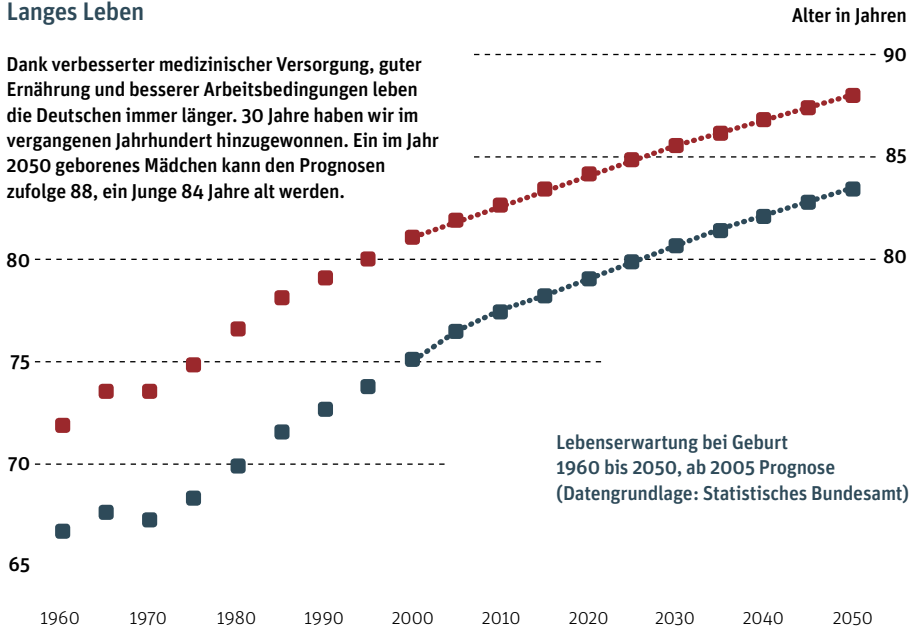


... im Jahr 2050



Langes Leben

Dank verbesserter medizinischer Versorgung, guter Ernährung und besserer Arbeitsbedingungen leben die Deutschen immer länger. 30 Jahre haben wir im vergangenen Jahrhundert hinzugewonnen. Ein im Jahr 2050 geborenes Mädchen kann den Prognosen zufolge 88, ein Junge 84 Jahre alt werden.



1.2 Das Land wird sich verändern

Drei Jahrzehnte lang war der demografische Wandel in Deutschland kein Thema für die Politik – obwohl einzelne Bevölkerungswissenschaftler und Ökonomen vor den möglichen Folgen gewarnt haben. Über Familienwerte zu reden, galt vielen als reaktionär, und die Rente war als „sicher“ versprochen. Um die Jahrtausendwende herum jedoch begann eine große Diskussion um die niedrigen Kinderzahlen. Den Anstoß gab, dass die Sozialsysteme aus dem Ruder zu laufen drohten.

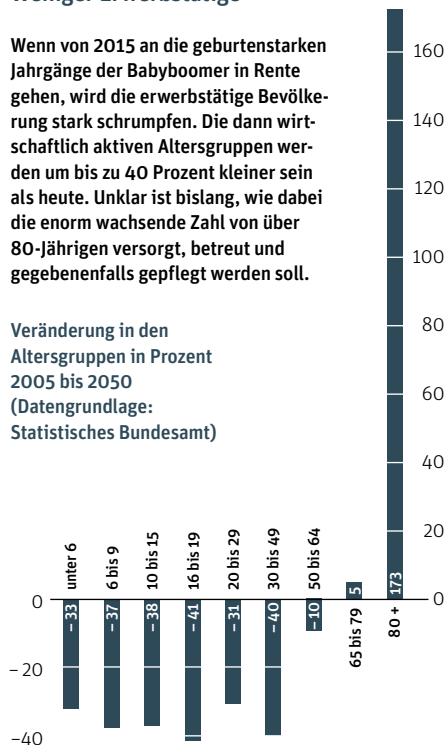
Die niedrige Geburtenrate und die Überalterung der Bevölkerung haben jedoch noch viel weiter reichende Folgen. Ökonomen befürchten, dass alternde Gesellschaften gegenüber jungen, dynamischen Nationen, etwa Indien oder China, an Kreativität, Risikobereitschaft und Innovationskraft verlieren. Viele der aufstrebenden Schwellenländer werden die demografisch bedingte Alterung erst zeitversetzt nach den Deutschen erleben.

Innerhalb Deutschlands hat sich die Ab-

Weniger Erwerbstätige

Wenn von 2015 an die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer in Rente gehen, wird die erwerbstätige Bevölkerung stark schrumpfen. Die dann wirtschaftlich aktiven Altersgruppen werden um bis zu 40 Prozent kleiner sein als heute. Unklar ist bislang, wie dabei die enorm wachsende Zahl von über 80-Jährigen versorgt, betreut und gegebenenfalls gepflegt werden soll.

Veränderung in den Altersgruppen in Prozent
2005 bis 2050
(Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)



wanderung aus strukturschwachen in wirtschaftsstarke Gegenden durch den demografischen Wandel beschleunigt. Da vor allem die jungen Frauen ihrer Heimat den Rücken kehren, geht mit den Müttern der nächsten Generation auch die demografische Zukunft verloren.⁵ Einzelne Regionen der Republik haben schon jetzt begonnen sich massiv zu entleeren. Und vielerorts zeichnet sich bereits ab, welche Probleme die Gemeinden in solch schwachen Gegenden zu schultern haben. Sie können zu groß dimensionierte Infrastruktur wie Straßen, Schulen oder Kläranlagen nicht mehr finanzieren. Und weil Industrie und Gewerbe fehlen, mangelt es an Arbeit. Die Kaufkraft sinkt, weil die Konsumenten in den jungen Altersklassen abwandern. Zurück bleiben Alte, sozial Schwache, schlecht Ausgebildete und Arbeitslose ohne Perspektive, deren Versorgung sich zunehmend schwierig gestaltet.

Die jetzt angeschobene Diskussion um den demografischen Wandel erfasst den wirklichen Umfang der Veränderungen jedoch nur in Ansätzen: Deutschland wird sich, wie andere Industrienationen auch, in den kommenden Jahrzehnten von Grund auf verändern.

Die Veränderungen betreffen praktisch alle Bereiche unseres Lebens: Schulen und Hochschulen, Regional- und Stadtplanung, Industrie, Handel und Immobilienwirtschaft, die öffentlichen und privaten Investitionen, den Umgang mit ausländischen Mitbürgern – und letztlich das, was wir unsere Kultur nennen.

Die neuen Bundesländer haben in den vergangenen 17 Jahren im Zeitraffer vorgemacht, wozu Kinderarmut, Alterung, Strukturwandel und Abwanderung führen können. Der Osten Deutschlands hat seit der Wende über 1,5 Millionen Menschen verloren. Diese Entwicklung wird angesichts der anhaltend niedrigen Kinderzahlen weitergehen – und sie hat längst auch den Westen erfasst. Neben den Randregionen der neuen Bundesländer stecken auch das Saarland und das Ruhr-

| Jahr | Geburten in Deutschland |
|------|-------------------------|
| 1965 | 1.325.386 |
| 1970 | 1.047.737 |
| 1980 | 865.789 |
| 1990 | 905.675 |
| 2000 | 766.999 |
| 2002 | 719.250 |
| 2004 | 705.631 |
| 2006 | 673.000 |

(Datengrundlage: Statistisches Bundesamt)

Halbzeit

Seit der Hoch-Zeit des Babybooms in den 1960er Jahren hat sich die Zahl der Babys glatt halbiert. Während die Deutschen lange nur wenig Nachwuchs bekamen, ist mittlerweile bereits die Elterngeneration klein – und bekommt weiterhin wenig Kinder.

gebiet, Südost-Niedersachsen, Nordhessen und Nordbayern in einem schleichenden, aber kaum aufzuhaltenden Schrumpfungsprozess.

Manche Regionen Deutschlands erleben bereits eine regelrechte Bevölkerungs-Impllosion: Dort, wo es zu wenig Arbeit gibt, wo die Innenstädte zerfallen, Kneipen und Diskos leer stehen und Freibäder und Theater schließen, werden sich kaum junge Familien ansiedeln. Und wo der Bildungsgrad sinkt und qualifiziertes Personal fehlt, wird kein größeres Industrieunternehmen investieren. All das bedeutet weniger Steuereinnahmen für die betroffenen Kommunen, die gleichzeitig mehr alte Menschen zu versorgen haben. Die Gemeinden müssen dann an anderer Stelle

sparen, etwa die Bibliothek dicht machen und die Abgaben erhöhen. Damit sinkt die Chance, Neubürger anzulocken, weiter. Diese Abwärtsspirale zieht mittlerweile ganze Regionen nach unten.

Die Abwanderung aus den Schrumpfungregionen in die attraktiven urbanen Großräume, vor allem in den wirtschaftsstarken Gebieten Süddeutschlands, dürfte sich deshalb noch verstärken. Gleichzeitig wird sich die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen, die im Ausland geboren sind, weiter vergrößern. Sie werden in ein Land kommen, wo Fremde schon heute schlecht integriert sind.

Das alles heißt jedoch nicht, dass wir unweigerlich auf eine Katastrophe zuschlittern. Deutschland steht vor großen Problemen, die nicht zu lösen sind. Vielmehr müssen sie als Herausforderungen verstanden werden, die es zu bewältigen gilt. Es fragt sich also, ob wir uns flexibel auf die neue Situation einstellen und die Probleme kreativ angehen können.

Anzeichen dafür gibt es. So bemüht sich die

Politik seit einigen Jahren ernsthaft, Familie attraktiver zu machen und Menschen, die sich Kinder wünschen, unter die Arme zu greifen: Etwa mit einer Erhöhung des Kindergeldes, mit der Einführung des Elterngeldes, künftig vielleicht auch mit einer steuerfinanzierten Krankenversicherung für Kinder. Und die Industrie beginnt zu erkennen, dass sie ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die Vereinbarkeit von Kindern und Karriere ermöglichen muss. Dass mehr Kinder auch ein Wirtschaftsfaktor sind, den es zu fördern gilt. Dass wir Kinder lange als Kosten- und Störfaktor eingestuft und dabei das Glück, das Kinder spenden, fast vergessen haben. Und dass es die Kinder von heute sind, die das Deutschland von morgen gestalten, lenken und versorgen müssen.

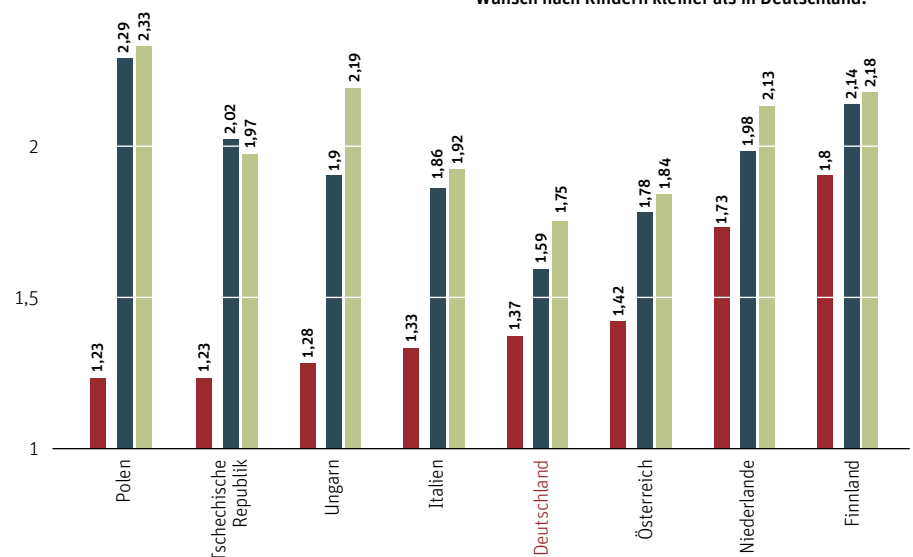
Oder, wie es Bundespräsident Horst Köhler kurz und treffend formuliert: „Kinder sind deshalb eigentlich selbstverständlich. Ohne sie haben wir, hat unser Land keine Zukunft.“⁶

Traumwelt

Überall in Europa hätten die Menschen – vor allem die Frauen – gerne mehr Nachwuchs, als sie bekommen. Am weitesten klaffen Wunsch und Wirklichkeit in Polen auseinander. Nirgendwo ist der Wunsch nach Kindern kleiner als in Deutschland.

- Ist-Kinderzahl je Frau 2004
- Gewünschte Kinderzahl Männer (20 – 49 Jahre) 2003
- Gewünschte Kinderzahl Frauen (20 – 49 Jahre) 2003

Kinderzahl je Frau und gewünschte Kinderzahl in ausgewählten europäischen Ländern (Datengrundlage: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Population Policy Acceptance Study 2003, Eurostat)



1.3 Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Die Deutschen bekommen also immer weniger Kinder. Aber wollen sie auch weniger Nachwuchs? Die offiziellen Statistiken geben dazu nichts her. Wer wissen will, wie es mit dem Kinderwunsch der Deutschen steht, muss Umfragen und Studien zu Rate ziehen. Deren Daten sind aber oft nicht aufeinander abgestimmt und deshalb nur schwer vergleichbar.

Fest steht zunächst, dass die Wunschkinderzahl Anfang der 1990er Jahre ziemlich unvermittelt gesunken ist. 1988 gaben westdeutsche Frauen im Alter zwischen 20 und 39 auf die Frage, wie viele Kinder sie sich wünschten, noch durchschnittlich 2,15 an. Im Jahre 1992 war die durchschnittliche Wunschkinderzahl der Frauen auf 1,75 gefallen. Sie hat sich seither auf diesem Niveau gehalten. Bei den Männern liegt sie mit 1,59 sogar noch etwas niedriger.

Das ist Negativrekord in Europa.⁷ Vom demografischen Standpunkt aus gäben diese Zahlen indessen noch wenig Anlass, Alarm zu schlagen – wenn diesem Wunsch entsprechend tatsächlich 1,7 Kinder je Frau geboren würden. Denn damit ließe sich die Bevölkerungszahl in Deutschland einigermaßen konstant halten, vorausgesetzt, es wanderten jährlich 200.000 Personen zu.⁸ Tatsächlich lag das Geburtenniveau aber schon 1988, als sich die Befragten noch durchschnittlich 2,1 Kinder wünschten, bei ungefähr 1,4 Kindern je Frau. Und verharrt da bis heute.

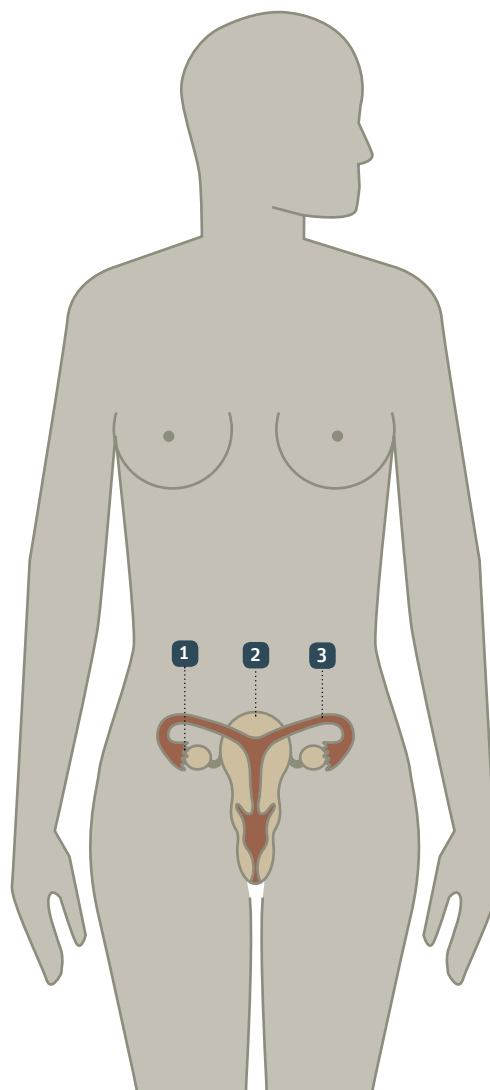
Offensichtlich wollen die Deutschen also generell mehr Kinder als sie tatsächlich bekommen. Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit ist in den meisten Industrienationen zu beobachten. In Entwicklungsländern, wo die Geburtenzahlen meist hoch liegen und Verhütungsmittel noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, verhält es sich umgekehrt. Dort wünschen sich insbesondere Frauen weniger Kinder als sie haben.

Nun ist die Wunschkinderzahl aber ein Mittelwert. Er sagt noch nichts darüber aus, wie viele Menschen ganz kinderlos bleiben. Dieser Anteil ist über die vergangenen Jahrzehnte gestiegen. So sind von den Frauen, die 1935 geboren wurden, neun Prozent kinderlos geblieben. Beim Geburtsjahrgang 1955 waren es bereits 22 Prozent, bei den 1960 Geborenen 26 Prozent.⁹ Für die Frauen der folgenden Geburtsjahrgänge lässt sich der Anteil noch nicht genau ermitteln, da bei ihnen eventuell noch Nachwuchs zu erwarten ist. Für die 1970 Geborenen gibt es Schätzungen, die bei 30 Prozent liegen.¹⁰

Bleibt die Frage, wie viele davon sich bewusst gegen eine Familie entscheiden. Angesichts der Datenlage fällt es schwer, zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit zu unterscheiden. Neue Erkenntnisse bringt die Befragung, die das Institut für Demoskopie Allensbach im Rahmen der vorliegenden Studie im Herbst 2006 durchgeführt hat: Danach sind es nur 8 Prozent der 25- bis 59-jährigen Bevölkerung, die weder Kinder haben noch sich Kinder wünschen oder früher gewünscht haben (siehe Seite 18).

Aufgrund der Allensbach-Befragung lässt sich auch beziffern, wie hoch der Anteil der Frauen und Männer ist, die eigentlich Nachwuchs anstreben: Beinahe 17 Prozent der heute kinderlosen Bevölkerung zwischen 25 und 59 Jahren wünschen sich derzeit Kinder oder hätten früher gern welche gehabt. Hinzu kommen noch jene, die bereits Eltern sind und sich weitere Kinder wünschen oder früher gewünscht hätten, bei denen es aber nicht klappt beziehungsweise nicht geklappt hat. Das sind zusätzlich rund 19 Prozent der Bevölkerung in der genannten Altersgruppe. Macht zusammen knapp 36 Prozent, mehr als ein Drittel der 25- bis 59-jährigen Frauen und Männer in Deutschland.

Ein Drittel – das sind 12,8 Millionen Frauen und Männer, somit 6,4 Millionen unerfüllte Kinderwünsche, wenn es bei den Wünschen nur um ein einziges Kind geht. Diese Zahl wiegt schwer, nicht nur angesichts des demo-



grafischen Schwundes. Warum bleiben so viele Kinderwünsche unerfüllt?

Zwei Gruppen lassen sich unterscheiden: Erstens die Paare, bei denen es aus biologisch-medizinischen Gründen nicht zu einer Schwangerschaft kommt. Zweitens jene, die das Kinderkriegen auf später verschieben, unter anderem, weil gerade nicht die für eine Familiengründung geeignete Partnerin oder der Partner zu Verfügung stehen – bis es möglicherweise zu spät ist und sie sich mit den Paaren aus der ersten Gruppe in einer Kinderwunschbehandlung wiederfinden.

Zuerst also die Paare, bei denen sich der ersehnte Nachwuchs trotz allen „Probierens“ nicht einstellen will. Nach Angaben der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung betrifft dies jede siebte Partnerschaft.¹¹ Wenn bei regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über zwei Jahre hinweg keine Schwangerschaft eintritt, spricht man nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation von Unfruchtbarkeit, auch als Infertilität oder Sterilität bezeichnet. Nicht nur Kinderlose können davon betroffen sein, sondern auch Eltern, die sich ein weiteres Kind wünschen.

Als Ursache kommen körperliche Störungen oder Fehlfunktionen in Frage, im Verdacht stehen auch seelische Belastungen durch Stress oder sozialen Druck. Um herauszufinden, wo es im Einzelnen hakt, ist eine ärztliche Untersuchung notwendig.

Entgegen dem immer noch weit verbreiteten Vorurteil, dass allein Frauen unfruchtbar sein können, verteilen sich die medizinischen und

biologischen Störungen etwa zu gleichen Teilen auf Männer wie auf Frauen, jeweils 30 bis 40 Prozent. In etwa 15 bis 30 Prozent der Fälle liegt es auch an kombinierten Ursachen bei beiden Partnern.

Erektionsstörungen und Impotenz sind dabei das geringste Problem. Männliche Unfruchtbarkeit geht überwiegend auf schlechte Spermienqualität zurück: Im Erguss finden sich zu wenig Samenzellen, die Samenzellen sind fehlgebildet oder nicht beweglich genug, um durch den Schleim in Vagina und Gebärmutterhals durchzudringen zum Eileiter, dem Ort der Befruchtung. In selteneren Fällen liegen Fehlbildungen oder eine eingeschränkte Funktion der Hoden vor. Letzteres kann beispielsweise infolge einer Mumps-Infektion während der Pubertät eintreten. Oder die Hoden produzieren zwar Spermien, aber die Samenleiter können diese nicht weiter transportieren.

Weibliche Unfruchtbarkeit rührt am häufigsten von ungenügender Durchlässigkeit der Eileiter her: Diese dünnen schlauchartigen

Verbindungen zwischen den beiden Eierstöcken und der Gebärmutter können infolge einer Unterleibsinfektion oder Operation verkleben. Das reife Ei, das allmonatlich von einem der beiden Eierstöcke entlassen wird, kann dann nicht zu seinem Bestimmungsort gelangen. Oft liegt das Problem aber auch bei den Eierstöcken selbst. Sie funktionieren nicht richtig, weil der Körper zu viel oder zu wenig von den Botenstoffen ausschüttet, die alle Fortpflanzungsvorgänge steuern. Solche Botenstoffe, auch Hormone genannt, geben den Eierstöcken etwa das Signal, ein Eibläschen aus ihrem Vorrat heranreifen zu lassen. Andere bewirken, dass das fertige Ei schließlich den Weg in den Eileiter antritt. Hormone sind auch schuld, wenn der weibliche Zyklus generell gestört ist. Eine weitere häufige Ursache für Fruchtbarkeitsstörungen bei der Frau besteht darin, dass Gewebe unkontrolliert an den falschen Stellen wuchert, das eigentlich nur in die Gebärmutter schleimhaut gehört. Endometriose heißt das im medizinischen Fachjargon.

Daneben gibt es Fälle von Unfruchtbarkeit, die auf fehlerhaften Vorgängen bei der Entwicklung oder Reifung der Keimzellen – also der Eizellen bei der Frau und der männlichen Spermien – beruhen, ohne dass die Ursache erkennbar ist. So kann es sein, dass die letzten Zellteilungen fehlerhaft ablaufen. Oder dass dabei die Chromosomen unvollständig verteilt werden, die später Erbmerkmale wie die Augenfarbe festlegen, in diesem frühen Stadium jedoch erst einmal den „Bauplan“ für die Entwicklung des Embryos liefern. Ohne Bauplan läuft das Entwicklungsprogramm nicht ab. In solchen Fällen – sie machen insgesamt etwa fünf bis zehn Prozent aus – lässt sich trotz sorgfältiger Abklärung nicht feststellen, warum ein Paar trotz Kinderwunsch ohne Nachwuchs bleibt.

Ursachen weiblicher Unfruchtbarkeit

Im gesunden weiblichen Körper steuern Drüsen im Gehirn die Fortpflanzung. Sie schützen Hormone aus, chemische Botenstoffe, die in fein abgestimmtem Zusammenspiel den weiblichen Zyklus und die Fortpflanzung steuern. Das Oberkommando hat dabei der Hypothalamus, Schaltstelle für alle lebenswichtigen Funktionen im Zwischenhirn. Er gibt das Startsignal für den monatlichen Zyklus an die erbsengroße Hirnanhangdrüse. Diese schickt nun Hormon-Botschaften an die Eierstöcke (1). In einem der beiden beginnt daraufhin ein Ei heranzureifen. Währenddessen schüttet der Eierstock seinerseits das Hormon Östrogen aus, das die Schleimhaut der Gebärmutter (2) verstärkt wachsen lässt und nach zwölf Tagen das Signal für den Eisprung gibt. Jetzt wandert das Ei durch den Eileiter (3) in die Gebärmutter. Für diesen Weg braucht es etwa zwölf Stunden. Das „Zeitfenster“ für die Befruchtung beträgt drei bis fünf Tage, da Spermien im weiblichen Genitaltrakt mehrere Tage überleben. Wird das Ei auf seiner Wanderung befruchtet, nistet es sich in der Gebärmutter schleimhaut ein – der Beginn einer Schwangerschaft.

Wenn Frauen keine Kinder bekommen können, liegt das häufig daran, dass das empfindliche Zusammenspiel der Hormone aus dem Gleichgewicht geraten ist, dass etwa die Signale ausbleiben, die normalerweise die Eier in den Eierstöcken „wecken“. Ebenfalls häufig reift zwar ein Ei, kommt aber im Eileiter nicht weiter. Das Problem kann aber auch bei der Gebärmutter liegen: Entzündungen, Fehlbildungen oder versprengte Wucherungen von Gebärmutter schleimhaut verhindern das Einnisten des Eies.

Bei all dem darf man nicht aus den Augen verlieren, dass die biologischen Vorgänge bei der Fortpflanzung hoch komplex sind. Es grenzt an ein Wunder, dass bei Empfängnis und früher Embryonalentwicklung nicht öfter etwas schief geht, dass die allermeisten Schwangerschaften spontan – oft sogar unbeabsichtigt – zustande kommen. Und wenn etwas schief geht, können die Gene ebenso schuld sein wie vorangegangene Erkrankungen. Auch Umwelteinflüsse werden dafür geltend gemacht. So hat die Wissenschaft zeitweilig vermutet, dass hormonähnlich wirkende Rückstände von Chemikalien in der Natur sich bei Tieren, insbesondere bei Amphibien, bereits merklich auf deren Fruchtbarkeit ausgewirkt hätten und dies möglicherweise auch bei Menschen tun könnten. Dafür gibt es bislang keine stichhaltigen Belege.¹²

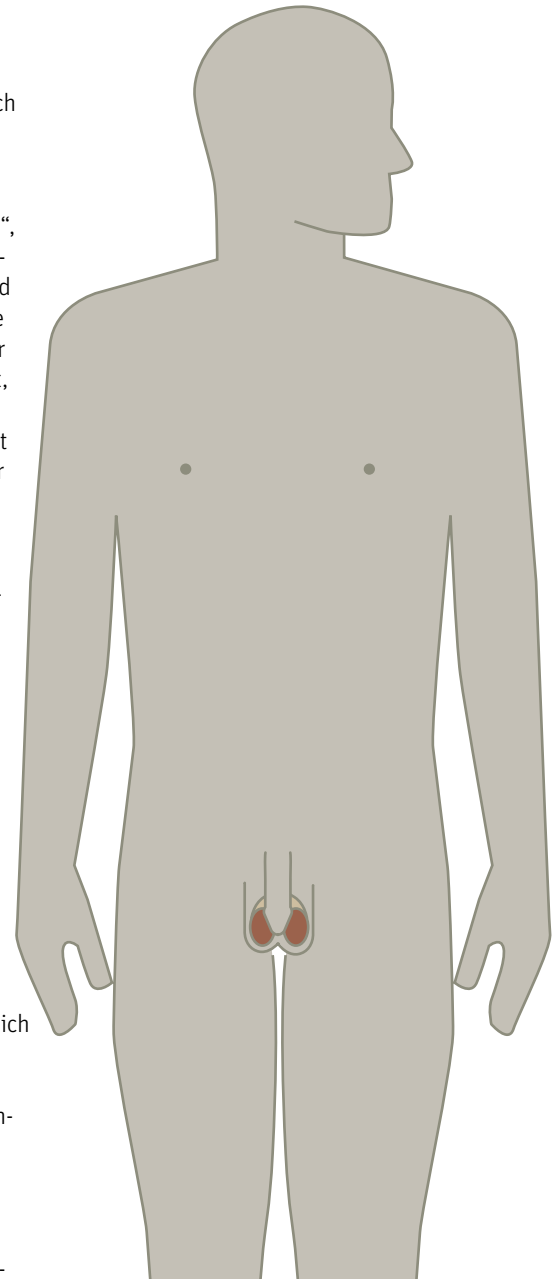
Eindeutig sind jedoch die Befunde für Faktoren, die mit einer mehr oder weniger gesunden Lebensführung zusammen hängen: So kann starkes Unter- oder Übergewicht der Frau den Hormonhaushalt durcheinander bringen, mithin den Eisprung stören. Ständiges Diät halten und wieder Zunehmen hat die gleiche Wirkung.¹³ Und wer raucht, ob Mann oder Frau, vermindert enorm die Chancen für eine Empfängnis. Die giftigen Substanzen im Tabakdunst greifen in viele entscheidende Vorgänge ein, von der Spermienreifung bis zum Einnisten des befruchteten Eis in der Gebärmutter.¹⁴

Und jetzt die zweite Gruppe: Immer mehr Menschen vertagen die Entscheidung auf später. Das durchschnittliche Alter, in dem Frauen das erste Mal ein Kind zur Welt bringen, verschiebt sich seit Jahren beständig nach oben. Es lag in den 1960er Jahren auf dem früheren Bundesgebiet bei knapp 25 Jahren. 2003 war es gesamtdeutsch auf 29,4 Jahre angestiegen und liegt mittlerweile bei fast 30 Jahren.¹⁵ Ein Grund dafür ist, dass die Menschen sich immer jünger fühlen, weil sie immer älter werden. Sie glauben deshalb, sie hätten alle Zeit der Welt.

Dabei gerät leicht in Vergessenheit, dass die weiblichen Eierstöcke genau so wie früher altern. Nur wenige wissen, dass sich mit jedem zusätzlichen Lebensjahr der Frau die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, um 4,7 Prozent verringert.¹⁶ „Ab 30 sinkt die Fruchtbarkeit allmählich“, sagt der Berliner Gynäkologe und Psychotherapeut Heribert Kentenich, „ab 38 wird es problematisch, und ab 43 ist auch eine Kinderwunsch-Behandlung oft nicht mehr erfolgreich.“ Auch die Wahrscheinlichkeit, ein gesundes Baby zur Welt zu bringen, sinkt mit dem Alter. Zusammengefasst hat eine 35-jährige Frau im Vergleich zu einer 25-jährigen nur halb so gute Chancen, schwanger zu werden und ein gesundes Kind zu bekommen.¹⁷ Und die Männer? Sie bleiben zwar grundsätzlich zeugungsfähig. Aber die Qualität der Spermien sinkt im Laufe der Zeit, nach 30 nimmt die Trefferquote kontinuierlich ab.¹⁸

Und so kann aus einer zunächst gewollten Kinderlosigkeit unversehens eine unfreiwillige werden.

Warum der Aufschub? Häufig fehlt es einfach an den richtigen Voraussetzungen für Nachwuchs, wie sich bei der Allensbach-Befragung Ende 2006 deutlich zeigte: Dabei sagte etwa die Hälfte der 25- bis 59-jährigen Kinderlosen, die sich Kinder wünschen oder früher vergeblich Kinder gewünscht hatten, sie hätten die oder den „Richtigen“ noch nicht gefunden. Bei einer Allensbach-Befragung im Jahre 2003 hatten 92 Prozent der 18- bis 44-jährigen den gemeinsamen Kinderwunsch der Partner und 84 Prozent eine stabile Beziehung als notwendige Voraussetzung für Kinder an erster Stelle genannt. Interessant ist dabei, dass ein grundsätzlicher Kinderwunsch besonders häufig bei jenen bisher Kinderlosen bestand, die ihre Beziehung als langfristig stabil einschätz-



ten. Kinderlose ohne Kinderwunsch waren nur halb so oft der Meinung, ihre Partnerschaft werde lange halten.¹⁹ Ungewissheit in der Paarbindung bedingt offenbar, dass Kinderwünsche nicht umgesetzt werden oder sich gar nicht erst entwickeln.

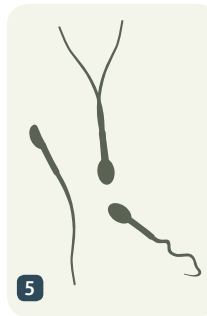
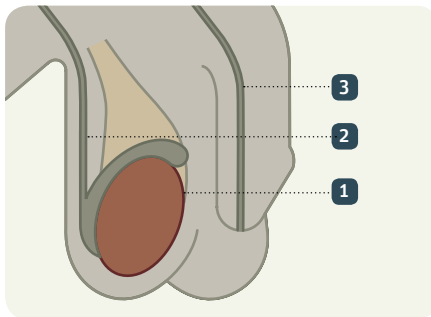
Doch selbst wenn sich beide Partner einig sind, dass sie Nachwuchs wollen, und die Beziehung hält, schieben Paare das Kinderkriegen häufig auf später auf. In Deutschland herrscht gelegentlich die Auffassung, man müsse erst einmal die Ausbildung abschließen, dann im Erwerbsleben Fuß fassen und finanziell abgesichert sein, bevor man überhaupt über eine Familiengründung nachdenken könne. Und wenn dann die Karriere in Schwung kommt, fürchten viele, ein Baby könnte zunächst die beruflichen Pläne behindern. Oder aber sie hätten davon Nachteile am Arbeitsplatz zu erwarten. Auf diese Weise werden vorhandene Kinderwünsche immer weiter vertagt.

Weil Frauen immer besser gebildet sind und auch immer häufiger Universitätsabschlüsse machen, herrscht bis heute die Vorstellung in der öffentlichen Meinung, Akademikerinnen blieben besonders häufig kinderlos. Der oft genannte Anteil von 40 Prozent hat sich indessen als zu hoch erwiesen. Allerdings kommen die Akademikerinnen in Deutschland durch die langen Studienzeiten oft erst spät zu einer Familiengründung.

Erhebungen haben jedoch eindeutig ergeben, dass ein hoher Bildungsgrad nicht automatisch mit hoher Kinderlosigkeit einhergeht. Eine viel wichtigere Rolle spielen

die Arbeitsbedingungen in der Branche, in der die Frauen tätig sind. So bleiben etwa in Schweden Lehrerinnen und Ärztinnen seltener dauerhaft kinderlos als Angestellte in Restaurants und Hotels. Hebammen, die eine Fachhochschule besucht haben, sind weniger häufig kinderlos als Bürokräfte mit mittlerer Reife.²⁰ Ähnliches gilt für Deutschland. Besonders wenige Kinder haben Frauen, die im Journalismus oder im höheren Management arbeiten, in Bereichen also, die den Arbeitnehmern eine hohe zeitliche Flexibilität und Mobilität abfordern.²¹

Aber auch die in Deutschland immer noch verbreitete Ansicht, es wirke sich schlecht auf die Entwicklung des Kindes aus, wenn die Mutter erwerbstätig sei, verzögert die Umsetzung vorhandener Kinderwünsche. Und gleichzeitig ist es in anderen Ländern, Schweden zum Beispiel oder Frankreich, für hoch gebildete Frauen leichter, trotzdem Kinder zu haben. In diesen Ländern spielen die auch pädagogisch hochwertigen Betreuungsmöglichkeiten für die Kleinen mit Sicherheit eine Rolle bei der Überlegung, wie sich Familie und Beruf ohne schlechtes Gewissen vereinbaren lassen.



Ursachen männlicher Unfruchtbarkeit

Auch beim Mann steuern Drüsen im Gehirn über ein ausgeklügeltes System von Hormonsignalen die Fortpflanzung. Nur laufen die Vorgänge nicht zyklisch ab, sondern kontinuierlich. Die Hirnanhangdrüse schickt zwei Hormone an die Hoden (1). Eines davon bewirkt, dass die Hoden ihrerseits das männliche Geschlechtshormon ausschütten. Dieses sorgt gemeinsam mit dem zweiten Botenstoff der Hirnanhangdrüse dafür, dass die Hoden Spermien produzieren und dass diese richtig heranreifen, bevor sie beim Geschlechtsakt durch die Samenleiter (2) und die Harnröhre (3) in den weiblichen Genitaltrakt gelangen.

Liegt die Ursache für ungewollte Kinderlosigkeit beim Mann, lässt in den meisten Fällen die Menge oder die Qualität der Spermien zu wünschen übrig. Das rührt meist daher, dass die hormonelle Steuerung aus dem Gleichgewicht geraten ist. Die Samenflüssigkeit, die bei einem gesunden Mann pro Erguss 40 bis 240 Millionen Samenzellen mitbringt (4), enthält dann zu wenig Spermien für eine erfolgreiche Befruchtung, oder die Spermien sind missgebildet und nicht funktionsfähig (5). Seltener liegen Störungen der Hoden selbst vor. Gelegentlich kommt es auch vor, dass die Hoden zwar funktionieren, die Samenleiter jedoch die Spermien nicht durchlassen.

Möglicherweise schieben Paare die Entscheidung auch deshalb relativ leichtfertig auf, weil ihnen nicht klar ist, welche Chancen sie damit vergeben: Nach der neuen Untersuchung des Institutes für Demoskopie Allensbach im Rahmen dieser Studie glaubt eine Mehrheit von 54 Prozent der Bevölkerung, erst ab einem Alter von 40 Jahren und darüber nehme die Fruchtbarkeit der Frau ab. Darunter gaben 14 Prozent sogar an, dies trete erst nach 45 Jahren ein, also erst, wenn die Wechseljahre einsetzen.

2

KINDERWÜNSCHE IN DEUTSCHLAND

Nur rund acht Prozent der erwachsenen Deutschen zwischen 25 und 59 Jahren wollen ausdrücklich keine Kinder oder wollten niemals welche. Aber 30 Prozent von ihnen sind bisher ohne Nachwuchs. Wunsch und Wirklichkeit klaffen also deutlich auseinander. Das hat eine eigens für diese Studie durchgeführte Befragung gezeigt. Die Gründe dafür, dass so viele Kinderwünsche unerfüllt bleiben, sind vielfältig. Sehr häufig fehlt es am richtigen Partner, aber auch berufliche und finanzielle Gründe spielen eine Rolle – und medizinische. Allerdings nennen Kinderlose diese Gründe in anderer Reihenfolge als Paare, die bereits Eltern sind und eigentlich ihre Familie vergrößern möchten.

Ob aufgeschoben oder von Beginn an ungewollt – fest steht, dass der Anteil Kinderloser in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Noch einmal zur Erinnerung: Von den 1955 geborenen Frauen sind 22 Prozent kinderlos geblieben. Für die Geburtsjahrgänge nach 1965, bei denen eventuell noch Nachwuchs kommen könnte, liegen die Schätzungen bei rund 30 Prozent. Ein spürbarer Anstieg. Aber woher kommt er? Wollen die Deutschen keine Kinder? Fehlt es am richtigen Partner oder am Geld? Beeinträchtigt Zukunftsangst die Zeugungsfreudigkeit? Oder sind es hauptsächlich medizinische Probleme?

Um diese Fragen zu klären, hat das Institut für Demoskopie Allensbach im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diese verfolgte zwei Ziele: Erstens den derzeitigen Anteil ungewollt kinderloser Frauen und Männer an der Gesamtbevölkerung möglichst genau zu erfassen, und zwar

einschließlich jener, die bereits Eltern sind und sich ohne Erfolg um ein weiteres Kind bemühen. Zweitens den Anteil derjenigen, bei denen es mit dem Schwangerwerden nicht geklappt hat, unabhängig davon, ob sie zur Zeit versuchen, ein erstes oder ein weiteres Kind zu bekommen oder ob sie es früher vergeblich versucht haben.

Die Allensbach-Umfrage

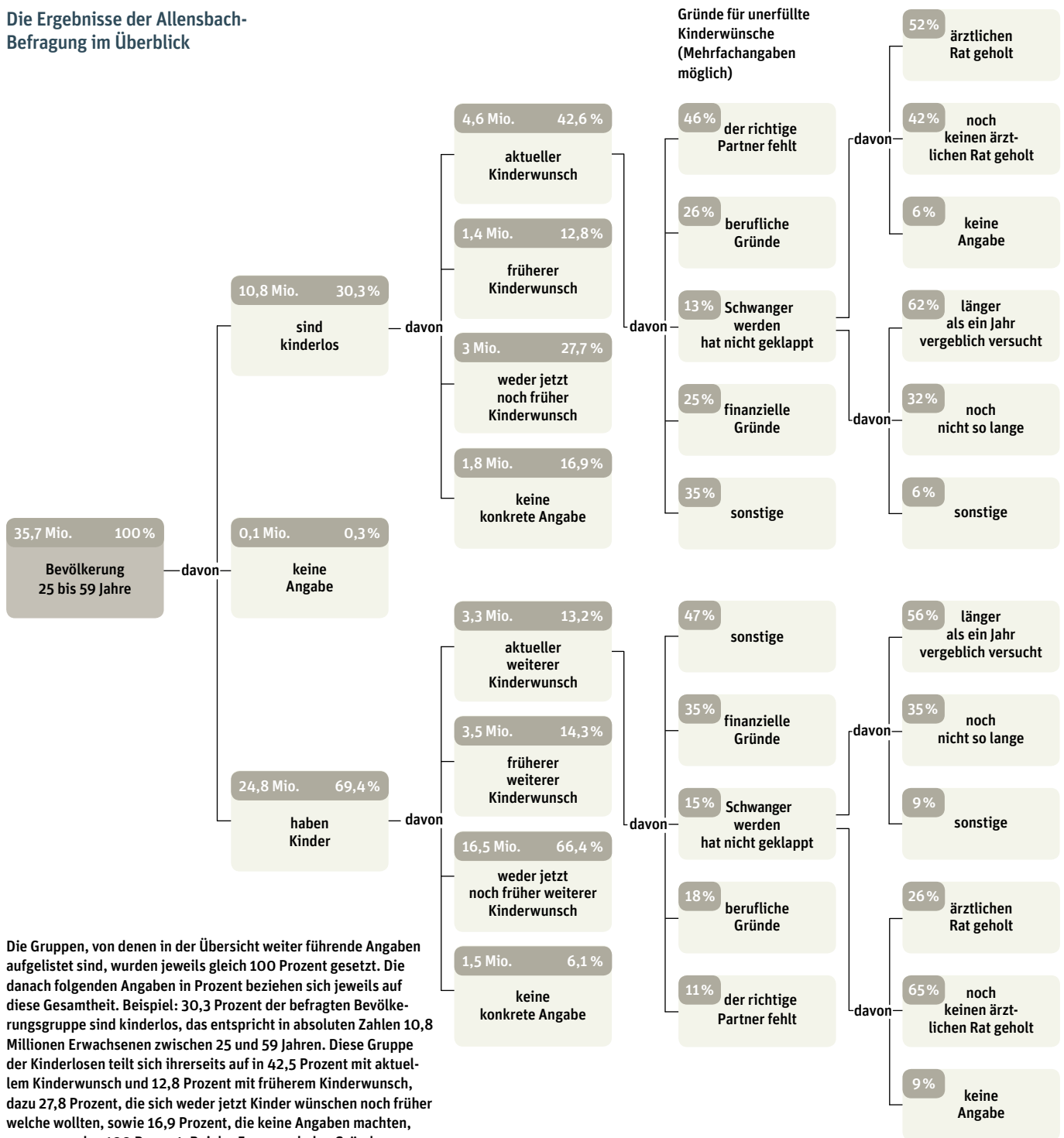
Die Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach fand in den Monaten Oktober, November, Dezember 2006 in der Bundesrepublik Deutschland statt. Dabei führten Institutsmitarbeiter insgesamt 3.496 mündlich-persönliche Interviews in der für das Thema Reproduktionsmedizin bedeutenden Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen. Diese umfasst 55,8 Prozent der Wohnbevölkerung Deutschlands, das sind nach Daten des Mikrozensus 2005 rund 35,73 Millionen Menschen. Mit der Obergrenze 59 sind auch diejenigen erfasst, die zwar nicht mehr im fruchtbaren Alter sind, aber in der jüngeren Vergangenheit vor der Frage einer Familiengründung oder -erweiterung standen.

Da die Testfragen intime Bereiche berührten, waren sie in drei Umfragen mit weiteren Themen eingeschlossen, um in einem neutralen Umfeld zunächst die Größenordnung der von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Frauen und Männer zu ermitteln. Die hier gewonnenen Basisdaten wurden in einer zweiten, vertiefenden Befragungsrunde durch nähere Angaben ergänzt, beispielsweise über die Einschätzung und die Nutzung reproduktionsmedizinischer Angebote. Deren Ergebnisse sind in Kapitel 4 dargestellt.

3.496 Interviews sind eine sehr breit angelegte Stichprobe. Die Befunde sind insofern sehr aussagefähig. Allerdings sollte man sich im Klaren sein, dass dies nur – so sorgfältig wie möglich erhobene – Näherungswerte sind, die zumindest ungefähre Größenordnungen erkennen lassen. Ganz exakte Zahlen wird es ohnehin nie geben, da das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein unerfüllter Kinderwünsche auf sehr subjektiven, auch im Zeitablauf schwankenden Einschätzungen der Befragten beruht.

Datengrundlage für alle Grafiken in diesem Kapitel: Institut für Demoskopie Allensbach, IfD-Archiv 7094, 7097, 7098

Die Ergebnisse der Allensbach-Befragung im Überblick



Die Gruppen, von denen in der Übersicht weiterführende Angaben aufgelistet sind, wurden jeweils gleich 100 Prozent gesetzt. Die danach folgenden Angaben in Prozent beziehen sich jeweils auf diese Gesamtheit. Beispiel: 30,3 Prozent der befragten Bevölkerungsgruppe sind kinderlos, das entspricht in absoluten Zahlen 10,8 Millionen Erwachsenen zwischen 25 und 59 Jahren. Diese Gruppe der Kinderlosen teilt sich ihrerseits auf in 42,5 Prozent mit aktuellem Kinderwunsch und 12,8 Prozent mit früherem Kinderwunsch, dazu 27,8 Prozent, die sich weder jetzt Kinder wünschen noch früher welche wollten, sowie 16,9 Prozent, die keine Angaben machten, zusammen also 100 Prozent. Bei der Frage nach den Gründen für unerfüllte Kinderwünsche waren Mehrfachnennungen möglich, deshalb ergibt dort die Summe mehr als 100 Prozent.

35,9 Prozent der 25- bis 59-Jährigen, also gut jede(r) Dritte hätte demnach gern jetzt oder früher (weitere) Kinder gehabt. Das sind rund 12,8 Millionen Frauen und Männer mit heute oder früher – aus welchen Gründen auch immer – unerfülltem Kinderwunsch.

Dabei fallen auch die Paare, die bereits Eltern sind und gern mehr Kinder hätten, ins Gewicht. Die 35,9 Prozent der 25- bis 59-Jährigen mit Kinderwunsch setzen sich zusammen aus Kinderlosen, die jetzt gerne Kinder hätten (12,9 Prozent) oder früher gern welche bekommen hätten (3,9 Prozent) sowie aus Eltern, die ihre Familie jetzt gern vergrößern würden (9,2 Prozent) oder früher gern zusätzlichen Nachwuchs gehabt hätten (9,9 Prozent).

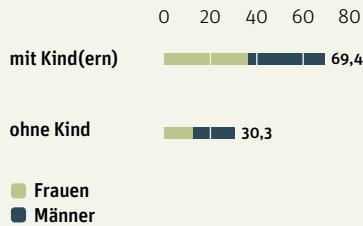
Dieses Ergebnis ist mit Vorsicht zu behandeln, da zumindest die jüngeren Jahrgänge später noch Eltern werden können. Der tatsächliche Anteil unerfüllter Kinderwünsche lässt sich erst feststellen, wenn alle Frauen in diesem Bevölkerungsquerschnitt ihre fruchtbare Lebensphase abgeschlossen haben.

Dennoch lässt sich sagen: Die im internationalen Vergleich sehr niedrige Geburtenrate in Deutschland erklärt sich zu einem erheblichen Teil aus der hohen Zahl unerfüllter Kinderwünsche.

Die Ergebnisse bestätigen auch die Aussage, wonach der Wunsch weit über der Wirklichkeit liegt: Nur etwa acht Prozent wollen beziehungsweise wollten niemals Kinder. Aber 30 Prozent haben keine oder noch keine.

Eltern und Kinderlose in Deutschland

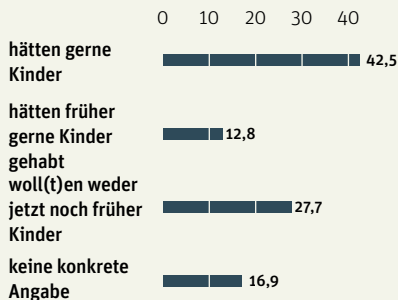
(Eltern und Kinderlose der Altersgruppe 25 bis 59 Jahre in Prozent)



Von den Befragten sind fast 70 Prozent bereits Eltern, hingegen haben gut 30 Prozent noch kein Kind. Männer haben in allen Altersgruppen in geringerem Anteil Nachwuchs als Frauen. 34,8 Prozent der Männer zwischen 25 und 59 Jahren sind kinderlos – aber nur 25,8 Prozent der Frauen.

Kinderwünsche Kinderloser

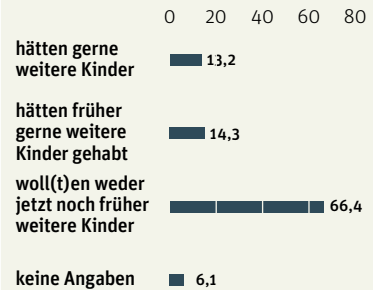
(Anteil an der Gesamtheit aller Kinderlosen in Prozent)



Viele Kinderlose hätten gerne Kinder. Setzt man diese Gruppe gleich hundert Prozent, so muss bei 42,5 Prozent aller Kinderlosen der Wunsch nach einem Kind nicht erst geweckt werden, etwa durch politische oder finanzielle Anreize. Fast 13 Prozent aller Menschen, die kinderlos geblieben sind, hätten früher gerne Kinder gehabt. Weniger als ein Drittel der Kinderlosen (27,7 Prozent) sind gewollt ohne Nachwuchs.

Eltern und ihr Wunsch nach weiteren Kindern

(Anteil an der Gesamtheit aller Personen mit Kind in Prozent)

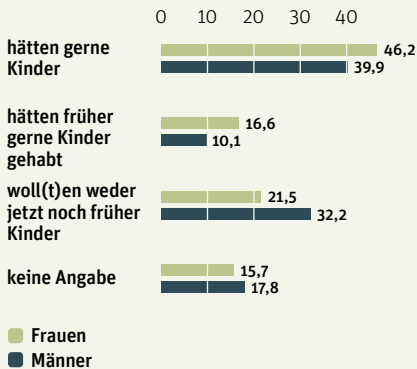


Eltern in der Altersgruppe 25 bis 59 Jahre haben im Durchschnitt 1,89 Kinder bekommen. Aber auch sie sehen sich unerfüllten Kinderwünschen gegenüber. Nimmt man all jene, die bereits mindestens ein Kind haben, als hundert Prozent, so wünschen sich davon rund 13 Prozent aktuell weitere Kinder und über 14 Prozent hätten früher gern weitere Kinder gehabt. Zwei Drittel aller Eltern sind mit der aktuellen Familiengröße zufrieden und wünschen sich keine weiteren Kinder mehr.

Dabei unterscheiden sich Frauen und Männer deutlich. Männer bleiben generell häufiger kinderlos als Frauen. So haben in der Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen 25,8 Prozent der Frauen, aber 34,8 Prozent der Männer keine Kinder. Offensichtlich gehen Männer häufiger als Frauen nach der ersten Partnerschaft weitere Beziehungen ein, aus der abermals Kinder hervorgehen. Der Wunsch nach weiteren Kindern, zumindest der früher bestehende Wunsch, ist bei Frauen mit Kindern ausgeprägter als bei Männern. Kinderlose Männer sagen auch häufiger als kinderlose Frauen, dass sie nie Kinder wollten: 11,2 Prozent der Männer verspürten nie einen Kinderwunsch, aber nur 5,6 Prozent der Frauen.

Kinderwünsche kinderloser Frauen und Männer

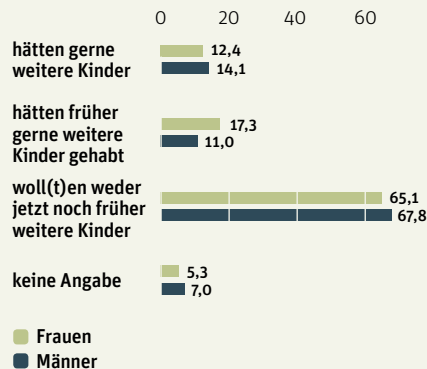
(Angaben in Prozent)



Frauen und Männer haben unterschiedlich starke Kinderwünsche. Kinderlose Frauen wünschen sich im Vergleich häufiger ein Kind als kinderlose Männer. Diese geben hingegen wesentlich häufiger als Frauen an, weder jetzt Kinder zu wollen noch sich früher welche gewünscht zu haben. Dennoch wünscht sich auch ein beträchtlicher Teil der kinderlosen Männer Nachwuchs. Die 25,8 Prozent kinderlosen Frauen und 34,8 Prozent kinderlosen Männer wurden hier jeweils gleich 100 Prozent gesetzt, die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf diese beiden Gruppen.

Kinderwünsche von Frauen und Männern mit Kindern

(Angaben in Prozent)



Bei den Befragten, die bereits Eltern sind, sind sich Frauen und Männer bezüglich weiterer Kinderwünsche recht ähnlich. Die 73,9 Prozent Frauen und 65 Prozent Männer, die bereits Kinder haben, wurden hier jeweils gleich 100 Prozent gesetzt, die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf diese beiden Gruppen.

Insgesamt gesehen gibt es offensichtlich viele unerfüllte Kinderwünsche in Deutschland: 30,3 Prozent der 25- bis 59-Jährigen haben keine Kinder. Nur 8,4 Prozent sagen jedoch klar, dass sie weder jetzt noch früher Kinder haben wollten. Abzüglich jener, die keine Angaben machten, können oder wollen sich somit 16,8 Prozent der Erwachsenen zwischen 25 und 59 in Deutschland zur Zeit ihren Wunsch nach einem Kind nicht erfüllen, beziehungsweise konnten oder wollten ihn sich früher nicht erfüllen, also gut jeder sechste.

Betrachtet man nur die Kinderlosen, setzt also diesen Ausschnitt gleich hundert Prozent, so sagt von diesen nur gut jeder vierte 25- bis 59-Jährige, dass sie oder er nie Kinder wollte (27,7 Prozent). Und zwar äußert dies von den kinderlosen Frauen nur etwa jede fünfte (21,5 Prozent), von den kinderlosen Männern aber jeder dritte (32,2 Prozent). Männern fällt es offensichtlich schwerer, sich überhaupt für die Gründung einer Familie zu entscheiden.

Anders liegen die Verhältnisse bei den 25- bis 59-Jährigen, die bereits Eltern sind. Nimmt man diese Gruppe als Gesamtheit, geben zwar rund zwei Drittel (66,4 Prozent) an, dass sie weder jetzt noch früher zusätzlichen Nachwuchs wollten, aber immerhin jeder vierte (27,5 Prozent) hätte jetzt oder früher gern ein oder mehrere weitere Kinder gehabt, und zwar 25,1 Prozent der Männer und 29,7 Prozent der Frauen, also ein vergleichbarer Anteil bei beiden Geschlechtern.

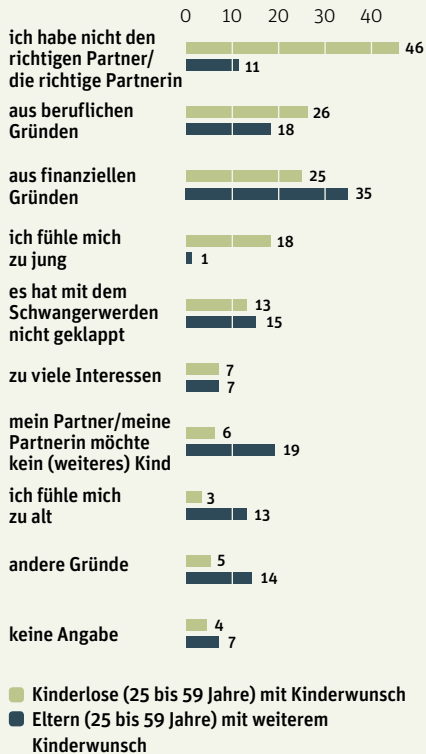
Diese letzteren Zahlen deuten darauf hin, dass der Trend zu kleineren Familien anhält: 1975 hatte jede dritte deutsche Familie drei oder mehr Kinder. Im Jahre 2000 war es nur noch jede siebte.

Da Männer in der Regel Kinderwünsche in höherem Lebensalter verwirklichen als Frauen und da Männer sich diese Wünsche auch in späteren Jahren noch erfüllen können, gliederte das Allensbach-Institut die Zahlen zusätzlich nach Altersgruppen auf. Dabei zeigt sich, dass Männer aller Altersstufen in geringerem Anteil Kinder haben als Frauen und sich auch, mit Ausnahme der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen, seltener als Frauen gleichen Alters weitere Kinder wünschen. Der Anteil der Männer mit Kindern nähert sich zwar in höheren Altersgruppen dem der Frauen mit Kindern an, erreicht ihn aber nie. Dennoch wünscht sich die Hälfte der kinderlosen Männer, also jeder zweite, Nachwuchs oder hätte ihn früher gerne gehabt. Das liegt deutlich unter dem Anteil unerfüllter Kinderwünsche bei kinderlosen Frauen von 62,8 Prozent.

Aber welches sind denn nun die Ursachen dafür, dass so viele Kinderwünsche unerfüllt bleiben? Die angegebenen Gründe für unerfüllte Kinderwünsche streuen sehr stark und unterscheiden sich bei Kinderlosen und Eltern mit Wunsch nach weiteren Kindern deutlich.

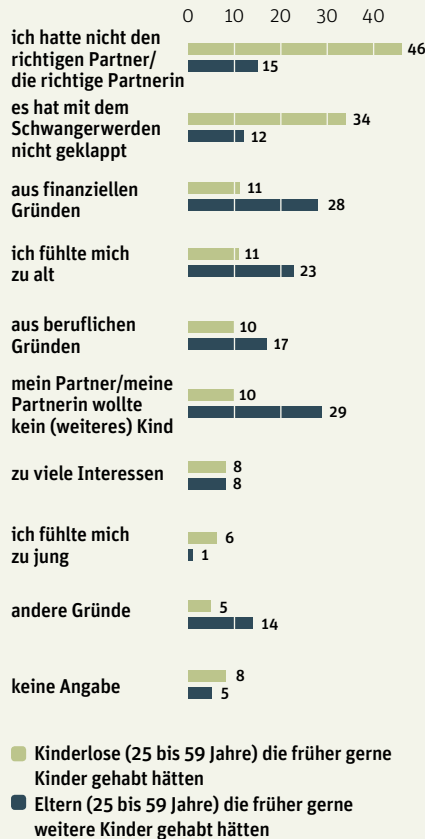
Gründe für unerfüllte Kinderwünsche von Eltern und Kinderlosen heute

(Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Gründe für frühere unerfüllt gebliebene Kinderwünsche von Eltern und Kinderlosen

(Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Bei 25- bis 59-jährigen Kinderlosen mit – zumindest bisher – unerfülltem Kinderwunsch spielt das Fehlen des richtigen Partners die wichtigste Rolle. Danach kommen finanzielle Überlegungen oder Unvereinbarkeit mit beruflichen Ambitionen.

Fast jeder zweite 25- bis 59-jährige Kinderlose, der früher gerne Kinder gehabt hätte, berichtet, dass damals der richtige Partner fehlte (46 Prozent). Finanzielle Erwägungen oder berufliche Gründe spielten in der Rückschau eine vergleichsweise geringere Rolle.

Bei Eltern dieser Altersgruppe, die jetzt oder früher gerne weitere Kinder gehabt hätten, spielen finanzielle Gründe für die Nicht-Erfüllung weiterer Kinderwünsche eine große Rolle. Sehr viele geben auch an, dass ihr Partner kein weiteres Kind will oder wollte.

„Es hat mit dem Schwangerwerden nicht geklappt“, das sagen 13 Prozent der Kinderlosen mit aktuellem unerfülltem Kinderwunsch und 15 Prozent der Eltern, die zur Zeit eigentlich ihre Familie vergrößern möchten. Von den Kinderlosen, die früher gerne Kinder gehabt hätten, gaben dies rückblickend sogar 34 Prozent als Grund an, also jeder dritte, und von denjenigen, die sich früher zusätzliche Kinder gewünscht hätten, zwölf Prozent, also rund jeder achte.

Rechnet man diese Prozentsätze auf die Gesamtbevölkerung hoch, kommt man auf insgesamt 12,8 Millionen 25- bis 59-Jährige in Deutschland mit unerfülltem Kinderwunsch, aus welchen Gründen auch immer. Bei rund zwei Millionen davon hat es mit dem Schwangerwerden nicht geklappt, von diesen wiederum haben es 1,4 Millionen schon länger als ein Jahr vergeblich versucht.

Auch wenn die Allensbach-Interviewer nicht ausdrücklich nach den Ursachen dafür fragten, liegt die Annahme nahe, dass dies in hohem Maße auf biologische oder medizinische Probleme zurückzuführen ist.

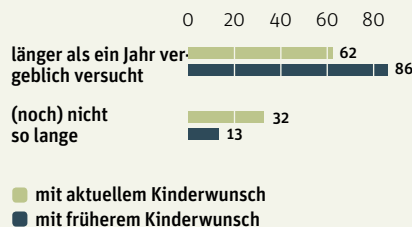
Nach übereinstimmender Aussage der 25- bis 59-jährigen Eltern, Frauen wie auch Männer, die vergeblich versucht hatten, ein Kind zu bekommen, haben rund vier Prozent medizinische Hilfen wie Hormonbehandlungen oder Befruchtung außerhalb des Körpers in Anspruch genommen, bevor es zu einer Schwangerschaft kam. Das sind rund eine Million. Knapp drei Prozent geben auf die Frage danach keine Auskunft, so dass die tatsächliche Zahl eher noch höher liegen dürfte.

Unter den Kinderlosen mit Kinderwunsch, bei denen es nicht klappt mit dem Schwangerwerden, und jenen Eltern, die bislang erfolglos zusätzlichen Nachwuchs anstreben, versuchen 62 beziehungsweise 56 Prozent schon länger als ein Jahr vergeblich, schwanger zu werden. Wer sich früher Kinder wünschte, hat es in aller Regel mindestens ein Jahr oder länger umsonst versucht.

In ähnlicher Weise unterscheidet sich auch der Anteil derjenigen, die ärztlichen Rat einholten, wenn es nicht klappen wollte: Von den Männern und Frauen, die früher einmal vergeblich versuchten, ein erstes Kind zu bekommen, haben 74 Prozent und von denjenigen, die früher erfolglos ein weiteres Kind bekommen wollten, 46 Prozent einen Arzt konsultiert. Frauen und Männer hingegen, die heute vergeblich versuchen, ein erstes oder weiteres Kind zu bekommen, haben sich erst in deutlich geringerem Anteil bei einem Arzt Rat geholt, nämlich 52 beziehungsweise 26 Prozent. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass Paare, die bereits Eltern sind, sich eher damit abfinden, wenn es beim nächsten Mal nicht gleich klappt – oder hoffen, dass es auch ohne ärztliche Unterstützung noch zu einer Schwangerschaft kommt.

Wie lange versuchen es Kinderlose, bei denen es mit dem Schwangerwerden (noch) nicht geklappt hat, bereits vergeblich?

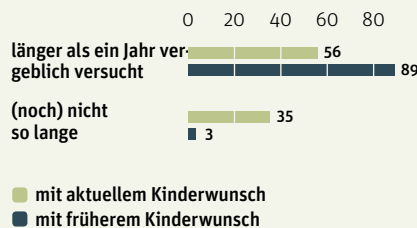
(Angaben in Prozent)



Die überwiegende Mehrheit der Paare, die bislang ohne Nachwuchs geblieben sind, hat bereits länger als ein Jahr vergeblich „probiert“. Die Zahl der Kinderlosen mit aktuellem oder früherem unerfülltem Kinderwunsch wurde hier jeweils als Gesamtheit genommen. Die Paare, die keine konkreten Angaben gemacht haben, sind nicht aufgeführt.

Wie lange versuchen es Eltern, bei denen es mit einem erneuten Schwangerwerden nicht geklappt hat, vergeblich?

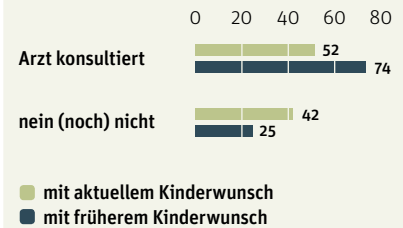
(Angaben in Prozent)



Auch die Paare, die ihre bestehende Familie gern vergrößern würden, sind mehrheitlich schon länger als ein Jahr ohne Erfolg geblieben.

Wie viele kinderlose Paare, bei denen es mit dem Schwangerwerden nicht klappt, konsultieren einen Arzt?

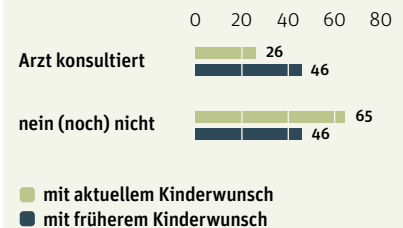
(Angaben in Prozent)



Von den Befragten zwischen 25 und 59 Jahren, die aktuell vergeblich versuchen, ein erstes Kind zu bekommen, hat etwa die Hälfte bereits ärztlichen Rat gesucht. Rund drei Viertel der Kinderlosen, bei denen es früher nicht geklappt hat mit dem Schwangerwerden, haben dieses Problem mit medizinischer Hilfe zu überwinden versucht.

Wie viele Eltern, die vergeblich nach weiterem Nachwuchs streben, nehmen medizinische Hilfe in Anspruch?

(Angaben in Prozent)



Die 25- bis 59-jährigen Befragten, die bereits eine Familie haben, diese jedoch vergeblich zu vergrößern versuchen, warten länger als die Kinderlosen, ehe sie einen Arzt aufsuchen. Sie scheinen sich eher damit zu arrangieren, wenn es nicht klappt mit dem erneuten Schwangerwerden. Von den Eltern, die früher Probleme hatten, weiteren Nachwuchs zu bekommen, hat sich aber doch fast die Hälfte ärztlich untersuchen lassen.

3

GRUNDLAGEN DER REPRODUKTIONS- MEDIZIN

1978 wurde in Großbritannien das erste Kind nach einer Befruchtung außerhalb des menschlichen Körpers geboren. Seither haben sich Methoden der Befruchtung außerhalb des Körpers fest etabliert und laufend weiter entwickelt. In Deutschland beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass es im Verlauf eines Behandlungszyklus zu einer Schwangerschaft kommt, etwa 27 Prozent, abhängig vom Alter des Paares und von der vorliegenden Fruchtbarkeitsstörung. Nimmt man alle Methoden der Reproduktionsmedizin zusammen, haben ungewollt kinderlose vergleichbar gute Chancen wie fruchtbare Paare, Eltern zu werden.

Wie eine Befruchtung im Labor vor sich zu gehen hat und wie möglicher Missbrauch zu verhindern ist, regeln in Deutschland ärztliche Richtlinien und das relativ strenge Embryonenschutzgesetz. Dennoch gibt es gegen die Methoden der Fortpflanzungsmedizin auch Vorbehalte, vor allem von Seiten der Kirchen.

3.1 Welche Methoden gibt es?

Ein gesundes Baby. Niemand sieht ihm mehr an, dass es zur Zeit seiner Zeugung zwei bis drei Tage außerhalb des Mutterleibes verbracht hat. Der Ort, an dem dies geschah, wirkt unscheinbar: Eine Laborbank mit Glasabdeckung und einer Arbeitsfläche, die sich auf Körpertemperatur heizen lässt. Hier wird fast täglich vollzogen, was sich wissenschaftlich korrekt „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) nennt, wörtlich übersetzt: Die Befruchtung im Glas, gemeinhin als künstliche Befruchtung bezeichnet.

Sie geschieht allerdings nicht in einem gläsernen Gefäß, sondern in einer knapp handtellergroßen transparenten Kunststoffschale mit vier kleinen Mulden. In einer davon schwimmt in durchsichtiger Nährlösung eine menschliche Eizelle. Von bloßem Auge gerade noch erkennbar, etwa ein Zehntel Millimeter klein. Ein Tropfen mit männlichen



Samenzellen kommt dazu. Eine von den Tausenden, die das Ei erreichen, dringt durch dessen zarte Hülle ins Innere. Wie in der Natur auch, gibt die Verschmelzung der beiden Zellkerne zu einem einzigen das Startsignal für die Entstehung eines neuen Lebewesens. Die befruchtete Zelle teilt sich, wieder und wieder. Und das genetische Programm beginnt abzulaufen, nach dem sich aus einer Anhäufung von Zellen allmählich ein Embryo bildet.

Was die Mediziner Embryo nennen, hat freilich noch keine Gliedmaßen oder Organe, wenn die Ärztin oder der Arzt den kugelförmigen, immer noch weniger als einen Millimeter messenden Keim in die Gebärmutter der Frau einsetzt, aus deren Eierstock sie zuvor das reife Ei entnommen haben. Sofern der Embryo sich in der Gebärmutter-schleimhaut einnistet und die Schwangerschaft gut verläuft, wächst jetzt das ersehnte Kind heran – nicht anders als nach einer ganz normalen Zeugung.

Der Begriff „künstliche Befruchtung“, wie er sich im Sprachgebrauch durchgesetzt hat, trifft den Sachverhalt nicht richtig, läuft doch der eigentliche Befruchtungsvorgang, also die Verschmelzung der beiden Zellkerne, ganz natürlich ab. Die Befruchtung außerhalb des Körpers, auch assistierte oder medizinisch unterstützte Reproduktion genannt, überbrückt vielmehr Störungen der natürlichen Empfängnis- oder Zeugungsfähigkeit.

Die Methode ist im Prinzip immer noch die gleiche wie vor bald dreißig Jahren, als die künstliche Befruchtung erstmals gelang. Der britische Biologe Robert Edwards hatte rund zehn Jahre experimentiert, bevor die Befruchtung im Labor klappte. Daraufhin suchte er die Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen Patrick Steptoe. Der hatte erstmals ein Laparoskop genutzt, also eine Bauchspiegelungs-

Sonde, um Eizellen durch einen nur wenige Millimeter langen Einschnitt in der Bauchdecke zu entnehmen. Im Spätherbst 1977 setzte Steptoe einen in der Laborschale befruchteten Keim in die Gebärmutter von Lesley Brown ein, die auf natürlichem Wege nicht schwanger werden konnte. Am 25. Juli 1978 um dreizehn Minuten vor Mitternacht kam Louise Brown im Königlichen Krankenhaus von Oldham bei Manchester per Kaiserschnitt zur Welt. Das Neugeborene war eine Weltsensation: Der erste Mensch, der außerhalb des Körpers gezeugt wurde.

Was damals für Schlagzeilen sorgte, ist heute Routine. Die Methode wurde weiter entwickelt und verfeinert, so dass, wie der Kemptener Reproduktionsmediziner Ricardo E. Felberbaum schreibt, „aus einer ursprünglich experimentellen eine klinisch fest etablierte Behandlungsform mit akzeptabler Erfolgswahrscheinlichkeit“²² geworden ist. Arztpraxen und Kliniken in praktisch allen Industrienationen nehmen Kinderwunschbehandlungen vor. Inzwischen zählt das „kleine Volk aus der Schale“²³ weltweit über drei Millionen.²⁴ Allein in Deutschland wurden bis heute fast 100.000 Kinder geboren, die aus künstlicher Befruchtung hervorgegangen sind.²⁵

Im Frühling 1982 kam an der Universitätsklinik Erlangen das erste deutsche IVF-Kind zur Welt, Oliver. Auch das Erlanger Baby verursachte zunächst einen großen Medienwirbel. Heute gibt es rund 120 Kinderwunschzentren in Deutschland, die künstliche Befruchtungen durchführen. Sie versuchen Paaren, bei denen es auf natürlichem Wege nicht klappt mit dem Schwangerwerden, zu einem Baby zu verhelfen. Das gelingt, wenn die Frau jünger ist als 36 Jahre, grob gerechnet in einem von drei Behandlungszyklen.

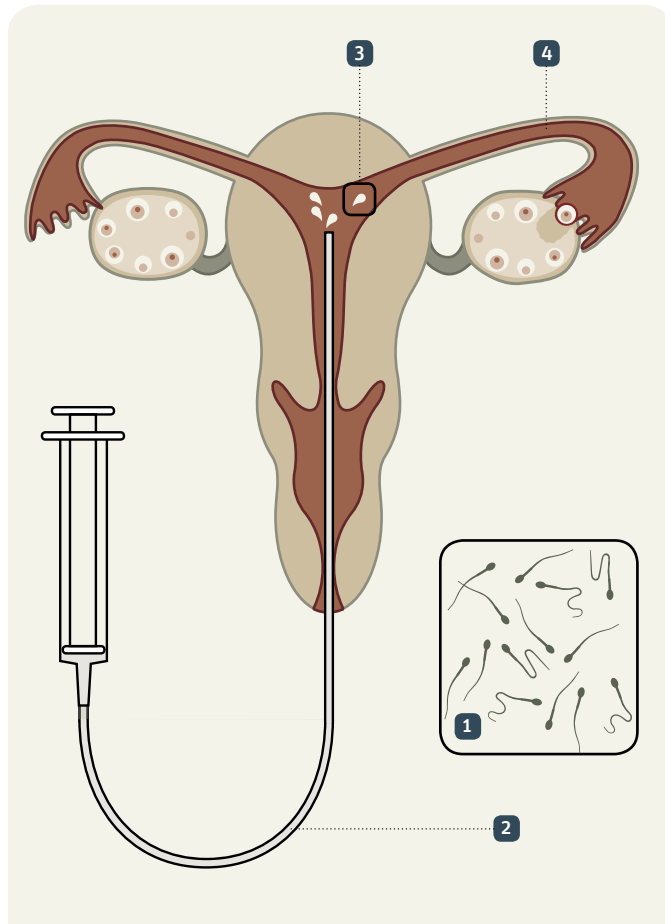
Nicht immer müssen die Fortpflanzungsmediziner jedoch gleich zur künstlichen Befruchtung greifen. Zuerst klären sie bei jedem Paar, das in die Kinderwunschsprechstunde kommt, wo die Ursache der Unfruchtbarkeit liegt.

Anna und Klaus soll das beispielhafte Durchschnittpaar heißen, das zur Kinderwunschsprechstunde kommt. Anna ist 30, Klaus 40 Jahre alt. Sie ist Lehrerin, er Bäcker. Er ist etwas übergewichtig, aber beide sind so weit gesund. Seit drei Jahren versuchen sie vergeblich, ein Kind zu zeugen. Ein bis zwei Jahre – je nach Alter – sollte ein Paar abwarten, bevor es einen Arzt aufsucht. Anna und Klaus haben nach zwei Jahren beschlossen, medizinischen Rat einzuholen. Anna ließ sich von ihrer Frauenärztin untersuchen. Mit Hilfe eines Ultraschallgerätes lässt sich erkennen, ob die Gebärmutter fehlgebildet ist oder Wucherungen aufweist, ob etwa Zysten die normale Funktion der Eierstöcke beeinträchtigen. Eine Bauchspiegelung verrät, ob die Eileiter verschlossen oder mit Flüssigkeit gefüllt sind. Bei Anna war zumindest anatomisch alles in Ordnung.

Daraufhin trat Klaus den Gang zum Urologen an. Dessen Befund versetzte Klaus' Selbstbewusstsein einen schweren Schlag: Zu wenig und schlecht bewegliche Spermien. Bei gesunden Männern enthält ein Milliliter Samenflüssigkeit mindestens 20 Millionen männlicher Keimzellen, von denen die Hälfte gut beweglich sein sollte. Wenigstens jedes sechste Spermium ist normal geformt, weist also einen spitz zulaufenden Kopf und einen fadenförmigen Schwanz auf. Klaus lag in allen Punkten deutlich unter diesen Normen. Der Arzt riet ihm, sich mit seiner Gattin bei einem spezialisierten Kinderwunschzentrum anzumelden.

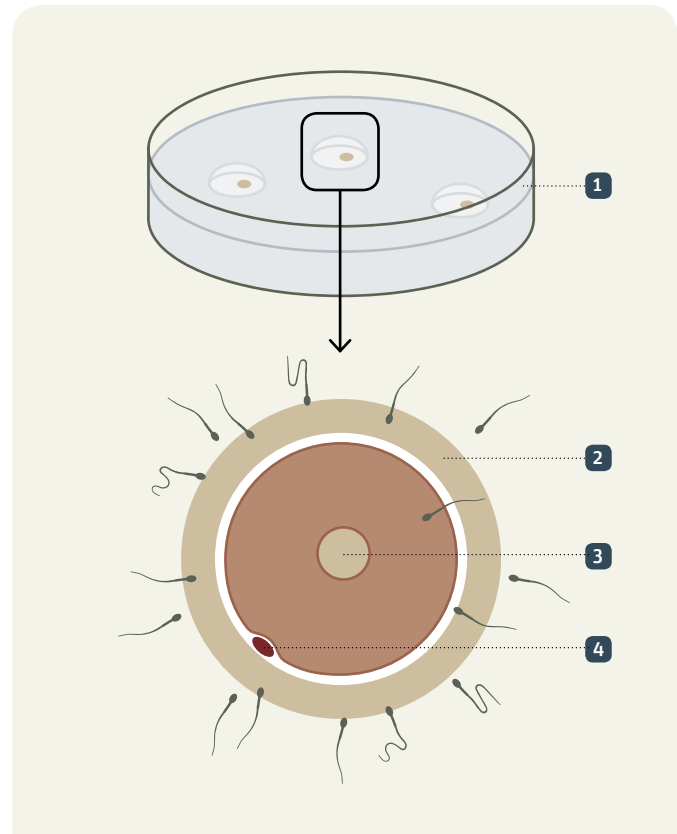
Unfruchtbarkeit zu überwinden ist mit der Arbeit eines Detektivs vergleichbar. Das Paar muss Fragen beantworten, die von der Regelmäßigkeit der Menstruation über heutige Lebensgewohnheiten bis hin zu früher durchgemachten Krankheiten reichen. Die Ärzte eruieren mit Hilfe von Tests, ob der Körper der Frau die Hormone zum richtigen Zeitpunkt und in ausreichender Menge

Methoden der Reproduktionsmedizin



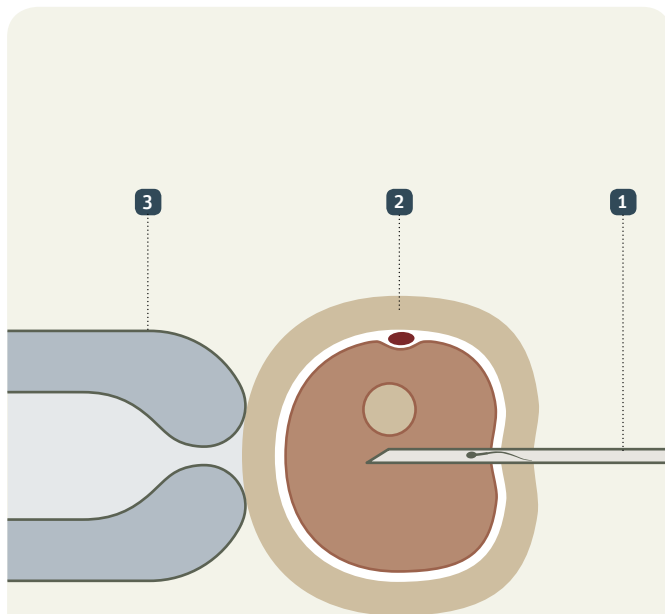
Intrauterine Insemination

Diese Methode kann bei geringfügigen Störungen der Fruchtbarkeit helfen, wenn etwa die Spermienqualität nur mäßig beeinträchtigt ist oder wenn der Schleimpfropf am Gebärmutterhals der Frau die Spermien nicht durchlässt. Bei einer Insemination wird zum Zeitpunkt des Eisprungs konzentrierte Samenflüssigkeit des Mannes (1) durch einen dünnen Schlauch (2) direkt in den Uterus, die Gebärmutterhöhle (3) der Frau eingebracht. Damit erhöhen sich die Chancen, dass ein Spermium die reife Eizelle erreicht, die hier gerade ihren Weg vom rechten Eierstock durch den Eileiter (4) antritt. In der kurzen Zeit, die sie für diese Wanderung braucht, kann die Befruchtung stattfinden. Eine hormonelle Stimulierung im Vorwege kann auch bei einer Insemination notwendig sein.



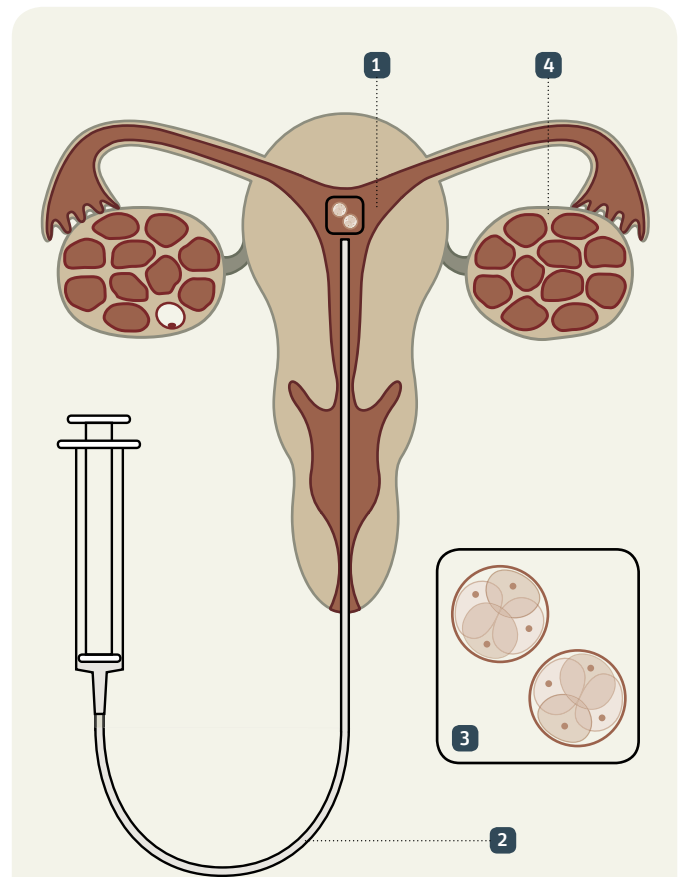
Künstliche Befruchtung

Diese Methode kann auch schwerere Störungen der Fruchtbarkeit überbrücken, etwa verklebte Eileiter oder Wucherungen der Gebärmutter Schleimhaut. Der erste Schritt besteht darin, die weiblichen Eierstöcke kontrolliert mit Hormonen zu stimulieren, damit mehrere Eizellen heranreifen. Diese werden entnommen und außerhalb des Körpers mit den Spermien des Mannes zusammengebracht. Die Schale (1), in der dies geschieht, kommt dann in einen besonderen Brutschrank, wo sich die Befruchtung vollzieht: Eine der Samenzellen dringt durch die dünne Haut der Eizelle (2) und stößt zum Zellkern (3) vor. Der dunkle Fleck unter der Oberfläche der Eizelle ist das Polkörperchen (4), das die Mediziner für die Diagnose möglicher genetischer Störungen nutzen (siehe Kasten auf S. 27). Wenn die beiden Zellkerne verschmolzen sind, ist die Befruchtung abgeschlossen. Die Begriffe „künstliche Befruchtung“ oder „Befruchtung außerhalb des Körpers“ bedeuten das Gleiche wie „In-vitro-Fertilisation“ (IVF).



Mikroinsemination

Der Fachbegriff dafür lautet „Intracytoplasmatische Spermieninjektion“ (ICSI). Die Methode ist im Grunde eine zusätzliche Verfeinerung der In-vitro-Fertilisation. Das heißt, dass im Vorwege ebenfalls eine hormonelle Stimulierung erfolgt, und nach vollzogener Befruchtung das Gleiche geschieht wie nach einer „gewöhnlichen“ IVF. Die Mikroinsemination kommt vor allem bei schweren Beeinträchtigungen der Spermienqualität zum Einsatz. Dabei wird ein einzelnes, sorgfältig ausgewähltes Spermium mit Hilfe einer extrem dünnen Injektionsnadel (1) unter dem Mikroskop direkt in das Innere der Eizelle (2) gespritzt. Eine Pipette, deren Spitze links im Bild zu sehen ist (3), hält die Eizelle dabei mit leichtem Unterdruck fest. Im Inneren der Eizelle kommt es dann zur Verschmelzung der Zellkerne.



Embryotransfer

Nachdem Eizellen und Spermien außerhalb des Körpers aufeinandergetroffen sind, bleibt die Schale etwa zwei Tage im Brutschrank. Ist die Befruchtung geglückt, setzen die Reproduktionsmediziner nun die dabei entstandenen Embryonen in die Gebärmutterhöhle (1) der Frau ein. Dies geschieht, ähnlich wie bei der Insemination, mit einem dünnen Schlauch (2). Wenn alles geht wie erhofft, nistet sich mindestens ein Embryo (3) in der Gebärmutterwand ein – die Frau ist schwanger. Ein Embryotransfer erfolgt im Zuge einer „normalen“ IVF, aber auch bei einer Mikroinsemination oder wenn kältekonservierte befruchtete Eizellen von früheren Behandlungszyklen zum Einsatz kommen. Die kontrollierte Stimulierung zu Beginn der Behandlung hat die Eierstöcke (4) vergrößert.

ausschüttet. Stellen sie etwa fest, dass die Funktion der Eierstöcke gestört ist, genügt es manchmal, die entsprechenden Hormone in abgestimmter Dosierung zu verabreichen. Fruchtbarkeitshormone regen ein bis zwei Eibläschen zu Wachstum und Reifung an, wenn nötig, löst die Gabe eines weiteren Hormons den Eisprung aus. Oft ermöglicht diese Behandlung, zusammen mit der Empfehlung, „Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt“ zu haben, eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege.

Bei mäßig beeinträchtigter Spermienqualität kann es genügen, wenn das Labor die Samenflüssigkeit aufbereitet und die Mediziner diese zum Zeitpunkt des Eisprungs mit Hilfe eines dünnen Schlauches direkt in die Gebärmutter übertragen. Den Rest besorgt dann die Natur. „Intrauterine Insemination“ nennt sich die Methode, künstliche Besamung sagt der Volksmund.

Wenn jedoch die Eileiter undurchlässig sind oder Gebärmutter schleimhaut an den falschen Stellen wuchert (Endometriose), wenn – wie bei Anna und Klaus der Fall – die Zeugungsfähigkeit des Mannes stark eingeschränkt ist oder wenn sich die Ursache für die Unfruchtbarkeit gar nicht orten lässt, dann bietet sich die Befruchtung außerhalb des Körpers als Chance an.

Dabei geht für die Frau immer eine Stimulierung mit Hormonen voraus, damit mehr als nur eine Eizelle pro Zyklus reift. Sechs bis acht Eizellen sind unter Hormonbehandlung die Regel. Die Hormone konnten früher nur aus dem Urin von Frauen in den Wechseljahren gewonnen werden. Heute lassen sie sich biotechnologisch herstellen, sind also frei von möglichen Verunreinigungen. Zudem lassen sie sich exakter dosieren als früher und die Frau kann sie sich mit Hilfe einer kleinen, kugelschreiberähnlichen Applikationshilfe sogar selber spritzen.

In der Mitte des Zyklus, nach elf bis zwölf Tagen Hormonbehandlung, ist es so weit. Jetzt kommt es auch auf Klaus an. Im nüchternen Arztjargon ausgedrückt: „Der Partner gewinnt eine frische Samenprobe.“ Diese kommt ins Labor, wo die Spermien konzentriert und in Nährlösung aufbewahrt werden. Anna liegt derweil auf dem Gynäkologenstuhl, hat eine Schlafnarkose erhalten. Die behandelnde Ärztin entnimmt die reifen Eier mit einer sehr feinen Hohlnadel über die Scheide aus den dahinter liegenden Eierstöcken. Diese sind durch die Hormone auf rund das Vierfache ihrer normalen Größe angeschwollen. Dank einer Ultraschallsonde, mit der die Nadel gekoppelt ist, kann das geübte Auge auf einem Monitor erkennen, wo sich die etwa daumennagelgroßen Eibläschen befinden. Die Ärztin saugt die darin enthaltene Eizelle durch die Hohlnadel in ein Reagenzglas. Das Ganze dauert nicht länger als eine Viertelstunde. Danach können die beiden nach Hause fahren.

Jede gewonnene Eizelle kommt in eine der vier Mulden jener Kunststoffschale, in der die Befruchtung stattfindet. Zuvor spült der Biologe die Eizelle mit Nährlösung und sucht sie nach äußerlichen Auffälligkeiten ab. Bei einer normalen IVF kämen jetzt die Spermien hinzu.

Weil Klaus' Spermien nur äußerst eingeschränkt befruchtungsfähig sind, nimmt das Team des Kinderwunschzentrums zusätzlich eine „intrazytoplasmatische Spermieninjektion“ vor, abgekürzt ICSI, manchmal auch „Mikroinsemination“ genannt. Diese Methode gibt es seit 1992.²⁶ Sie hat die Behandlung der männlichen Unfruchtbarkeit revolutioniert und die Möglichkeiten der Befruchtung außerhalb des Körpers erweitert. Dabei saugt der Biologe eine einzelne, ausgewählte Samenzelle mit einer mikrofeinen Pipette auf. Diese besitzt eine angeschrägte Spitze, mit deren Hilfe sich die Samenzelle direkt im Inneren der Eizelle platzieren lässt. Da sich dies im mikroskopischen Bereich abspielt, wo selbst geschickte Finger viel zu grob

hantieren, hält ein Zusatzgerät mit Präzisionsgewinden die Pipetten fest. Die Gewinde übersetzen Handgriffe in winzigste Dimensionen.

Bei manchen Männern bilden die Hoden zwar ausreichend gesunde Spermien, diese kommen aber nicht durch die Samenleiter. Seit einigen Jahren gibt es eine Methode, die etwa in der Hälfte dieser Fälle Abhilfe schafft: Bei einem kleinen operativen Eingriff entnimmt der Urologe die Spermien direkt aus dem Hodengewebe, so dass diese zur Befruchtung der Eizelle per ICSI verwendet werden können.

Das Weitere verläuft dann wie bei einer normalen In-vitro-Fertilisation. Wenn alles gut geht, verschmelzen die beiden Zellen im Brutschrank zu einer einzigen. Diese teilt sich, jede Tochterzelle teilt sich wieder, und so geht es weiter. Ein früher Embryo ist entstanden.

Anna und Klaus gehen unterdessen zu Hause ihrem Alltag nach – so gut das geht, wenn man gespannt wartet. Nach 24 Stunden der Anruf. „Die Befruchtung ist geglückt“, teilt der Biologe dem erleichterten Paar mit. Die beiden machen sich auf den Weg in die Klinik. Dort setzt die Ärztin zwei Embryonen in Annas Gebärmutter ein. Zwei, weil dadurch bessere Aussichten auf Erfolg bestehen, das heißt, Eintreten einer Schwangerschaft, als wenn nur einer übertragen würde. Das Risiko, dass sich dabei Mehrlinge entwickeln, ist jedoch deutlich geringer als bei drei übertragenen Embryonen.

Drei ist ohnehin die Höchstzahl an befruchteten Eizellen, die nach deutschem Gesetz in die Gebärmutter eingesetzt werden darf. Generell setzen die Spezialisten heute im Vergleich zu früher weniger Embryonen ein, ohne dass die Erfolgsquote dabei zurückgegangen ist.²⁷ Dadurch ist das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften gesunken.

Die Polkörperdiagnostik

Bereits im so genannten Vorkernstadium, wenn also eine Samenzelle in die Eizelle eingedrungen ist, jedoch noch nicht mit ihr verschmolzen ist, lässt sich im Rahmen einer Befruchtung in der Laborschale feststellen, ob bei dem späteren Embryo überzählige oder zu wenige Chromosomen vorhanden und teilweise auch, ob bestimmte Erbkrankheiten zu erwarten sind. Das geschieht mit Hilfe der 1990 erstmals veröffentlichten Polkörperdiagnostik.

Ein menschlicher Embryo muss 46 Chromosomen enthalten, zwei komplette Sätze zu 23 Chromosomen, so wie später auch alle Körperzellen. Einzig die männlichen und weiblichen Keimzellen reduzieren im Verlauf der so genannten Reifeteilung ihren Bestand auf den einfachen Satz von 23 Chromosomen, so dass es nach der Verschmelzung wieder 46 sind. Die Eizelle schleust dabei die überschüssigen 23 Chromosomen aus und speichert sie in einem abgetrennten Bereich unter der Hülle, dem Polkörperchen. Um es untersuchen zu können, öffnen die Spezialisten die Eizelhülle unter dem Mikroskop, meist mit einem Laserstrahl, und entnehmen das Polkörperchen.

Abnormale Chromosomenverteilungen können daran schuld sein, dass sich der Embryo nach der Übertragung in die Gebärmutter nicht einnistet oder dass eine Fehlgeburt erfolgt. Sie treten generell bei Eizellen häufiger auf als bei Spermien, und vermehrt bei älteren Frauen. Deshalb eignet sich die Polkörperdiagnostik, obschon sie nur über den mütterlichen Teil des Erbgutes Auskunft gibt, besonders für Frauen ab Ende dreißig, für Trägerinnen einer Erbkrankheit und für Frauen, die trotz guter körperlicher Voraussetzungen nicht schwanger werden.²⁸ Diese Diagnosemethode kann die Erfolgsquote der IVF-Behandlungen verbessern, somit das Risiko frühzeitiger Fehlgeburten verringern.²⁹

Die *genetische* Untersuchung des Embryos, die so genannte Präimplantationsdiagnostik (PID), ermöglicht weiter gehende Einblicke in das werdende Leben. Die PID wird in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht durchgeführt, während andere Länder diese Einschränkungen nicht haben.³⁰

Dabei entnehmen die Mediziner dem Embryo im Mehrzell-Stadium eine oder sogar zwei ganze Zellen, um die Chromosomen wie auch einzelne Gene unter die Lupe nehmen zu können. Dafür steht ihnen naturgemäß mehr Zeit zur Verfügung als bei der Polkörperdiagnostik, da der Embryo in der Nährlösung weiter gedeiht, bis die Ergebnisse der Untersuchung vorliegen. So lässt sich beispielsweise das in bestimmten Bevölkerungsgruppen der USA häufige Tay-Sachs-Syndrom auffinden, das zum Tod schon im frühen Kindesalter führt. Die erstmalige Anwendung der PID, 1990 veröffentlicht, diente dazu, eine Zystische Fibrose auszuschließen, eine mit schwersten Beeinträchtigungen verbundene vererbte Stoffwechselstörung, deren bekannteste Form die Mukoviszidose ist.³¹ Auch eine PID vermag bislang nicht alle Chromosomen-Anomalien und Erbkrankheiten zu offenbaren – Verbesserungen sind allerdings bereits in Sicht.³² Zudem besteht das Risiko, den frühen Embryo durch die Entnahme der Zellen zu schädigen.³³

Letztlich aber dienen Untersuchungen dem Zweck, die Aussichten für das Gelingen einer In-vitro-Fertilisation zu verbessern. Das erklärte Ziel der Reproduktionsmedizin ist, den Frauen möglichst nur einen Embryo pro Behandlungszyklus einzusetzen, um die Gefährdung von Mutter und Kindern durch Mehrlingsschwangerschaft ganz zu umgehen. Das erfordert jedoch eine gewisse Auswahl: Je bessere Einnistung- und Überlebenschancen ein Embryo hat, desto weniger Belastung für die Frau. Die Biologen können diese Chancen bis zu einem gewissen Grad schon nach bestimmten äußerlichen Merkmalen der befruchteten Eizelle einschätzen.

Für einen allgemeinen „Gencheck“ sei die PID ohnehin eine zu teure, langwierige und sehr komplexe Technik, sagt die Medizinsoziologin Irmgard Nippert vom Institut für Humangenetik der Universität Münster. Nippert ist bei einer Untersuchung aufgrund der Fallzahlen und Erfahrungen in Großbritannien, Belgien und Frankreich zum Schluss gekommen, dass keine Massen-anwendung in Sicht sei und mit der PID ausschließlich nach ernsthaften erblichen Defekten gesucht werde.³⁴

Werden nach einer Hormonbehandlung mehr Eizellen gewonnen, als in dem Zyklus übertragen werden sollen, können sie mit speziellen Verfahren schonend tiefgefroren werden, so lange die beiden Zellkerne noch nicht verschmolzen sind. Falls es nicht zu einer Schwangerschaft kommt, kann die

Ärztin diese „kältekonservierten“ Eizellen bei einem späteren Behandlungszyklus einsetzen.

Für Anna und Klaus beginnt nach der Übertragung des Embryos – dem Embryotransfer, wie die Mediziner sagen – eine Zeit des

Hoffens und Bangens. Wird 14 Tage später der Schwangerschaftstest positiv ausfallen? Oder setzt die Menstruationsblutung ein – das Zeichen, dass die ganze Prozedur umsonst war? Leider schlägt der erste Versuch fehl. Einige Monate später jedoch, beim zweiten Anlauf, klappt es.

3.2 Zahlen und Fakten

Pro Behandlungszyklus mit In-vitro-Fertilisation oder mit zusätzlicher Mikroinsemination (ICSI) besteht eine Chance von 27 Prozent, dass der Schwangerschaftstest positiv ausfällt. Das heißt, im Durchschnitt sind dafür rund drei bis vier Anläufe nötig.³⁵ Die Wahrscheinlichkeit, dass das Paar am Ende ein Baby mit nach Hause bringt, beträgt pro Behandlung rund 18 Prozent.³⁶ Knapp jede fünfte Behandlung führt also zur Geburt eines Kindes. Diese Erfahrungswerte ergeben sich

Die Statistik des Deutschen IVF-Registers

Das zentrale Register der deutschen Kinderwunschzentren führt Buch darüber, wie häufig Behandlungen erfolgreich verlaufen, also mit einer Schwangerschaft oder sogar mit einer Geburt enden. Die Darstellung gibt die zusammengefassten tatsächlichen Zahlen der Jahre 1997 bis 2004 wieder (Stand 21. 4. 2006). Allerdings enthält sie ausschließlich die IVF- und ICSI-Behandlungen, nicht diejenigen mit kälte-konservierten befruchteten Eizellen.

Die für jeden Schritt angegebenen Häufigkeiten in Prozent beziehen sich dabei jeweils auf die für den vorangegangenen Schritt genannte Gesamtzahl. Demnach ist eine Schwangerschaft in 27,6 Prozent all jener Fälle eingetreten, bei denen die Behandlung bis zum Embryotransfer erfolgreich verlaufen ist. Das bedeutet, dass es bei insgesamt 381.219 Behandlungen nur in 25,1 Prozent aller Fälle zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Bei den Mehrlingsgeburten nennt das Register die Zahl der Ereignisse, nicht die tatsächliche Zahl der geborenen Kinder.

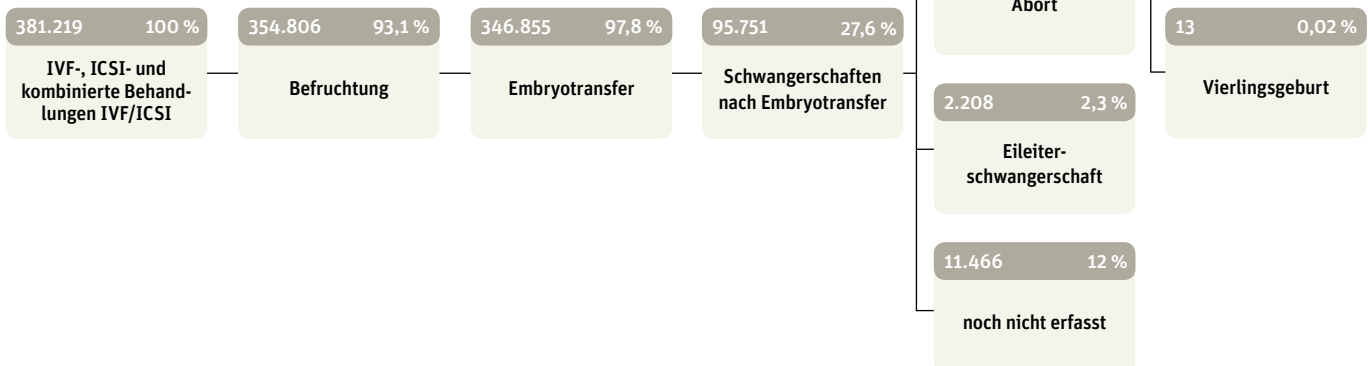
aus dem „Deutschen IVF-Register“, an das die heute rund 120 Kinderwunschzentren in Deutschland ihre Daten melden. Sie haben von 1997 bis 2004 insgesamt über eine halbe Million Behandlungszyklen durchgeführt. Davon entfielen 381.219 auf IVF-, ICSI- oder kombinierte Behandlungen. Bei diesen wiederum kam es in 95.751 Fällen zu einer Schwangerschaft. 61.839 dieser Schwangerschaften endeten mit einer Geburt. Insgesamt kamen so über acht Jahre 77.753 Kinder zur Welt. Dazu noch einmal rund 10.000, die nach der Befruchtung kältekonserviert und erst später eingesetzt wurden. Bei etwa zwölf Prozent der Schwangerschaften nach IVF oder ICSI fehlten Angaben zu deren Ausgang.³⁷

Alle Zentren überweisen die Frauen, wenn sie schwanger geworden sind, wieder an den Frauenarzt zurück, der sie normalerweise betreut. Dieser ist jedoch nicht zur Meldung an das IVF-Register verpflichtet. Die tatsächliche Geburtenrate nach künstlicher Befruchtung liegt daher etwas höher.

Wenn alle Möglichkeiten der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ausgeschöpft werden – von der vergleichsweise einfachen

Hormonbehandlung über die Insemination bis zur In-vitro-Fertilisation mit ICSI –, kommt es bei etwa 60 Prozent aller Paare, die wegen ungewollter Kinderlosigkeit einen Arzt aufsuchen, zu einer Schwangerschaft.³⁸ Damit kommen sie der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit fruchtbarer Paare schon recht nahe: Diese haben – altersabhängig – 80 Prozent Chancen, dass es binnen sechs Monatszyklen nach Absetzen jeglicher Verhütungsmethode zur Empfängnis kommt.³⁹

Natürlich handelt es sich bei den genannten Quoten und Wahrscheinlichkeiten immer um Mittelwerte. Die individuellen Erfolgsaussichten eines Paares hängen von der Schwere der Fruchtbarkeitsstörung ab. Zusätzlich spielen jedoch auch äußere Faktoren mit. Es sind die gleichen wie bei der Empfängnis auf natürlichem Wege.



Die entscheidende Rolle spielt wiederum das Alter der potenziellen Eltern, vor allem der Frau: Ist sie unter 31, führt die IVF-Behandlung mit gelungenem Embryo-Transfer in rund 36,7 Prozent der Fälle zu einer Schwangerschaft, bei Mikroinjektion (ICSI) liegt dieser Wert bei rund 33,6 Prozent. Zwischen 31 und 35 Jahren sinkt die Erfolgsquote auf etwa 34 bis 31 Prozent, bis vierzig Jahre auf 26 bis 23 Prozent und nach dem 40. Lebensjahr ist ein rapider Abfall auf rund 13 Prozent festzustellen.⁴⁰

So wie sich im Bevölkerungsdurchschnitt das Erstgeburtsalter in den letzten Jahrzehnten nach oben verschoben hat, ist auch das Lebensalter der Paare gestiegen, die sich an deutschen Kinderwunschzentren mit IVF, ICSI oder einer Kombination von beidem behandeln lassen: 1996 waren die Frauen noch durchschnittlich 32,7 Jahre alt, die Männer zählten im Mittel 35,5 Jahre. 2005 lagen die Frauen bereits bei über 34, die Männer bei über 37 Jahren.⁴¹ Da sich die Planung des ersten Babys immer weiter nach hinten verschiebt, tritt erkennbare Unfruchtbarkeit auch erst im höheren Alter zutage. Die betroffenen Paare gehen deshalb immer später daran, sich medizinische Hilfe zu holen. Zu der Altersverschiebung mag auch beigetragen haben, dass gesetzlich Krankenversicherte seit 2004 die Kosten für bis zu drei Behandlungen zur Hälfte aus eigener Tasche bezahlen müssen, bei allen weiteren Behandlungen ganz (siehe Kapitel 5).

Mit steigendem Alter sinken die Erfolgchancen der künstlichen Befruchtung

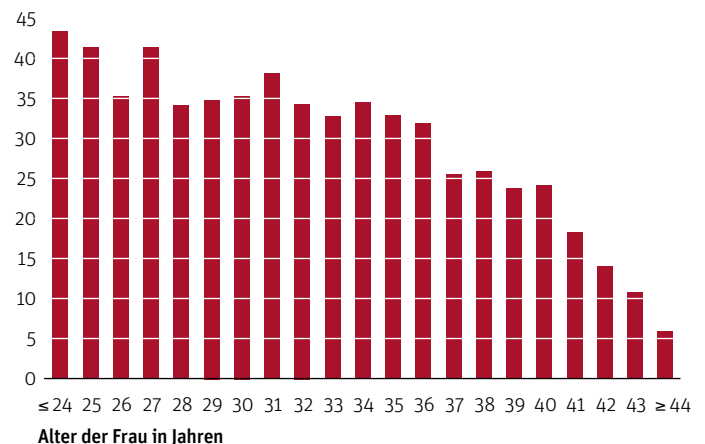
Behandlungsergebnisse im Jahr 2005 in Abhängigkeit vom Alter der Frau
(Quelle: Jahrbuch 2005 des Deutschen IVF-Registers DIR)

Ebenso wie bei der natürlichen Empfängnis wirken sich Übergewicht und Rauchen negativ auf die Erfolgchancen aus. Tabakkonsum verschlechtert nicht nur die Spermienqualität, sondern auch die Aufnahmefähigkeit der Gebärmutter für den Embryo.

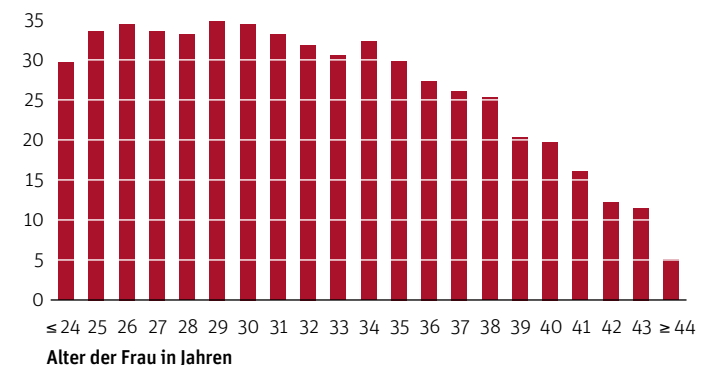
Wie bereits im ersten Kapitel erwähnt, neigen stark übergewichtige Frauen eher zu Unfruchtbarkeit als normalgewichtige. Das hängt damit zusammen, dass die Hormone des Fettgewebes auch die Balance der Sexualhormone beeinflussen. Jedenfalls bleibt bei Frauen mit einem Körpermasse-Index von

über 27 drei Mal häufiger der Eisprung aus als bei Frauen, die im Normbereich von 20 bis 25 liegen (der Body Mass Index oder BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Meter). Übergewicht vermindert aber auch die Erfolgchancen der hormonellen Stimulierung, wie sie zur Gewinnung reifer Eizellen meist notwendig ist, es erfordert zudem höhere Hormondosierungen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass stark übergewichtige Frauen nur halb so gute Chancen haben, mit Hilfe medizinischer Methoden der Fortpflanzung zu empfangen, während eine einzige Studie zum Schluss kam, Übergewicht habe keinerlei Einfluss auf das Gelingen einer IVF.⁴²

Anteil der Embryo-transfers nach „normaler“ künstlicher Befruchtung, die zu einer Schwangerschaft führten, in Prozent



Anteil der Embryo-transfers nach Mikroinjektion (ICSI), die zu einer Schwangerschaft führten, in Prozent



3.3 Wer nutzt die Hilfe der Reproduktionsmedizin und was erleben Kinderwunschaare?

„Künstliche Befruchtung kostet viel Geld“ – das fiel 14 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen spontan ein, die in der zweiten Befragungsrunde der Allensbach-Untersuchung (siehe Kapitel 4) gebeten wurden, alles zu nennen, was ihnen zu dem Begriff „künstliche Befruchtung“ in den Sinn kam. Als die Interviewer den Befragten bestimmte Aussagen zur künstlichen Befruchtung vorlegten, stimmte bei der Aussage „ist teuer“ fast die Hälfte der Frauen zu.

Sicher, eine IVF-Behandlung ist nicht billig, und gesetzlich Versicherte erhalten für höchstens drei Behandlungszyklen einen Kassenzuschuss von 50 Prozent, den Rest müssen sie selbst tragen (siehe Kapitel 5). Dennoch entstammen die Paare, die zu einer Kinderwunsch-Sprechstunde in eines der vielen spezialisierten Zentren kommen, nicht nur dem Milieu der Bessergestellten.

„Zu uns kommen Menschen aus allen Schichten, Arme und Reiche, Akademiker und Leute ohne Ausbildung“, sagt Fayez A. Hmeidan, einer der leitenden Ärzte der Praxisklinik für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie in Leipzig. „Letztere suchen uns allerdings etwas seltener auf. Manche schnuppern auch nur herein, um zu erfahren, was die Behandlung kostet. Der Anteil der Paare, bei denen mindestens ein Partner ausländischer Abstammung ist, liegt hingegen relativ hoch. Je nach Erziehung und Tradition des Herkunftslandes ist der Kinderwunsch ausgeprägter, und der Druck von Seiten der Verwandtschaft ist höher, vor allem für die Frauen.“

Auch die statistischen Daten der zweiten Allensbach-Befragungsrunde sprechen für eine einigermaßen durchmischte Klientel: Der größte Teil der Frauen zwischen 25 und 59 Jahren mit aktuellem Kinderwunsch, die bereits reproduktionsmedizinische Hilfe beansprucht haben, besitzt einen Realschulabschluss (37 Prozent), arbeitet als nichtleitende Angestellte (52 Prozent) und verfügt über ein Netto-Haushaltseinkommen von mindestens 2.000 Euro. Eine vergleichbare Durchmischung ist auch bei den Frauen zwischen 25 und 59 Jahren mit aktuellem Kinderwunsch zu finden, die noch nie eine Kinderwunsch-Sprechstunde besucht haben, für die dies jedoch in Frage käme. Frauen mit Hauptschulabschluss sind mit Anteilen im einstelligen Prozentbereich vertreten, deutlich stärker hingegen Frauen mit Abitur (21 Prozent) oder abgeschlossenem Studium (21 Prozent). Gut ein Viertel der befragten Frauen gibt an, die Hauptverdienerin im Haushalt zu sein.

Gelegentlich sind Vorurteile zu hören, es handle sich bei Kinderwunsch-Kliniken um ein „Lifestyle“-Angebot oder um die High-Tech-Lösung für Frauen im fortgeschrittenen Alter, die nach vollendeter Karriere nun auch noch ein Kind wollen – und sich das auch leisten können. Dagegen sprechen nicht nur die oben erwähnten Ergebnisse der Allensbach-Befragung, sondern auch, dass die Behandlung recht aufwändig ist.

„Wir geraten durch Meldungen aus Großbritannien oder den USA, wo weniger strenge Regelungen herrschen als in Deutschland, in ein schiefes Licht“, sagt der Leipziger Reproduktionsmediziner Fayez A. Hmeidan. „Aber uns geht es nur um die Sache: Eine IVF dient dazu, eine ernsthafte Störung zu behandeln wie sie die Unfruchtbarkeit darstellt, vergleichbar mit der Behandlung eines Diabetes. Die Paare, die zu uns kommen, werden meist von der Frauenärztin oder dem Frauenarzt überwiesen. Sie haben viel erreicht in ihrem Leben – nur kein Kind. Und sie leiden deswegen.“

In den 1950er und 60er Jahren glaubten viele Mediziner und Psychologen, Kinderwunschaare seien Paare, bei denen mindestens ein Partner – vorzugsweise die Frau – psychische Auffälligkeiten aufweise und letztlich deswegen unfruchtbar sei. Oder die Paare seien mit ihrer Partnerschaft unzufrieden und erhofften sich durch die Erfüllung ihres Kinderwunsches eine Verbesserung. Es ist umgekehrt, sagt der Psychologe Bernhard Strauß von der Universität Jena: Nach allen vorliegenden wissenschaftlichen Studien gebe es in psychologischer Hinsicht keinerlei Unterschiede zwischen unfruchtbaren Paaren, bei denen die Ärzte trotz eingehender Untersuchungen keine organische Ursache finden konnten, und solchen, bei denen eine körperliche Störung vorliegt. „Es ist vielmehr so, dass die Nichterfüllung des Kinderwunsches über eine gewisse Dauer einen großen psychischen Leidensdruck aufbaut“, sagt Bernhard Strauß, „wobei diese Dauer individuell unterschiedlich lange ausfällt. Die Haupt-Leidtragenden sind dabei eher die Frauen.“

Die wenigsten Paare, die sich ein Kind wünschen, haben sich ernsthaft mit der Möglichkeit auseinandergesetzt, dass dieser Wunsch nicht problemlos in Erfüllung gehen könnte. Zu erfahren, dass ihre Fruchtbarkeit nicht planbar ist, überrascht und bestürzt sie zunächst. Danach läuft, wie Psychologen festgestellt haben, oft eine Abfolge von fünf Stadien emotionaler Reaktionen ab: Nach dem ersten Schock setzen Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen ein, die Diagnose „Unfruchtbarkeit“ wird nicht richtig ernst genommen. Es folgen Wut, Ohnmacht und das Gefühl, die Kontrolle verloren zu haben. In diesem Stadium richten Paare, die bereits

eine erfolglose Behandlung durchgemacht haben, ihren Ärger auch gegen die behandelnden Ärzte. Schuldgefühle treten auf, die Betroffenen glauben, die Unfruchtbarkeit sei eine „Strafe“ für irgendwelche früheren Verfehlungen. Dann kann es zu einem Rückzug aus gesellschaftlichen und familiären Beziehungen kommen, weil jede Schwangere und jedes Neugeborene im Bekanntenkreis, jedes Gespräch über „die lieben Kleinen“ Kränkung und Scham vergrößern.

Kritische Situationen sind etwa Familienfeiern, bei denen unweigerlich die Frage auftaucht: „Wann ist es denn bei euch soweit?“ Das ständige Abwarten und Abwehren dieser Frage kostet sehr viel Kraft.

Schließlich entsteht Trauer, sowohl nach der Diagnose „Unfruchtbarkeit“ als auch nach mehrfachen erfolglosen Sterilitätsbehandlungen, wenn sich die allmonatlichen Hoffnungen auf eine Schwangerschaft in Nichts auflösen und sich Enttäuschung breit macht. „Auf Dauer können daraus Depressionen entstehen, verminderte Selbstwertgefühle, Einsamkeit“, sagt der Psychologe Bernhard Strauß.

Gerade in diesen Fällen sollte eine Kinderwunschbehandlung psychologisch begleitet werden. Denn die Hoffnungen sind hoch, der Blick verengt sich oft auf die medizinische Lösbarkeit des Problems – aber das Risiko des Fehlschlags wird verdrängt, dessen Verarbeitung führt dann oft zu Problemen.

Kinderwunschaare sollten „auf jeden Fall auch Optionen für ein Dasein ohne Kinder durchgedacht haben“, sagt die Augsburger Sozialpädagogin Christine Büchl, die sich auf die psychosoziale Beratung von Kinderwunschaaren spezialisiert hat: „Sie sollten Pläne schmieden, Träume und Visionen entwickeln, was sie mit ihrer Energie, ihrer Zeit und ihrem Geld tun wollen, wenn es mit der Familie nicht klappt: Vielleicht ein soziales Engagement finden, sich Freunde ohne Kinder suchen, Konzepte gegen Einsamkeit im Alter entwickeln.“

3.4 Risiken und Nebenwirkungen

Zu jeder künstlichen Befruchtung gehört, dass die behandelnde Ärztin oder der Arzt das Paar aufs Genaueste über die medizinischen Risiken und Nebenwirkungen informiert.

Anna und Klaus haben anlässlich dieses Aufklärungsgesprächs am Kinderwunschzentrum ein sechsseitiges Dokument erhalten. Darin konnten sie noch einmal in Ruhe nachlesen, was bei IVF und ICSI geschieht, aber auch, was bei jedem einzelnen Schritt schief gehen kann, bevor sie schließlich mit ihrer Unterschrift grünes Licht für den Beginn der Behandlung gaben.⁴³ Ähnlich wie bei den Beipackzetteln von Medikamenten oder bei Einverständniserklärungen vor Operationen klingt eine solche detaillierte Auflistung aller, auch höchst unwahrscheinlicher Eventualitäten zunächst bedrohlich. Das Wissen darum schafft zwar wieder neue Ängste. Die Kenntnis von Daten über Wahrscheinlichkeiten erlaubt aber auch, die Größenordnung der Gefahr einzuschätzen.

Welches sind also die hauptsächlichen Risiken? Die erste Hürde bildet die hormonelle Stimulierung: Unter dem Einfluss von Hormonspritzen vergrößern sich die Eierstöcke erheblich. Je nach Dosierung und Veranlagung kommt es zu einer so genannten Überstimulation. Bei der schweren Form der Überstimulation sammelt sich im Unterleib und in der Lunge Wasser an, was zu Atemnot und Übelkeit führt und einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht. Dazu kommt es bei 0,74 Prozent der Behandlungen.⁴⁴ Fünf Prozent Risiko haben Frauen, die aufgrund einer Stoffwechselstörung zu viel männliche Geschlechtshormone ausschütten, weshalb auch ihre Eierstöcke nicht richtig funktionieren.⁴⁵ Nicht bestätigt hat sich bislang indessen der Verdacht, die hormonelle Stimulierung löse langfristig Krebs aus.⁴⁶

Nach dem gelungenen Einsetzen des Embryos drohen Schwangerschaftsrisiken, wie es sie auch bei natürlicher Empfängnis gibt: Mit etwa zweiprozentiger Wahrscheinlichkeit nistet sich der Embryo an der falschen Stelle ein; eine solche Eileiterschwangerschaft muss abgebrochen werden. Rund 20 Prozent beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass nach IVF und ICSI ein Abort die Schwangerschaft frühzeitig beendet, 25 Prozent, wenn befruchtete Eizellen zum Einsatz kommen, die zeitweilig tiefgefroren waren. Die Ursache hierfür wissen auch die Experten nicht zu erklären. Bei Schwangerschaften nach natürlicher Zeugung liegt die Abortrate bei etwa 15 Prozent.⁴⁷

Frauen müssen nach einer Befruchtung in der Laborschale geringfügig häufiger als im Durchschnitt der fruchtbaren Bevölkerung mit Komplikationen rechnen, etwa mit Schwangerschaftsdiabetes oder -bluthochdruck, Entbindung durch Kaiserschnitt.⁴⁸ Und sechs Mal häufiger als normal wächst die Plazenta nach geglücktem Embryotransfer so tief unten in der Gebärmutter an, dass sie den Geburtskanal ganz oder teilweise versperrt.⁴⁹

Vor allem ist das Risiko, dass Mehrlinge heranwachsen, nach künstlicher Befruchtung deutlich erhöht. Normalerweise kommen bei einem Prozent aller Geburten Zwillinge, Drillinge oder höhergradige Mehrlinge zur Welt. Da bei einer IVF oder ICSI jedoch meist mehr als ein Embryo eingesetzt wird, liegt die Quote höher: Von allen Geburten nach solchen Behandlungen zwischen 1997 und 2004 waren nach der Statistik der deutschen Kinderwunschzentren rund 22 Prozent Zwillingengeburt, knapp zwei Prozent entfielen auf Drillinge, hinzu kamen einige Vierlinge.

Mehrlingsschwangerschaften sind generell mit höheren Gefahren für die werdende Mutter wie auch für die Kinder verbunden: Komplikationen während der Schwangerschaft, ein im Mittel drei Wochen verfrühter Geburtstermin und Geburtsgewichte, die

ein Kilogramm unter dem Durchschnittsgewicht liegen; dadurch bedingt eine höhere Sterblichkeit der Kinder im ersten Monat. Um dies zu umgehen, empfiehlt die Bundesärztekammer den deutschen Reproduktionsmedizinern bereits seit 1998, bei Frauen unter 35 Jahren höchstens zwei Embryonen zu übertragen.

Viele Überlegungen konzentrieren sich derzeit darauf, wie die Quadratur des Kreises zu schaffen sei: Nur einen einzigen Embryo zurückzusetzen und damit das Mehrlingsrisiko zu senken, ohne gleichzeitig die Erfolgsquote der Befruchtung außerhalb des Körpers zu mindern.

Eine groß angelegte deutsche Studie analysierte von 1998 bis 2001 nach sehr strengen Maßstäben, ob sich die Fehlbildungsraten von ICSI- und spontan empfangenen Kindern unterscheiden, also ob sie häufiger etwa Herzfehler oder ein Down-Syndrom, das durch ein überzähliges Chromosom zustande kommt, aufweisen. Bei den natürlich gezeugten Kindern wiesen 6,8 Prozent Fehlbildungen auf, während es bei den durch ICSI gezeugten Kindern 8,6 Prozent waren. Obwohl die Differenz in vielen Fällen durch Risikofaktoren der Eltern zu erklären war, lässt sich ein erhöhtes Restrisiko für Fehlbildungen bei Kindern nach ICSI nicht endgültig ausschließen.

Die genaue Ursache ist bislang nicht ergründet. Es gibt Hinweise, dass die Fruchtbarkeitsstörung des Elternpaares selbst dazu beiträgt. Das heißt, die künstliche Befruchtung ermöglicht das Vererben oder Weitergeben genetischer Defekte, die normalerweise die Entwicklung eines Embryos schon in einem sehr frühen Stadium verhindern oder ihn gar nicht erst entstehen lassen.⁵⁰ Eine weitere Ursache könnte darin liegen, dass die Keimzellen während ihres Aufenthaltes außerhalb des menschlichen Körpers, in der Laborschale auf bislang ungeklärte Art Schäden erleiden.⁵¹

3.5 Ethische Bedenken

Wenige Tage nach der Geburt des „Erlanger Babys“ am 16. April 1982 lud Siegfried Trotnow, treibende Kraft und Pionier der ersten gänzlich erfolgreichen künstlichen Befruchtung in Deutschland, zu einem öffentlichen Podiumsgespräch ein. Der Diskussionsbedarf war groß. Denn zumindest dem informierten Publikum war klar, dass die neue Behandlungsmethode für ungewollt kinderlose Paare das Potenzial zum Missbrauch barg. Dass sie beispielsweise auch eine Auswahl von Embryonen nach beliebigen Kriterien – etwa dem Geschlecht des Kindes – ermöglichen würde, oder dass Wissenschaftler die „überzähligen“ Embryonen zu Forschungszwecken nutzen könnten. Die Frage kam denn auch prompt.

Trotnow wies das zurück. Doch die ethischen Fragen, die das neue Verfahren aufwarf, riefen nach eingehenderer Beschäftigung und nach einer Regelung. Vor allem: Was sollte mit nicht eingepflanzten Embryonen geschehen? Würden sie einfach weggeworfen? Sollte es erlaubt sein, sie zu Forschungszwecken zu nutzen, sollten womöglich Embryonen einzig zu diesem Zweck „produziert“ werden dürfen? Medizinisch war zu klären, wie mit dem Risiko von Mehrlingsschwangerschaften umzugehen sei. Aber auch komplizierte rechtliche Probleme stellten sich: Wenn Samen- oder Eizellen von Dritten zum Einsatz kämen, oder wenn eine andere als die genetische Mutter das Kind austrüge – welches wären dann juristisch gesehen die Eltern?

Um Verantwortungsbewusstsein zu dokumentieren, griff die Standesorganisation der Mediziner, die Bundesärztekammer, zu einem ungewöhnlichen Mittel: Noch bevor sich die Methode richtig etabliert hatte, formulierte eine eigens eingesetzte interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“. Diese traten 1985 in Kraft und gelten, nach einigen Ergänzungen, bis heute: „Grundsätzlich“ sollen nur Samen

und Eizellen von verheirateten Partnern verwendet werden, Ausnahmen sind möglich. Nach den selbst auferlegten Richtlinien ist die Leihmutterchaft nicht zulässig, das Austragen des Kindes durch eine andere Frau. In weiteren Richtlinien verpflichteten sich die Ärzte zudem darauf, keine Embryonen eigens zu Forschungszwecken zu erzeugen. Und bereits von 1982 an hatten sie damit begonnen, IVF-Behandlungen zentral zu registrieren, um Transparenz zu schaffen.

Derweil hatte auch die Bundesregierung eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe von Sachverständigen eingesetzt. Unter dem Vorsitz des ehemaligen Bundesverfassungsgerichts-Präsidenten Ernst Benda untersuchte diese von 1984 an zwei Jahre lang die ethischen und rechtlichen Fragen und legte schließlich Empfehlungen für eine juristische Regelung vor. Daraus ging nach weiteren Vorbereitungen schließlich das Embryonenschutzgesetz hervor, das Anfang 1991 in Kraft trat. Danach gilt als Embryo außerhalb des weiblichen Körpers bereits eine befruchtete Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an. Das Gesetz stellt jegliche missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken unter Strafe (siehe Kasten „Die Rechtslage“).

Das deutsche Embryonenschutzgesetz gehört im internationalen Vergleich zu den strengsten Regelungen überhaupt. Dennoch lehnen Teile der Gesellschaft jegliche medizinische Nachhilfe bei der Fortpflanzung generell ab.

Da ist einmal die katholische Kirche. Die Glaubenskongregation des Vatikans erließ unter ihrem damaligen Präfekten Joseph Kardinal Ratzinger Anfang 1987 die Instruktion „Donum Vitae“, zu deutsch: Geschenk des Lebens. Der eheliche Akt als „Ausdruck gegenseitiger Hingabe“ dürfe unter keinen Umständen durch einen technischen Eingriff ersetzt werden, argumentieren darin die Geistlichen und schließen auch die

Die Rechtslage

Das deutsche Embryonenschutzgesetz, seit Anfang 1991 in Kraft, regelt in Paragraph eins die „missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken“. Als missbräuchlich gelten zum Beispiel die Befruchtung zu anderen Zwecken als zur Schwangerschaft. Verboten ist unter anderem auch die Befruchtung einer Eizelle „zu einem anderen Zweck, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt“, die Leihmutterchaft, die Spende von Eizellen. Lediglich die Verwendung fremder Samenzellen lässt das Gesetz unerwähnt. Unter Missbrauch fällt auch das Einsetzen von mehr als drei Embryonen pro Behandlungszyklus, die Geschlechtswahl, die Veränderung der Erbinformationen, das Klonen sowie alles, was nicht der „Erhaltung des Embryos“ dient.⁵² Nicht verboten ist die Polkörperdiagnostik, die Untersuchung der Eizelle im Vorkernstadium, also bevor die beiden Zellkerne verschmolzen sind.

Ist von fragwürdigen Praktiken die Rede, stammen solche Meldungen oft aus den USA. Dort nutzen nach einer Studie des unabhängigen „Genetics and Public Policy Center“ in Washington bereits 40 Prozent aller Kinderwunschkliniken in den USA die PID, um die potenziellen Eltern das Geschlecht ihres Kindes wählen zu lassen. 28 Prozent der spezialisierten Kliniken sortieren auch Embryonen aus, die von möglicherweise erst im fortgeschrittenen Alter auftretenden Erkrankungen bedroht sind, etwa einer bestimmten Form von erblichem Brustkrebs.⁵³

Aufgrund der strengen Gesetze in Deutschland lassen sich manche Paare nicht in Deutschland gegen Unfruchtbarkeit behandeln, sondern reisen dafür in das benachbarte Ausland, etwa nach Belgien oder Spanien. Wie viele es sind, weiß naturgemäß niemand genau zu sagen. Einen Anhaltspunkt gibt die Medizinsoziologin Irmgard Nippert: Etwa die Hälfte der in Belgien behandelten Kinderwunschaare komme aus dem Ausland, davon die Mehrheit aus Deutschland, sagt Nippert.⁵⁴ Etwa ein bis zwei deutsche Paare reisen wöchentlich nach Belgien.⁵⁵

Nach Angaben der britischen Zeitschrift „The Economist“ hat der Tourismus in Sachen Nachwuchs beträchtliche Ausmaße angenommen: Demnach „kaufen“ sich Paare, bei denen eine In-vitro-Fertilisation mit eigenen Ei- und Samenzellen nicht möglich ist, die gesuchten, aber im eigenen Land verbotenen Leistungen jeweils in dem Land, in dem sie erlaubt sind und wechseln im Verlauf der Behandlung sogar nach Bedarf den Standort.⁵⁶

künstliche Besamung ausdrücklich ein. Der Wunsch nach einem Kind sei zwar natürlich, da Ausdruck ehelicher Liebe, heißt es weiter. Aber die Ehe gewähre kein Recht auf ein Kind, denn dies widerspräche der Würde des Kindes. Das Kind sei vielmehr als Geschenk zu betrachten.⁵⁷ Nach den Worten von Karl Kardinal Lehmann, dem Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, bedeutet künstliche Befruchtung eine „Bedrohung des Humanum“, also des Menschlichen.⁵⁸

Der Moraltheologe Michael Rosenberger von der Katholisch-Theologischen Privatuniversität Linz hält hingegen die päpstliche Argumentation nicht für hinreichend: „Geschlechtsakt und Zeugung mögen im Falle der künstlichen Befruchtung auseinandergerissen sein – die Liebe der beiden Partner zueinander und das Entstehen des Kindes sind es deswegen noch lange nicht. Im Gegenteil: Wenn sich zwei Menschen, die in einer guten und stabilen Partnerschaft leben, für eine künstliche Befruchtung entscheiden, ist das ja gerade ein Ausdruck ihrer tiefen

und lebendigen Liebe zueinander.“ Deshalb könne eine Befruchtung mit den eigenen Ei- und Samenzellen des Paares innerhalb einer stabilen Ehe verantwortet werden, lautet Rosenbergers Fazit, „als äußerstes Mittel nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten“.⁵⁹

Wie der Vatikan vertritt auch die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) eine grundsätzlich ablehnende Position, mit ähnlichen Begründungen, die sie bereits 1985 in einer Handreichung und 1987 anlässlich der Synode in Berlin noch einmal formuliert hat. „Gewichtige Gründe sprechen gegen die extrakorporale Befruchtung“, heißt es da, und: „Es gibt keinen Anspruch auf Kinder“. An anderer Stelle steht aber auch: „Bevor eine extrakorporale Befruchtung als therapeutische Maßnahme in Erwägung gezogen wird, müssen zuvor alle anderen Möglichkeiten, den Kinderwunsch eines Ehepaares zu erfüllen, geklärt worden sein.“⁶⁰

Eines steht fest: Früher war die Zeugung eines Kindes eine reine Privatsache, in die sich demokratische Regierungen aus guten Gründen nicht einmischten. Heute entwickelt sich die Reproduktionsmedizin laufend weiter, wie Berichte aus anderen Ländern zeigen. Das macht immer wieder öffentliche Debatten darüber notwendig, wie weit der Staat regulierend eingreifen soll oder nicht. In einem Editorial der britischen Wissenschaftszeitschrift „New Scientist“ heißt es dazu: „Während wir versuchen, einen Weg durch dieses moralische Labyrinth zu finden, müssen wir zwei Dinge bedenken. Erstens sind die meisten dieser Fortschritte nützlich, sie verheißen den Menschen eine bessere Lebensqualität als ihre Großeltern sich jemals erträumen konnten. Wir sollten sie nicht einfach ablehnen, nur weil sie neuartig sind. Zweitens gibt es keine einfachen Lösungen. Herauszufinden, was akzeptabel ist, erfordert für jeden Schritt eine offene gesellschaftliche Diskussion und aufgeklärte politische Entscheidungen – wie es sich für eine Demokratie gehört. Selbst dann wird es noch viele geben, die nicht einverstanden sind.“⁶¹

4

„HEUTZUTAGE GANZ NORMAL“

Frauen, die sich Kinder wünschen, aber Schwierigkeiten haben, schwanger zu werden, sind über die Möglichkeiten, die sich ihnen bieten, sehr gut informiert. 93 Prozent haben schon einmal etwas von Befruchtung außerhalb des Körpers oder Reproduktionsmedizin gehört oder gelesen. Das ist eines der Ergebnisse einer zweiten, vertiefenden Befragung, die das Institut für Demoskopie Allensbach mit einer repräsentativen Auswahl von Frauen führte. Die Mehrheit der Befragten verbindet mit dem Begriff „künstliche Befruchtung“ spontan Positives. Ein Drittel dieser Frauen hat bereits Erfahrungen mit einer Kinderwunschbehandlung gesammelt. Selbst wenn die Behandlung erfolglos blieb, würden die meisten davon anderen raten, reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nur eine kleine Minderheit von sieben Prozent bringt mit „künstlicher Befruchtung“ negative Bewertungen in Verbindung.

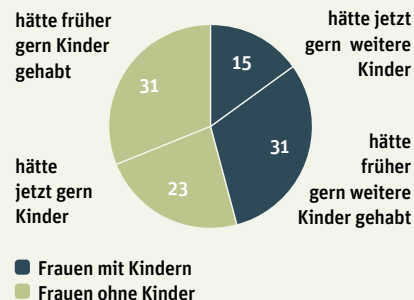
Was wissen Frauen, bei denen es „mit dem Schwangerwerden nicht klappt oder nicht geklappt hat“ über Reproduktionsmedizin? Welche Erfahrungen haben sie selbst damit gemacht, und wie denken sie darüber?

Das wollten die Mitarbeiter des Allensbach-Institutes ergründen, als sie in einer zweiten, vertiefenden Studie Anfang 2007 Interviews mit 25- bis 59-jährigen Frauen führten, die

sich aktuell ein Kind wünschen oder sich früher ein Kind gewünscht haben, die jedoch Probleme haben oder hatten, schwanger zu werden. 304 Frauen waren es insgesamt, je etwa zur Hälfte Kinderlose und Mütter, die vergeblich auf weiteren Nachwuchs warten oder früher gewartet haben. Diese Aufteilung wie auch die Verteilung auf die Altersgruppen spiegeln genau die Verteilung wider, wie sie sich bei der ersten, bevölkerungsrepräsentativen Studie ergeben hat (siehe Kapitel 2). Die Aussagen der Frauen stehen für die Paare insgesamt.

Repräsentative Stichprobe

(Anteile der in der zweiten Allensbach-Befragung interviewten Frauen zwischen 25 und 59 Jahren mit unerfülltem Kinderwunsch in Prozent)



Insgesamt wurden 304 Frauen mündlich-persönlich befragt. 186 davon wünschen sich aktuell ein erstes oder ein weiteres Kind und haben Probleme, schwanger zu werden, 118 Frauen haben sich früher erstmals oder zusätzlich Nachwuchs gewünscht und hatten Probleme, schwanger zu werden. Die Auswahl beruht auf den Ergebnissen einer ersten, bevölkerungsrepräsentativen Befragung.

„Wenn sie das Wort ‚künstliche Befruchtung‘ hören: Was fällt Ihnen da alles ein?“ So lautete die offene Frage zum Einstieg. Insgesamt 45 Prozent der befragten Frauen verbinden mit dem Begriff spontan positive Vorstellungen. Diese beziehen sich vor allem auf die Hoffnung, Chance, Hilfe oder auch den letzten Ausweg bei der Erfüllung eines Kinderwunsches; 37 Prozent der Antworten entfallen auf solche Aussagen. Sechs Prozent der Frauen kommt spontan „medizinischer Fortschritt“ in den Sinn, fünf Prozent äußern sich ganz allgemein positiv, sagen zum Beispiel: „Das ist eine gute Sache“. Ein knappes Drittel der Frauen, 31 Prozent, gibt eher beschreibend oder neutral an, was sie mit dem Wort „künstliche Befruchtung“ assoziieren: „Kinderlosigkeit“, „Befruchtung außerhalb des Körpers“, „Hormonbehandlung“ oder „Arzt“.

Ebenfalls ein knappes Drittel, 30 Prozent der befragten Frauen, bringt mit dem Begriff vor allem emotionale Belastungen in Verbindung, nennt Begriffe wie „Quälerei“, „Stress“, „Enttäuschung“, psychische Belastungen“, „Angst“ und „Ungewissheit“. Für 15 Prozent verknüpfen sich damit Gedanken, die um Begriffe wie „unnatürlich“, „künstlich“ oder „keine normale Empfängnis“ kreisen. 14 Prozent der Frauen fallen zur künstlichen Befruchtung vor allem „hohe Kosten“ ein. Nur sieben Prozent geben ganz allgemein negative Bewertungen ab.

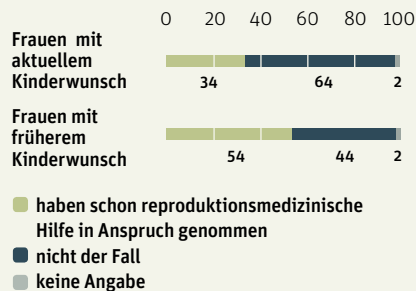
Datengrundlage für alle Grafiken in diesem Kapitel: Institut für Demoskopie Allensbach, IfD-Archiv 5217

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn nach der Zustimmung zu vorgegebenen Aussagen gefragt wird. So halten 70 Prozent der interviewten Frauen die Aussage für „voll und ganz zutreffend“, dass künstliche Befruchtung „für viele Paare, die auf anderem Wege keine Kinder bekommen können, oft die letzte Chance ist“. Die Hälfte der Frauen stimmt voll und ganz zu, wenn gesagt wird, künstliche Befruchtung sei „eine wichtige medizinische Errungenschaft“, fast ebenso viele befürworten aber auch den Satz, sie sei teuer. Auch die emotionale Belastung der betroffenen Paare und ihrer Beziehung ist für viele Frauen ein wichtiger Punkt.

Jede fünfte Befragte hält künstliche Befruchtung „heutzutage für etwas ganz Normales“, und vergleichbar viele sehen damit „gute Erfolgschancen“ verbunden. Ernsthafte Bedenken aus gesundheitlichen Gründen oder aus ethisch-religiöser Überzeugung äußern dagegen nur kleine Minderheiten.

Viele Frauen mit Kinderwunsch, die Probleme haben oder hatten, schwanger zu werden, haben bereits reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen

(Anteile der befragten Frauen zwischen 25 und 59 in Prozent)

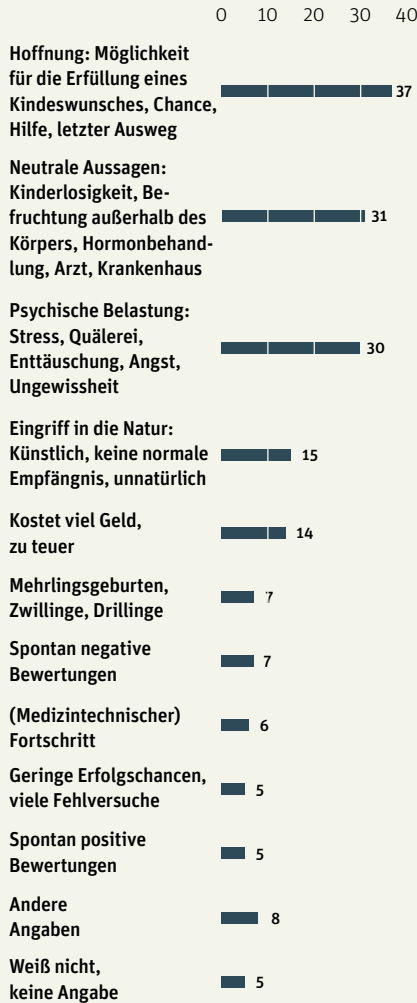


Gut ein Drittel der Frauen, die sich derzeit vergeblich Kinder wünschen, war schon bei einem Kinderwunschzentrum oder bei einem Facharzt für Reproduktionsmedizin. Bei den Frauen mit früherem Kinderwunsch hat mehr als die Hälfte diesen Schritt unternommen.

Hoffnung und Chance, aber auch psychische Belastung

(Antworten nicht vorgegeben, Angaben in Prozent, Mehrfachangaben möglich)

„Wenn Sie das Wort ‚künstliche Befruchtung‘ hören: was fällt Ihnen da alles ein, was kommt Ihnen bei ‚künstlicher Befruchtung‘ alles in den Sinn?“

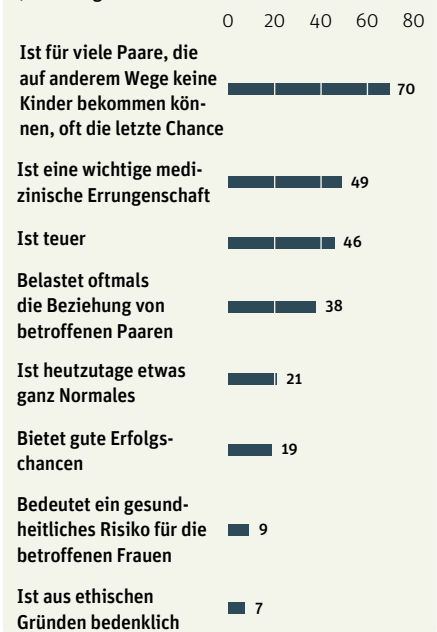


Dass künstliche Befruchtung heutzutage als etwas Normales gilt, zeigt sich auch daran, dass 93 Prozent der 304 befragten Frauen schon einmal in den Medien etwas über Reproduktionsmedizin gehört oder

In der künstlichen Befruchtung wird vor allem eine letzte Chance gesehen, Kinder zu bekommen, wenn das auf anderem Wege nicht möglich ist

(Liste möglicher Antworten vorgegeben, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

„Das trifft auf künstliche Befruchtung ‚voll und ganz‘ zu“



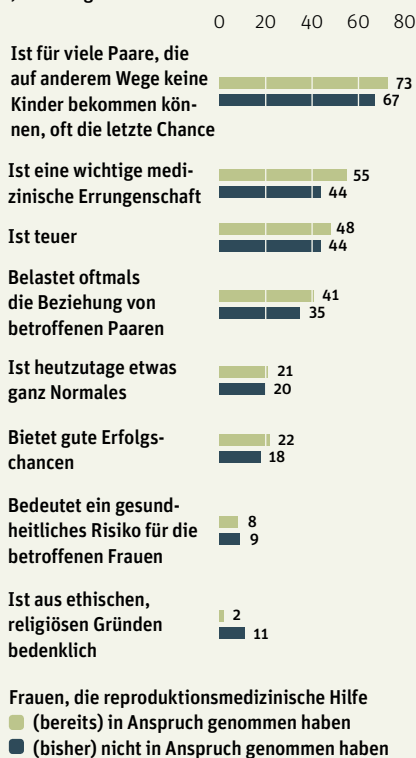
gelesen haben. Über die Hälfte davon nimmt die Berichterstattung als insgesamt befürwortend wahr, ein Viertel als neutral. Nur 14 Prozent der Frauen hatten den gegenteiligen Eindruck.

Auffallend ist die Übereinstimmung zwischen der eigenen Einstellung zum Thema und der Wahrnehmung der Berichterstattung: Frauen, die bereits reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben oder dies zumindest in Erwägung ziehen, nehmen die Berichte dazu deutlich positiver wahr als diejenigen, für die das nicht in Frage kommt oder die sich noch nicht entschieden haben. Umgekehrt haben Frauen, die aus den Medien ein überwiegend positives Bild

Die Einschätzungen von Frauen, die bereits reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, unterscheiden sich nur wenig von denjenigen, bei denen das nicht oder noch nicht der Fall ist

(Liste möglicher Antworten vorgegeben, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

„Das trifft auf künstliche Befruchtung ‚voll und ganz‘ zu“



gewonnen haben, häufiger reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen als Frauen, welche die Berichterstattung darüber als ablehnend oder neutral empfinden.

Es liegt auf der Hand, dass Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, bei denen es mit dem Schwangerwerden nicht klappt oder früher nicht geklappt hat, Berichte über Reproduktionsmedizin aufmerksamer verfolgen als die erwachsene Gesamtbevölkerung. Dies zeigt sich beim Vergleich der Ergebnisse aus

der zweiten Allensbach-Studie mit jenen der Befragung auf bevölkerungsrepräsentativer Grundlage: 84 Prozent der Bevölkerung zwischen 25 und 59 Jahren in Deutschland haben in den Medien schon einmal etwas über künstliche Befruchtung gelesen oder gehört, aber 93 Prozent aus der Gruppe der ungewollt kinderlosen Frauen. 45 Prozent der 25- bis 59-jährigen Bevölkerung nehmen die Berichterstattung darüber als eher positiv wahr, aber 55 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen. Auch bei der Bewertung der Reproduktionsmedizin gibt es zum Teil Unterschiede: So stimmen 40 Prozent der Bevölkerung insgesamt der Aussage zu, die Reproduktionsmedizin sei „eine wichtige medizinische Errungenschaft“, aber 49 Prozent der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Ähnlich das Verhältnis bei der Aussage, eine reproduktionsmedizinische Behandlung „belastet oft die Paarbeziehung“ (30 beziehungsweise 38 Prozent). Übereinstimmung herrscht hingegen bei den meisten anderen Bewertungen. Ethische und religiöse Bedenken spielen auch in der Gesamtbevölkerung nur eine ganz untergeordnete Rolle.

Naturgemäß besitzen die ungewollt kinderlosen Frauen, bei denen es mit dem Schwangerwerden nicht klappt oder nicht geklappt hat, recht gute Kenntnisse über die einzelnen reproduktionsmedizinischen Methoden. Am besten bekannt ist die In-vitro-Fertilisation, insgesamt 42 Prozent der befragten Frauen geben an, darüber gut Bescheid zu wissen. Ein gutes Drittel, 35 Prozent, meint gute Kenntnisse über die Insemination zu besitzen, 26 Prozent, also ein Viertel über Mikroinsemination (ICSI). Erwartungsgemäß ist der Wissensstand einerseits abhängig vom Bildungsniveau und andererseits von den persönlichen Erfahrungen, wobei die Erfahrenen unter den Befragten häufiger über genaue Kenntnisse verfügen, als Frauen, die solche Hilfen noch nicht in Anspruch genommen haben.

Die Chancen, durch Befruchtung außerhalb des Körpers schwanger zu werden, werden selbst von den möglicherweise Betroffenen

überschätzt. Im Durchschnitt liegen die Schätzungen der befragten Frauen bei 41 Prozent pro Behandlungszyklus. In Wirklichkeit führen die verschiedenen Methoden der Befruchtung außerhalb des Körpers pro Behandlungszyklus altersabhängig mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 18 und 36 Prozent zu einer Schwangerschaft, im Durchschnitt liegt die Wahrscheinlichkeit bei 27 Prozent pro Behandlung mit Embryotransfer. Nur im Idealfall, das heißt, wenn die Frau jung ist und gut auf die Stimulierung mit Hormonen anspricht, erreichen die Mediziner eine Wahrscheinlichkeit von 40 Prozent je Zyklus.

Frauen, die Probleme haben, schwanger zu werden, scheinen heute schneller ärztlichen Rat zu suchen als früher. Die ganz überwiegende Mehrheit der Frauen (82 Prozent), die sich aktuell ein Kind wünschen und seit mindestens einem Jahr vergeblich versuchen schwanger zu werden, hat deshalb bereits einen Arzt konsultiert. Diese Frauen haben durchschnittlich 1,6 Jahre lang vergeblich versucht schwanger zu werden, bevor sie einen Arzt aufsuchten, während es bei den Frauen mit früherem Kinderwunsch 2,4 Jahre dauerte, bis sie einen Arzt konsultierten.

Von den 17 Prozent der Frauen mit aktuellem Kinderwunsch, die bisher noch keinen Arzt aufgesucht haben, hat knapp die Hälfte dies vor. Nicht zum Arzt zu gehen kommt somit nur für eine kleine Minderheit von Frauen in Betracht. Erste Anlaufstelle ist dabei in aller Regel die Frauenärztin oder der Frauenarzt. Dies geben 91 Prozent der Befragten an, die sich schon ärztlichen Rat geholt oder untersuchen lassen haben. Nur sechs Prozent sind zuerst zum Hausarzt gegangen. Drei Prozent haben sich ohne Umwege an einen Facharzt für Reproduktionsmedizin oder ein Kinderwunschzentrum gewandt.

Insgesamt war von den Frauen mit aktuellem Kinderwunsch fast ein Drittel in einem Kinderwunschzentrum. Mit weiteren 30 Prozent hat bereits ein Arzt – in der Regel der Frauenarzt – über Verfahren und Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin gesprochen. 19 Prozent

Die meisten Frauen mit aktuell unerfülltem Kinderwunsch, die deswegen noch nicht beim Arzt waren, hoffen, dass es auf natürlichem Wege klappt

(Liste möglicher Antworten vorgegeben, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



der betroffenen Frauen haben zwar einen Arzt aufgesucht, aber mit diesem noch nicht über reproduktionsmedizinische Hilfen gesprochen, und 17 Prozent waren – wie oben erwähnt – bisher noch nicht bei einem Arzt, um eine mögliche Fruchtbarkeitsstörung abzuklären. Das heißt, das Angebot der Reproduktionsmedizin wird bei weitem nicht in vollem Umfang genutzt.

Während von den Frauen mit aktuellem unerfülltem Kinderwunsch rund ein Drittel, 34 Prozent, bereits reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen hat, waren es bei den Frauen, die sich früher vergeblich Kinder gewünscht haben, über die Hälfte, nämlich 54 Prozent. Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass viele Frauen mit aktuellem Kinderwunsch hoffen, noch auf natürliche Weise schwanger zu werden. Gut möglich, dass sie sich zu einem späteren Zeitpunkt noch für eine künstliche Befruchtung entscheiden. Bei Frauen mit früherem Kinderwunsch ist dieser Entscheidungsprozess abgeschlossen.

Dies zeigt sich auch an den Gründen, die Frauen mit aktuellem Kinderwunsch angeben, warum sie bisher keine reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben. Mit Abstand am häufigsten wird die Hoffnung genannt, dass es auch ohne Medizin „klappen wird“: 77 Prozent der befragten Frauen sagen das von sich. Gut ein Drittel, 34 Prozent, haben sich mit dieser Möglichkeit bisher noch nicht genügend beschäftigt. Erst danach folgen Gründe, die Bedenken gegen die Reproduktionsmedizin signalisieren, also etwa, „weil ich oder mein Partner das nicht wollte“, aus Angst vor einem Eingriff, weil den Befragten die Erfolgchancen zu gering erscheinen oder aus grundsätzlichen Bedenken heraus.

Ein Drittel der Frauen mit aktuellem Kinderwunsch, die schon reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, hat bereits mehrere Verfahren erprobt, 68 Prozent bisher nur eines. Am häufigsten wurde mit 71 Prozent die Hormonbehandlung genannt, gefolgt von der künstlichen Befruchtung (IVF oder ICSI) mit 41 Prozent und der Insemination mit 29 Prozent.

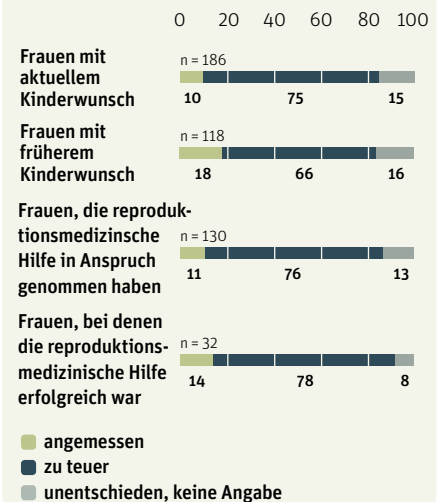
Von jenen, bei denen die Behandlung zu einem früheren Zeitpunkt oder bisher nicht zum Erfolg geführt hat, würden 56 Prozent anderen Paaren in der gleichen Situation dennoch empfehlen, es zu versuchen. 41 Prozent würden abraten.

Von den Frauen, die sich aktuell ein Kind wünschen und trotz ihrer Probleme noch keine Hilfe in Anspruch genommen haben, sagt nur ein Viertel, dass das für sie nicht in Frage käme, ein Drittel ist unentschieden und für 41 Prozent käme eine solche Hilfe in Frage.

Die Tatsache, dass gesetzlich Versicherte einen Teil der Kosten aus eigener Tasche bezahlen müssen, ist mehr als der Hälfte der Interviewten bekannt. Indessen empfindet eine große Mehrheit der Frauen mit derzeitigem oder früherem unerfülltem Kinderwunsch eine Eigenbeteiligung bei der künstlichen Befruchtung von 1.800 bis 2.000 Euro pro Versuch als zu teuer - unabhängig davon, ob sie bereits reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben oder nicht, unabhängig davon auch, ob dies von Erfolg gekrönt war oder nicht. Nur zehn Prozent der Frauen mit aktuellem und 18 Prozent der Frauen mit früherem Kinderwunsch finden den Preis angemessen.

Eine große Mehrheit empfindet einen Eigenanteil bei der künstlichen Befruchtung von 1.800 bis 2.000 Euro pro Behandlungszyklus als zu teuer

(Angaben in Prozent)



5 REPRODUKTIONS- MEDIZIN ALS FAMILIEN- POLITISCHE MASSNAHME?

Etwa jedes hundertste Neugeborene in Deutschland hat seine Existenz einer Befruchtung außerhalb des Körpers zu verdanken. Es könnten mehr sein – wenn die gesetzlichen Krankenversicherungen und der Staat sich an den Kosten für die reproduktionsmedizinische Behandlung wieder stärker beteiligen würden. Dies ist jedoch nur eine von vielen familienpolitischen Maßnahmen, die nötig sind, damit in Deutschland wieder mehr Kinder geboren werden. Politik kann das Fortpflanzungsverhalten der Bevölkerung kaum beeinflussen. Sie kann jedoch den Spielraum zwischen Ist- und Wunschkinderzahl nutzen. Sie kann Rahmenbedingungen schaffen, die es leichter machen, sich für Kinder zu entscheiden. Voraussetzung dafür ist, dass Deutschland kinder-, familien- und frauenfreundlicher wird.

5.1 Welchen Beitrag zu den bundesdeutschen Geburten leistet die IVF?

Im Jahre 2005 kamen in Deutschland insgesamt 685.795 Kinder lebend zur Welt.⁶² Davon waren 6.743 durch In-vitro-Fertilisation oder Mikroinsemination (ICSI) an einem der inzwischen rund 120 deutschen Zentren für Fortpflanzungsmedizin entstanden.⁶³ Das entspricht einem Anteil von knapp einem Prozent. Anders gesagt: Jedes hundertste Neugeborene wurde außerhalb des Körpers gezeugt.

Die Zahlen über Befruchtungen außerhalb des Körpers stammen aus dem „Deutschen IVF Register“ (DIR). Alle deutschen Kinderwunschzentren führen aufgrund einer zunächst freiwilligen, aber inzwischen verpflichtenden Vereinbarung seit der Geburt des „Erlanger Babys“ von 1982 detailliert Bilanz über die vorgenommenen Behandlungen, die erzielten Schwangerschaften und die geborenen Kinder. Seit 1996 laufen die an den einzelnen Zentren erhobenen Daten beim DIR in Bad Segeberg zusammen, wo sie statistisch ausgewertet werden.

Vorbild für diese Einrichtung war das britische IVF-Register, das allerdings nicht von einer Standesorganisation, sondern von einer staatlichen Behörde geführt wird. Wie in vielen anderen Ländern, die ein vergleichbares zentrales Register unterhalten, dient auch das deutsche nicht nur der Statistik, sondern vor allem dazu, auf diesem sensiblen Gebiet der Medizin Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit zu schaffen und „Missverständnissen vorzubeugen“, wie der DIR-Vorstand schreibt.⁶⁴ Zudem sichert die Datensammlung den Qualitätsstandard, da sich etwa die Erfolgsquoten unterschiedlicher Methoden vergleichen lassen, und sie liefert Grundlagen für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Methoden.

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, werden die Frauen, wenn sie schwanger geworden sind, von ihren Frauenärzten weiterbehandelt, die ihrerseits jedoch nicht zur Meldung an das Register verpflichtet sind. Daher kommt es bei der Erfassung von Geburten häufig zu Verzögerungen. Dies führt dazu, dass die Angaben in den Jahrbüchern des Deutschen IVF-Registers immer etwas niedriger ausfallen, als sie tatsächlich sind. Die Statistik wird jedoch laufend aktualisiert, so dass zwei Jahre später verlässlichere Werte vorliegen. Die genannte Zahl für 2005 entspricht somit noch nicht ganz der Realität. Außerdem

erfasst das Register nicht, wie viele unfruchtbare Paare sich in Frauenarztpraxen oder Kinderwunschzentren lediglich einer Hormonbehandlung oder einer Insemination unterziehen, oder wie viele sich im Ausland behandeln lassen. Insgesamt liegt die Zahl der dank medizinischer Unterstützung in Deutschland geborenen Kinder somit etwas höher.

Ein Prozent IVF-Kinder – ist das viel oder wenig?

Nimmt man die absolute Zahl und legt den Rückgang der Geburtenzahlen als Maßstab an, ergibt sich Erstaunliches: 1964, auf dem Höhepunkt des Baby-Booms, wurden in West- und Ostdeutschland zusammen rund 1,36 Millionen Neugeborene registriert. 1970 waren es knapp über eine Million. Nach einem Tief von 865.789 im Jahre 1980 lag die Zahl der neu geborenen Kinder im Jahre 1990 bei etwas über 900.000. Im Mittel der letzten zehn Jahre (1997 bis 2006) fällt die Zahl der lebend geborenen jährlich um fast 14.000. Die 6.743 Kinder, die ihre Existenz der Reproduktionsmedizin verdanken, fangen somit etwa die Hälfte des jährlichen Geburtenrückganges auf.

Der Anteil der IVF-Kinder an der Gesamtgeburtenzahl schwankt allerdings im Lauf der Zeit. Im Jahre 1997, als das DIR die ersten Auswertungen vorlegte, wurden insgesamt 4.407 Kinder nach IVF oder ICSI geboren. Dies entspricht einem Anteil von rund einem halben Prozent an der Gesamtgeburtenzahl von 812.173 in jenem Jahr. Während der folgenden Jahre stiegen diese Zahlen stetig an und erreichten 2003 ein Maximum von 18.872 außerhalb des Körpers gezeugten Kindern, entsprechend 2,6 Prozent der Gesamtgeburtenzahl.

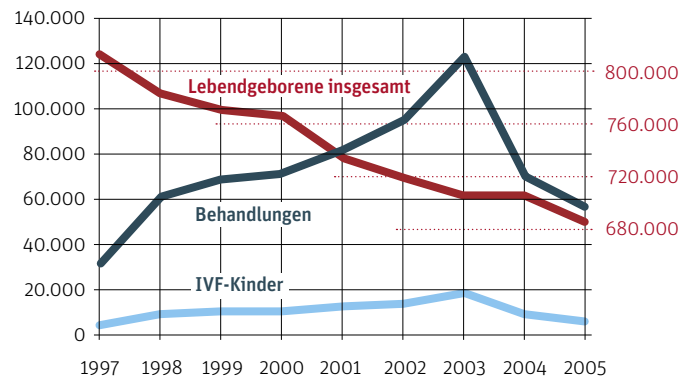
5.2 Wie sich die Gesundheitsreform von 2004 auf die Behandlung unerfüllter Kinderwünsche auswirkt

2003 war freilich in gesundheitspolitischer Hinsicht ein besonderes Jahr: Bereits im Spätsommer zeichnete sich ab, dass sich die Erstattungssituation für künstliche Befruchtung bald grundlegend ändern würde. Viele unfruchtbare Paare, die sonst vielleicht noch zugewartet hätten, begaben sich daher sofort in Behandlung.

Am 1. Januar 2004 trat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft. Seither ist die Zahl der im Deutschen IVF-Register aufgeführten hormonellen Stimulationsbehandlungen, die jeder künstlichen Befruchtung vorangehen, insgesamt um 52 Prozent zurückgegangen, also über die Hälfte.

Das neue Gesetz bedeutet für die Betroffenen, dass sie nun 50 Prozent der Behandlungskosten für Befruchtungen außerhalb des Körpers selbst zahlen müssen. Die gesetz-

Absolute Zahl der begonnenen Hormonbehandlungen, der nach Befruchtung außerhalb des Körpers geborenen Kinder sowie der Lebendgeborenen insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland 1997 bis 2005) (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, Deutsches IVF-Register)



Während die Geburtenzahlen sinken, werden immer mehr IVF-Kinder geboren – bis 2003

Im Mittel der letzten zehn Jahre kamen in Deutschland jährlich rund 14.000 Kinder weniger zur Welt. Gleichzeitig stieg bis 2003 sowohl die Zahl der hormonellen Stimulationen, wie sie jeder künstlichen Befruchtung vorangehen, als auch die Zahl der außerhalb des Körpers gezeugten Kinder stetig. Der Anteil der nach einer Befruchtung außerhalb des Körpers geborenen Kinder an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen belief sich im Jahre 2002 auf 1,9 Prozent, 2003 sogar auf 2,6 Prozent. Danach fiel die Zahl der Behandlungen, mithin auch die Zahl der Geburten nach künstlicher Befruchtung deutlich ab. Dieser Einbruch ist eine direkte Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes: Seit dem 1. Januar müssen Kinderwunschpaare 50 Prozent der Kosten für maximal drei Behandlungen aus eigener Tasche bezahlen.

Der Begriff „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) wird hier für alle Methoden der Befruchtung außerhalb des Kör-

pers verwendet. Entsprechend umfassen die Zahlen für „Geburten nach IVF“ alle registrierten Lebendgeburten nach IVF, ICSI, einer Kombination von IVF und ICSI sowie nach der Kryokonservierung von in vitro befruchteten Eizellen. Der Begriff „Behandlungen“ umfasst hier sämtliche Stimulationszyklen für eine Befruchtung außerhalb des Körpers, unabhängig davon, ob am Ende tatsächlich befruchtete Eizellen in die Gebärmutter der Frau übertragen werden konnten oder ob die Behandlung vorzeitig beendet werden musste.

Die im Deutschen IVF-Register (DIR) aufgeführten Geburten werden dabei immer dem Jahr zugerechnet, in dem die Behandlung stattfand, nicht dem tatsächlichen Geburtsjahr. Rund drei Viertel der für ein bestimmtes Jahr angegebenen IVF-Geburten schlagen sich also erst in der Neugeborenenstatistik des Folgejahres nieder.

lichen Krankenversicherungen übernehmen die anderen 50 Prozent für höchstens drei Behandlungszyklen, statt wie zuvor vier Behandlungszyklen voll zu erstatten, und auch nur, wenn die Frau zwischen 25 und 40 Jahre alt ist, der Mann zwischen 25 und 50.

Ein IVF-Behandlungszyklus kostet nach Angaben des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands im Durchschnitt 3.000 Euro, ein Zyklus mit Mikroinsemination (ICSI) etwa 3.600 Euro, wovon die Hälfte jeweils von dem behandelten Paar zu tragen ist. Legt man die Gesamtzahl aller Behandlungen in Deutschland zugrunde, kommt man auf durchschnittlich 3.200 Euro für einen Zyklus.⁶⁵ Daraus ergibt sich eine Eigenbeteiligung von 4.800 Euro für drei Behandlungen – ohne Garantie auf Erfolg.

Der Gesetzgeber hält dies für „zumutbar“.⁶⁶ Bei einem mittleren deutschen Netto-Haushaltseinkommen von 1.363 Euro pro Kopf im Monat, selbst bei 1.582 Euro pro Kopf für Zweipersonenhaushalte ohne Kinder,⁶⁷ stoßen indessen viele mit 1.600 Euro an die Grenzen ihres Budgets.

Die Statistik des Deutschen IVF-Registers besagt, dass viele unfruchtbare Paare ihren Kinderwunsch deshalb zurückstellen oder gar darauf verzichten: Das DIR verzeichnete von 2003 auf 2004 einen Rückgang der Geburten nach künstlicher Befruchtung um etwa die Hälfte, von 18.872 auf 9.568.

Da die Geburten allerdings im Register immer dem jeweiligen Behandlungsjahr zugerechnet werden, schlug sich dieser Rückgang in der Gesamtgeburtenstatistik erst 2005 nieder. Diese weist für 2005 einen Rückgang der Gesamtgeburtenzahl gegenüber 2004 um fast 20.000 aus.

Die veränderte Erstattungssituation betrifft auch die Insemination, die vom Deutschen IVF-Register nicht erfasst wird. Rund 200 Euro kostet eine Insemination im natürlichen Zyklus, rund 1.000 Euro, wenn eine Be-

handlung mit Hormonen hinzukommt. Diese Kosten müssen gesetzlich versicherte unfruchtbare Paare seit Anfang 2004 ebenfalls zur Hälfte selbst tragen, die andere Hälfte übernimmt die Kasse bei Inseminationen im natürlichen Zyklus bis zu acht Mal, bei Inseminationen nach hormoneller Stimulation bis zu drei Mal. Auch die Zahl der Inseminationen ist daher stark zurückgegangen, nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zunächst um 75 Prozent, inzwischen um 90 Prozent.⁶⁸ Nach der Einführung des GMG wurden somit weitere rund 3.600 Kinder pro Jahr weniger geboren. Zusammenge-rechnet mit den 9.000 fehlenden Geburten nach Befruchtung außerhalb des Körpers macht das knapp 13.000. Somit dürften gut zwei Drittel des Geburtenrückganges im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr auf die neue Kostenregelung zurückgehen.

Ausgangspunkt für die Entscheidung, die Kassenleistungen für künstliche Befruchtungen zu kürzen, war eine Studie des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel gewesen, die 1996 den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen unter die Lupe genommen hatte. Fritz Beske und seine Mitarbeiter stufen darin die künstliche Befruchtung als „versicherungsfremde Leistung“ ein.

Aber nicht etwa, weil sie nicht anerkannten, dass ungewollte Unfruchtbarkeit eine Krankheit ist, gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation, oder, nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes von 1986, ein „regelwidriger“ Zustand des Körpers, der behandelt werden muss.⁶⁹

Im Gegenteil, die Kieler Gesundheits-System-Forscher argumentierten, künstliche Befruchtung sei eine familienpolitisch motivierte Maßnahme. Und als solche müsse sie vom Staat finanziert werden.⁷⁰ In ihrer neuesten Analyse, die sie im Dezember 2006 vorstellten, heißt es erneut und deutlicher: „Die demografische Situation in Deutschland mit

der geringsten Geburtenrate in Europa macht es erforderlich, jede Möglichkeit zu nutzen, um die Kinderzahl zu erhöhen. Hierzu gehört auch die künstliche Befruchtung. Die Einführung einer Selbstbeteiligung von 50 Prozent der Kosten für die künstliche Befruchtung (...) hat wahrscheinlich in den Jahren 2004 und 2005 zu einem Ausfall von rund 10.000 Lebendgeburten geführt. Die Möglichkeit, durch die künstliche Befruchtung die Zahl der Lebendgeburten zu erhöhen, liegt damit neben der Erfüllung des Kinderwunsches vieler Paare auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse.“

Um sowohl die Paare als auch die Kassen angesichts der angespannten Finanzlage zu entlasten, schlägt das Fritz Beske Institut deshalb vor, die Kosten neu aufzuteilen: Zu je einem Drittel auf die öffentliche Hand, die gesetzlichen Krankenversicherungen und die behandelten Paare.

Der hohe Eigenanteil verletzt nicht die Eigentumsgarantie und ist auch kein Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, hat der Staatsrechtler Helge Sodan, Präsident des Verfassungsgerichtshofes Berlin, in einer Untersuchung festgestellt.⁷¹ Beeinträchtigt werden die Betroffenen jedoch in ihrem Grundrecht auf Familiengründung: „Die Möglichkeit der Familiengründung wird mithin für diejenigen Paare eingeschränkt, die aus medizinischen Gründen auf eine künstliche Befruchtung angewiesen sind und nicht über die nötigen finanziellen Mittel verfügen, um diesen Wunsch in die Tat umzusetzen.“

Dabei sei insbesondere zu beachten, schreibt Sodan, dass für die Versicherungspflicht dem Einzelnen auch die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zugesagt sei, im Falle der künstlichen Befruchtung aber müsse er 50 Prozent selbst bezahlen. Und es sei sehr zweifelhaft, was vom Verfassungsrang her höher zu bewerten sei: Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen – oder der Eingriff in das Grundrecht der Familiengründung.

Vor allem aber sei der eingeschlagene Weg nicht geeignet, zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen, argumentiert Sodan. Im Gegenteil, langfristig vergrößere sich die Finanzierungslücke dadurch sogar noch, denn durch die Ausgliederung der künstlichen Befruchtung aus dem Leistungskatalog würden der Zeugung neuer Beitragszahler so hohe Hürden gesetzt, dass sie sich niemand mehr leisten könne.

Nach Angaben des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ) hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mehr als zwei Drittel der Kosten auf die Schultern der Betroffenen verlagert.⁷² Aber wie viel trägt die neue Regelung zur Kostendämpfung bei den Kassen bei?

Genauere Zahlen gibt es nicht. Der Gesetzentwurf führt jährliche Einsparungen beim Posten „künstliche Befruchtung und Sterilisation“ von 100 Millionen Euro an, schlüsselt diesen Betrag jedoch nicht weiter auf.⁷³ Der Betrag macht etwa ein Promille dessen aus, was die gesetzlichen Krankenversicherungen jährlich ausgeben, rund 150 Milliarden Euro. Da die Kassen seither nur noch 50 Prozent der Kosten tragen und auch weniger Behandlungen vorgenommen werden, hat sich nach einer Überschlagsrechnung des BRZ dieser Anteil um mindestens die Hälfte reduziert, also auf etwa ein halbes Promille.⁷⁴

Was bleibt, wenn die Behandlung von Unfruchtbarkeit das Budget der Betroffenen übersteigt oder nicht zum Erfolg führt?

Adoption sei eine Alternative, so bekommen ungewollt kinderlose Paare oft zu hören. Das ist sie jedoch nicht: Denn es gibt erheblich mehr Adoptionswillige als Kinder, die angenommen werden könnten. Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik kommen jährlich auf einen zur Adoption vorgemerkten Minderjährigen etwa zwölf Bewerber auf eine Adoptivelternschaft – „rein rechnerisch“, wie es heißt.

Die absolute Zahl der adoptierten Kinder und Jugendlichen ist seit langem rückläufig. Im Jahr 2005 waren es insgesamt 4.762, sechs Prozent weniger als im Vorjahr, 45 Prozent weniger als 1993. 31 Prozent aller adoptierten Kinder besaßen 2005 nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.⁷⁵

Rund 60 Prozent aller Vermittlungen entfallen jeweils auf Adoptionen durch ein Stiefelternteil oder Verwandte. Das heißt, bei dem größeren Teil der adoptierten Kinder und Jugendlichen wurden bereits zur Familie gehörige Kinder angenommen.

Die verbleibenden 40 Prozent sind so genannte Fremdadoptionen. Nach den amtlichen Zahlen konnten also 2005 nicht einmal 2.000 Kinder und Jugendliche von Paaren, die sich ein Kind wünschten, adoptiert werden. Dabei ist allerdings davon auszugehen, dass eine nicht näher bekannte Anzahl von Auslandsvermittlungen nicht gemeldet wurde. Denn bei Auslandsadoptionen, bei denen keine zugelassene Vermittlungsstelle beteiligt war, erfolgt keine Meldung an das Statistische Landesamt. Außerdem melden Auslandsvermittlungsstellen in freier Trägerschaft häufig Adoptionen nicht, weil ihnen ob der Vielzahl der Meldeverpflichtungen die Übersicht verloren geht. Demnach spiegeln die vorliegenden Zahlen im Bereich der internationalen Adoption kein realistisches

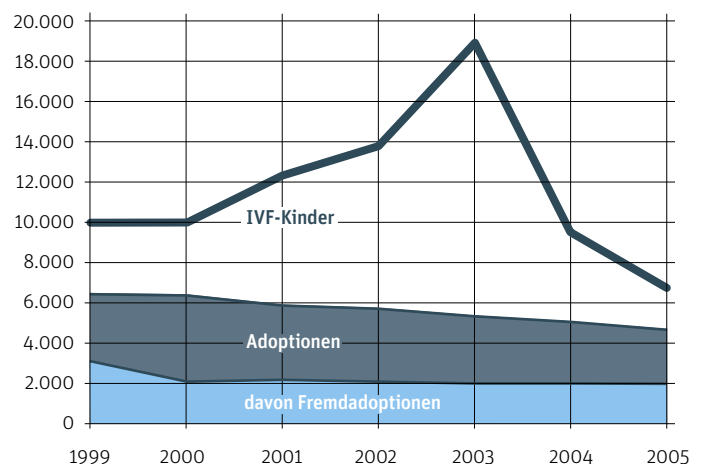
Bild wider. Eine vollständige Erfassung aller internationalen Verfahren wäre am ehesten durch eine Verlagerung der Meldepflicht auf die Standesämter zu erwarten.

An der bundesdeutschen Geburtenstatistik ändert sich durch Adoption von Kindern, die in Deutschland geboren wurden, naturgemäß nichts. Aber, darauf weist Rolf Bach, Leiter der Gemeinsamen Zentralen Adoptionsstelle in Hamburg, hin: „Mit Adoptionen lassen sich weder die Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit noch die der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik ‚heilen‘. Das erklärte Ziel ist, für Kinder geeignete Familien zu finden, in denen sie bessere Lebensbedingungen haben als zuvor und ihre Persönlichkeit positiv entwickeln können – aber nicht, ‚passende‘ Kinder für Bewerber zu suchen.“

Adoptionen rückläufig

Die Zahl der Adoptionen geht seit Jahren zurück. Der größere Teil davon, jeweils rund 60 Prozent, entfällt auf so genannte Stiefadoptionen, bei denen bereits zur Familie oder Verwandtschaft gehörende Kinder und Jugendliche angenommen werden. Fremdadoptionen machen jeweils etwa 40 Prozent aus. 2005 fanden nach der offiziellen Statistik rund 2.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland eine neue Familie. Allerdings kommt dazu noch eine nicht näher zu bestimmende Zahl von nicht gemeldeten Auslandsadoptionen.

Absolute Zahl der bundesweiten Adoptionen insgesamt, der Fremdadoptionen und der nach künstlicher Befruchtung geborenen Kinder von 1999 bis 2005 (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, Deutsches IVF-Register)



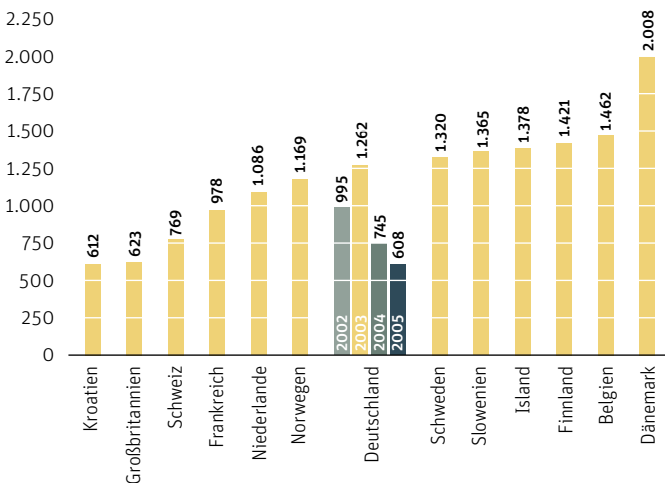
5.3 Vergleiche mit anderen Ländern

Bisher sind weltweit rund drei Millionen außerhalb des Körpers gezeugte Kinder geboren. Jährlich kommen etwa 200.000 dazu, schätzt das internationale IVF-Register (International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies, ICMART). Das Komitee präsentierte die Daten aus 52 Ländern für das Jahr 2002 bei der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für menschliche Fortpflanzung und Embryologie im Sommer 2006. Demnach kamen in dem Berichtsjahr 2002 fast 600.000 Behandlungszyklen zusammen, 122.000 Kinder wurden nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung geboren. Der ICMART-Bericht umfasse zwei Drittel der weltweiten Tätigkeit im Bereich medizinisch unterstützte Fortpflanzung, rechnete ein Mitglied des Komitees vor, man könne also von einer Million Behandlungszyklen und 200.000 Neugeborenen jährlich ausgehen.⁷⁶

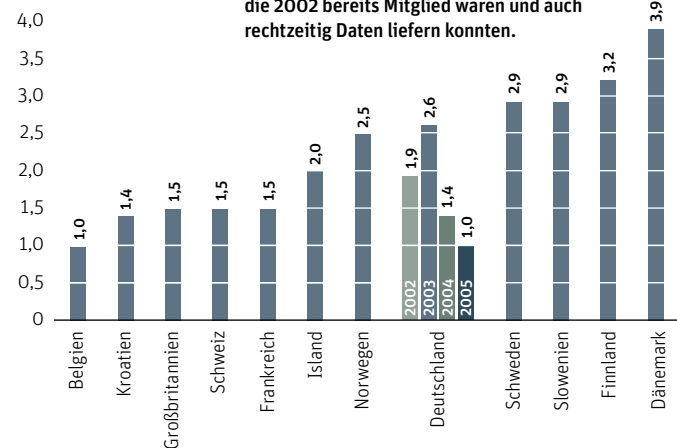
56 Prozent der weltweit registrierten Behandlungen erfolgten nach dem ICMART-Bericht in Europa. Knapp die Hälfte aller in dem Bericht gezählten Behandlungszyklen wurde

in nur vier Industrienationen vorgenommen. Allen voran die Vereinigten Staaten von Amerika mit 115.000, gefolgt von Deutschland mit 85.000, Frankreich mit 60.000 und Großbritannien mit 37.000 Behandlungszyklen. Setzt man die Zahl der Behandlungen jedoch in Relation zur Einwohnerzahl, liegen die skandinavischen Länder – allen voran Dänemark – an der Spitze. Im internationalen Vergleich ist die Verfügbarkeit reproduktionsmedizinischer Behandlungen nur in Israel größer, einem Land, das für eine sehr geburtenfreundliche Politik bekannt ist. Deutschland lag bereits vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im unteren Mittelfeld Europas. Der starke Rückgang bei den Behandlungen könnte diese Position weiter verschlechtern.

Dänemark weist auch den höchsten Anteil von nach künstlicher Befruchtung geborenen Kindern an der Gesamtzahl der Neugeborenen auf: 2002 belief er sich auf 4,2 Prozent, 2003 auf 3,9 Prozent. Als nächstes folgen Finnland, Schweden, Slowenien. Deutschland liegt dagegen im Mittelfeld, mit einem Anteil von 1,9 Prozent im Jahre 2002 und 2,6 Prozent im Ausnahmejahr 2003.



Zahl der Behandlungszyklen pro eine Million Einwohner im Jahre 2003 (Datengrundlage: Europäische Gesellschaft für menschliche Fortpflanzung und Embryologie, Deutsches IVF-Register)



Anteil der IVF-Kinder an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen 2003 in Prozent (Datengrundlage: Europäische Gesellschaft für menschliche Fortpflanzung und Embryologie, Deutsches IVF-Register)

Künstliche Befruchtungen in Europa Reproduktionsmedizin kann einen gewichtigen Beitrag leisten

Über die Hälfte aller weltweit registrierten Befruchtungen außerhalb des Körpers finden in Europa statt. Deutschland weist dabei europaweit die höchste Zahl der pro Jahr durchgeführten Behandlungszyklen auf. Setzt man die Zahl der Behandlungen jedoch in Relation zur Einwohnerzahl, rückt Deutschland ins Mittelfeld Europas, eine Position, die sich durch den Rückgang der Behandlungen infolge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes weiter verschlechtern könnte. An erster Stelle steht Dänemark. In dem skandinavischen Land verdanken rund vier Prozent aller jährlich geborenen Kinder ihre Existenz medizinischer Unterstützung bei der Zeugung.

Seit 2001 gibt die Europäische Gesellschaft für menschliche Fortpflanzung und Embryologie (ESHRE) jährlich einen Bericht über den Stand der Reproduktionsmedizin in Europa heraus. Durch die Verzögerungen bei der Erfassung liegen im Berichtsjahr 2007 erst die Daten für das Jahr 2003 vor.⁷⁷

Dabei sind allerdings die Datensammlungen der nationalen Register nur bedingt miteinander vergleichbar. So erfasst das Deutsche IVF-Register die Behandlungen gleich zu Beginn, um dann jeden Fall fortlaufend zu verfolgen (prospektiv), während die meisten anderen Datenbanken die Behandlungen nach deren Abschluss registrieren (retrospektiv). Auch die Erfassung selbst geschieht nicht nach einem einheitlichen Standard: Manche Länder zählen nur die Eizell-Entnahmen, andere hingegen alle begonnenen Behandlungen. Von den 25 Ländern, die an dem Europäischen IVF-Überwachungsprogramm EIM teilnehmen, sind hier nur diejenigen aufgeführt, die 2002 bereits Mitglied waren und auch rechtzeitig Daten liefern konnten.

5.4 Kosten und demografische Auswirkungen der Reproduktionsmedizin

Die Reproduktionsmedizin kann nicht nur ungewollt Kinderlosen zum Familienglück verhelfen. Angesichts der fallenden Geburtenziffern in den meisten Industrienationen erhält eine Behandlung, die darauf abzielt, Störungen der natürlichen Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit mithilfe ärztlicher Kunst zu überwinden, auch gesellschaftspolitische Bedeutung. Mehr Geburten bedeuten mehr Arbeitskräfte, die wiederum die Produktivität und die Wettbewerbsfähigkeit erhöhen sowie ein günstigeres Verhältnis von Rentenempfängern zu volkswirtschaftlich Aktiven schaffen. Die Zahlen im vorangehenden Kapitel zeigen: Rund vier Prozent der Gesamtgeburtenzahl in Dänemark – das sind Größenordnungen, die ins Gewicht fallen.

Manche Reproduktionsmediziner haben diese bevölkerungspolitische Dimension ihres Wirkens erkannt. Im Juni 2006 veröffentlichte Rand Europe, ein Ableger des amerikanischen Forschungsinstitutes „Rand Corporation“, eine Studie, die in dem Vorschlag mündete, der Staat solle die medizinisch unterstützte Fortpflanzung gezielt fördern, um die Geburtenstatistik zu verbessern und so der demografischen Krise zu begegnen.

Die Wissenschaftler hatten berechnet, welchen Beitrag die Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung zur Erhöhung der Geburtenraten in Großbritannien leisten könnten, wenn sie in vergleichbarem Maß zur Verfügung stünden wie in Dänemark. Fazit der Rand-Studie: Würde die Zahl der IVF- und ICSI-Behandlungen pro Kopf der britischen Bevölkerung auf das dänische Niveau angehoben, ließe sich die durchschnittliche Kinderzahl je Frau (TFR) in Großbritannien um 0,04 steigern, von 1,64 im Jahr 2002 auf 1,68. Eine Steigerung um 2,4 Prozent, das klingt nach wenig. Auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet, geht es dabei jedoch

immerhin um 20.000 Kinder pro Jahr. Diese Steigerung entspricht fast drei Prozent der im Jahre 2002 insgesamt in Großbritannien geborenen Kinder. Oder der Gesamtzahl aller Kinder, die 2002 in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen zusammen das Licht der Welt erblickten.⁷⁸

Die Zahl liege exakt in der Größenordnung potenzieller Steigerungen der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau, wie sie durch andere, herkömmliche familienpolitische Maßnahmen erreicht werden könnten, heißt es in der Zusammenfassung. Darüber hinaus, besagt die Studie, sei künstliche Befruchtung als Teil eines familienpolitischen Maßnahmenkatalogs auch noch finanziell günstiger. So würde eine 25-prozentige Erhöhung des Kindergeldes die durchschnittliche Kinderzahl je Frau um 0,07 erhöhen, die Gesamtkosten dafür beliefen sich auf 50.000 bis 100.000 britische Pfund für jedes zusätzliche Kind – während für jedes Kind, das dank reproduktionsmedizinischer Unterstützung zur Welt kommt, nur 15.000 bis 25.000 Pfund aufgewendet werden müssen.

Allerdings schieben die Wissenschaftler diesen Schlussfolgerungen gleich auch eine Warnung hinterher: Einer der Gründe für das Absinken der Geburtenraten bestehe darin, dass die Familiengründung auf spätere Lebensabschnitte verschoben werde. Eine erleichterte Verfügbarkeit reproduktionsmedizinischer Behandlungen könnte Paare dazu verführen, das erste Kind in noch höherem Alter bekommen zu wollen als bisher schon, wodurch die Erfolgchancen wieder sanken und der Nutzen dieser familienpolitischen Intervention verloren ginge.⁷⁹

In Großbritannien entscheiden die örtlichen Gesundheitsbehörden (Primary Care Trust), ob sie für künstliche Befruchtung bezahlen.⁸⁰ Da die Entscheidung auch von deren Budget abhängt, gibt es regionale Unterschiede bei der Erstattung. Aus Sicht der Rand-Wissenschaftler müssten die Behandlungen durchgängig vom staatlichen Gesundheitssystem bezahlt werden.⁸¹ Der Rand-Studie

zufolge haben Estland und Korea bereits angekündigt, für künstliche Befruchtungen zu bezahlen, um dem in beiden Ländern außergewöhnlichen Geburtenmangel entgegen zu wirken.

„Es gibt große Ungleichheiten zwischen den Ländern, und das liegt am Geld“, sagt der Franzose Jacques de Mouzon, Mitglied des ICMART-Komitees: „In manchen Ländern gibt es eine bestimmte Anzahl von künstlichen Befruchtungen umsonst, in anderen jedoch müssen die Paare, zum Beispiel über ihre Krankenversicherung, selbst bezahlen.“⁸²

Tatsächlich ist die Bandbreite groß: Sehr großzügig ist Finnland, wo beliebig viele Zyklen nach freier Wahl an öffentlichen oder privaten Kliniken bezahlt werden; über 40-Jährige müssen allerdings einen Antrag stellen. Norwegen geht die Erstattung erst nach dem zweiten Kind etwas zurückhaltender an, während das staatliche Gesundheitssystem Schwedens verheirateten oder in stabiler Partnerschaft zusammenlebenden Paaren, die noch keine Kinder haben, normalerweise zwei Zyklen bezahlt. In Dänemark werden drei IVF-Behandlungen voll bezahlt, vorausgesetzt, eine öffentliche Klinik nimmt diese vor. In Belgien gilt, dass jede Frau in ihrem Leben Anspruch auf sechs voll bezahlte IVF-Behandlungszyklen hat. Kinderlose in der Schweiz hingegen haben für eine Befruchtung außerhalb des Körpers keinerlei finanzielle Zuschüsse zu erwarten.

Österreich unterhält seit Anfang 2000 einen „IVF-Fonds“, in den neben dem staatlichen Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen auch die Krankenkassenzusteuherer und private Versicherungen einzahlen. Dieser Fonds zahlt 70 Prozent der Kosten für maximal vier Versuche, wenn ganz bestimmte Formen von Unfruchtbarkeit sicher diagnostiziert wurden. Außerdem muss das Paar bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Es muss in „aufrechter Ehe oder eheähnlicher Lebensgemeinschaft“ leben, die Frau darf höchstens 40, der Mann höchstens 50 sein.⁸³

5.5 Kosten und Wirksamkeit herkömmlicher familienpolitischer Maßnahmen – Vergleiche mit anderen Ländern

Erst mit gehöriger Verspätung hat die deutsche Politik den demografischen Wandel überhaupt als Problem erkannt und begonnen, nach Lösungen zu suchen. Welche können das sein?

Eine denkbare Maßnahme wäre, gezielt die Einwanderung zu fördern. Diese bringt jedoch zusätzliche Integrationsprobleme mit sich. Zudem erreichen auch die eingewanderten Arbeitskräfte nach einiger Zeit das Rentenalter und müssen dann von den Sozialsystemen getragen werden, während das Problem der Überalterung bleibt. Auch eine längere Lebensarbeitszeit entlastet zwar die Sozialsysteme, federt das Finanzierungsproblem aber lediglich ab.

Es gibt nur eine Möglichkeit, dem demografischen Wandel aktiv entgegen zu treten: Das Land familienfreundlicher zu machen und dadurch die Kinderzahl zu steigern.

Länder wie Frankreich oder Schweden haben erfolgreich gezeigt, dass dies möglich ist. Generell kann Familienpolitik auf kurze Sicht nur den Spielraum zwischen Ist- und Wunsch-Kinderzahl nutzen. Aufgabe des Staates ist mithin, dies in optimaler Weise zu tun. Das heißt, den Menschen, die sich Kinder wünschen, keine Steine in den Weg zu legen, oder, falls Hindernisse bestehen, diese aus dem Weg zu räumen. Das gilt natürlich auch für jene Menschen, die bereits Kinder haben. Es ist praktisch unmöglich, den Kinderwunsch über die Wunschkindzahl hinaus politisch zu beeinflussen. Dazu sind Veränderungen nötig, die aus der Mitte der Gesellschaft kommen müssen und überdies Zeit brauchen.

Im Wesentlichen gibt es derzeit drei Arten familienpolitischer Instrumente: Erstens direkte Geldleistungen, zweitens steuerliche Erleichterungen und drittens die Bereitstellung der Infrastruktur, die es Eltern ermöglicht, Familie und Beruf zu vereinbaren, auch als Sachleistungen bezeichnet.

Eine klare Trennung zwischen diesen Instrumenten ist nicht immer möglich. Manche Maßnahmen lassen sich überdies kaum in Zahlen fassen oder messen, bei manchen lässt sich nicht einmal direkt nachweisen, dass sie tatsächlich den gewünschten Effekt haben. Zum Beispiel Ganztageschulen: Sie entlasten die Eltern, machen es also leichter, Familie und Beruf zu vereinbaren. Zudem haben sie auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen. Sie ebnet Chancenungleichheiten ein, die zwischen Kindern unterschiedlicher sozialer Herkunft vor Schuleintritt bestehen. Beide Effekte sind jedoch schwer in Heller und Pfennig zu beziffern.

Vor allem aber ist ein Vergleich dieser Leistungen über nationale Grenzen hinweg schwierig, da diese je nach Land in unterschiedliche Gesamtkonzepte eingebettet und deshalb unterschiedlich zu beurteilen sind.

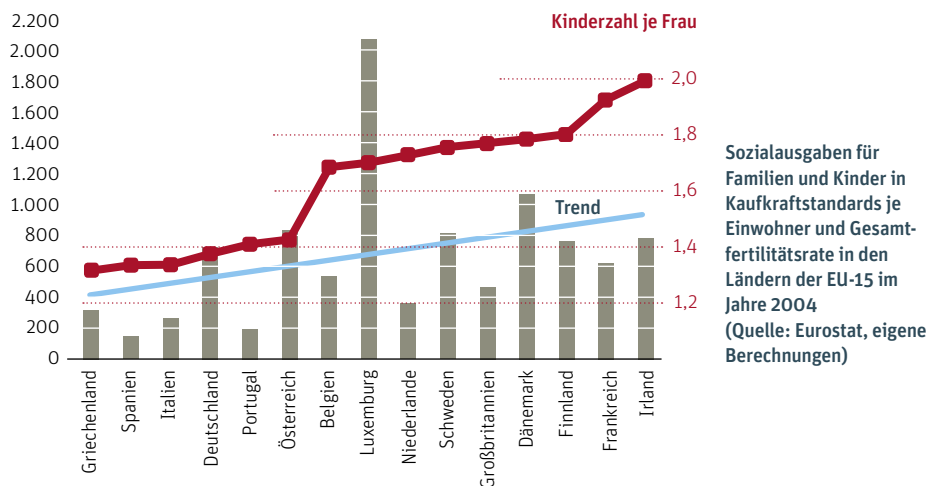
Dennoch sei hier der Versuch einer Bilanz unternommen: Wie wirken sich familienpolitische Instrumente aus? Erfüllen sie ihre Aufgabe, bestehende Familien zu fördern und die Gründung neuer Familien möglich zu machen? Ein Vergleich einiger deutscher familienpolitischer Maßnahmen mit jenen anderer europäischer Staaten soll dies aufzeigen.

Wenige Länder Europas wenden mehr für familienbezogene Sozialleistungen auf als Deutschland. Mit rund 732 Euro pro Kopf der Bevölkerung lag Deutschland im Jahre 2004 weit über dem Durchschnitt von 546,6 Euro pro Kopf im Europa der 15 Staaten. Nur die skandinavischen Länder, Österreich und Luxemburg liegen darüber.⁸⁴ Allerdings steht die Höhe dieser Aufwendungen in den einzelnen Ländern in kaum erkennbarem Zusammenhang zur Gebärfreudigkeit der Bevölkerung: Deutschland lag 2004 mit 1,37 Kindern je Frau abgeschlagen an letzter Stelle unter den Nationen mit hohen Familienleistungen, während Frankreich mit 1,92 Kindern je Frau die Nase ganz vorn hatte.⁸⁵

Ein etwas deutlicherer Zusammenhang findet sich, wenn man nicht die Geldleistungen in absoluten Zahlen nimmt, sondern deren relativen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), das als Gradmesser für die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft dient, und dann diesen Anteil im Verhältnis zur durchschnittlichen Kinderzahl je Frau betrachtet. Dabei ist das Geburtenniveau in jenen Ländern am höchsten, bei denen das Kindergeld und andere finanzielle Leistungen ein gewisses Mindestmaß an Ausgaben erreichen und mit dem insgesamt steigenden Wohlstand Schritt halten können. So fallen beispielsweise in den südeuropäischen Staaten, die eine besonders niedrige Fruchtbarkeit aufweisen, die Aufwendungen für Familien sehr gering aus. Deutschland gehört dabei wiederum zum „Klub“ jener Länder, die im Jahre 2004 – dem letzten, für das die EU-Statistiker schon Daten vorliegen haben – mindestens drei Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Familien und Kinder ausgaben.⁸⁶

Hohe Sozialleistungen für Familien allein fördern nicht die Fruchtbarkeit

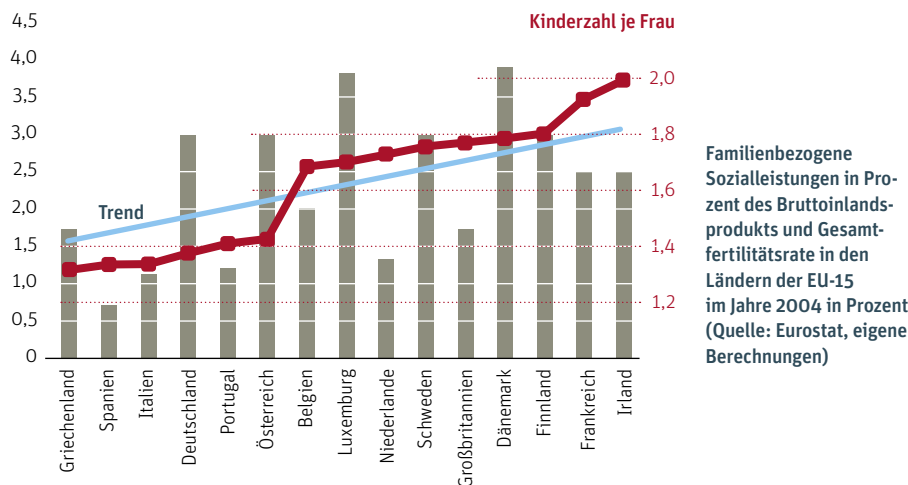
Eine Methode, mögliche Zusammenhänge zwischen der Höhe familienbezogener Sozialleistungen und der Fruchtbarkeit einer Bevölkerung zu untersuchen, besteht darin, die staatlichen Sozialausgaben in Kaufkraftstandards je Einwohner und Gesamtfruchtbarkeitsrate in den Ländern der EU-15 im Jahre 2004 zu messen. Das ist eine fiktive „Währungs“-Einheit, mit der sich die unterschiedlichen Preisniveaus zwischen den Ländern ausgleichen lassen. Mit diesem Verfahren ergibt sich ein kaum erkennbarer Zusammenhang zwischen familienbezogenen Sozialleistungen und Kinderzahl je Frau (Korrelationskoeffizient 0,38).



Sozialausgaben für Familien und Kinder in Kaufkraftstandards je Einwohner und Gesamtfruchtbarkeitsrate in den Ländern der EU-15 im Jahre 2004 (Quelle: Eurostat, eigene Berechnungen)

Wo erhalten Familien am meisten finanzielle Unterstützung?

In Staaten, die einen vergleichsweise hohen Anteil des Volkseinkommens in Sozialleistungen für Familien und Kinder investieren, bekommen Frauen tendenziell auch mehr Kinder. Der Zusammenhang ist zwar nur schwach positiv, aber doch erkennbar (Korrelationskoeffizient 0,44). Die europäischen Spitzenreiter in puncto Fruchtbarkeit, Frankreich und Irland, liegen jedoch bei den Sozialausgaben, am Bruttoinlandsprodukt gemessen, eher im Mittelfeld.



Familienbezogene Sozialleistungen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts und Gesamtfruchtbarkeitsrate in den Ländern der EU-15 im Jahre 2004 in Prozent (Quelle: Eurostat, eigene Berechnungen)

Wichtiger als die Höhe der staatlichen Aufwendungen scheint deren Verteilung zu sein. Wo genau fließen die deutschen Sozialausgaben bislang hin?

Familienministerin Ursula von der Leyen legte im Dezember 2006 erstmals eine umfassende Bilanz aller „familien- und ehebezogenen Leistungen“ des Staates vor. Diese diene, so von der Leyen, „als Basis für eine umfassende Analyse, mit der wir ein passgenaues Konzept für die Neuausrichtung der Familienförderung erarbeiten wollen.“

Die Liste führt 145 Einzelposten im Gesamtumfang von 184 Milliarden Euro auf. Den Löwenanteil machen dabei mit rund 40 Prozent die „ehebezogenen“ Maßnahmen aus, unter denen Witwen- und Witwerrenten besonders ins Gewicht fallen. Der zweitgrößte Anteil, 23 Prozent, entfällt auf steuerrechtliche Maßnahmen. Dazu zählen sowohl die steuerliche Freistellung des Kindergeldes als auch der Kinderfreibetrag. Dann folgen die direkten Geldleistungen und die Leistungen

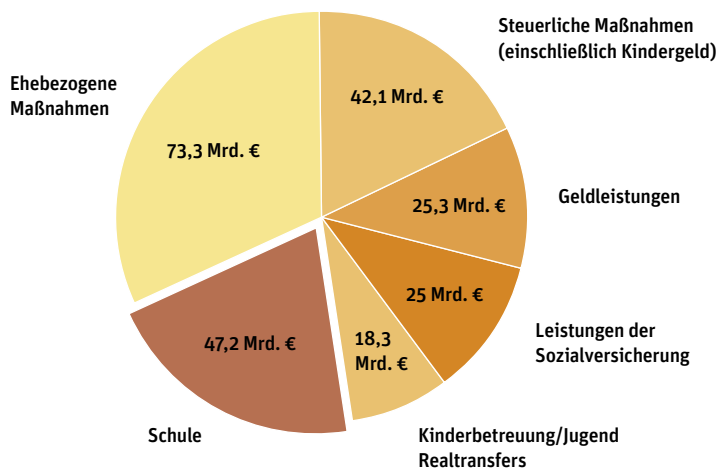
der Sozialversicherung mit je 13,5 Prozent. Als Geldleistung gelten etwa das Kindergeld, das bisherige Erziehungsgeld, seit kurzem durch das Elterngeld ersetzt, oder die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten an die gesetzliche Rentenversicherung; eine Leistung der Sozialversicherung ist etwa die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder. Am Ende der nach Umfang geordneten Reihe stehen mit einem Anteil von rund zehn Prozent die Transfers für Kinderbetreuung und Jugendhilfe.

In der Liste der familienbezogenen Sozialleistungen sind lediglich die staatlichen Zuschüsse an private Schulen enthalten. Die Ausgaben des Bundes für öffentliche Schulen fallen unter bildungspolitische Maßnahmen. Sie belaufen sich auf zusätzliche 47 Milliarden Euro. Nimmt man Schule und Kinderbetreuung sowie Jugendhilfe zusammen, kommt dieser ganze Komplex mit 65 Milliarden Euro in der Größenordnung recht nahe an die 73 Milliarden für ehebezogene Leistungen.⁸⁷

Familien- und ehebezogene Leistungen der Bundesrepublik Deutschland

Finanzielle Entlastung und staatliche Hilfen für Familien verteilen sich über steuerliche Maßnahmen (zum Beispiel Steuerfreibeträge), Geldleistungen (zum Beispiel Erziehungs- oder neu Elterngeld), Leistungen der Sozialversicherung (etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) sowie Realtransfers, zu denen Kinderbetreuung und Jugendhilfe zählen. Ehebezogene Maßnahmen, die einen engen Bezug zur Familie haben, hat das Bundesfamilienministerium in die Zusammenstellung mit aufgenommen. Die staatlichen Ausgaben für Familien belaufen sich somit auf insgesamt 184,4 Milliarden Euro. Hinzu kommen noch die Ausgaben für Schule, die jedoch zu den Bildungsinvestitionen gerechnet werden und daher auch in der Grafik gesondert aufgeführt sind. Zusammen ergeben sich damit jährliche staatliche Aufwendungen von 231,6 Milliarden Euro.

(Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)



Was bewirken nun die verschiedenen Formen familienbezogener Leistungen? Zuerst zu den direkten Geldleistungen. Wenn sie unabhängig vom Einkommen der Eltern sind, wie etwa das Kindergeld, helfen sie besonders einkommensschwächeren Familien, ihre Existenz zu sichern, indem sie die durch ein Kind entstehenden Kosten zumindest teilweise auffangen. Solche Beihilfen sind von entscheidender Bedeutung, um bestehende Familien zu unterstützen. Grundsätzlich heben sie wahrscheinlich auch die Bereitschaft, eine Familie zu gründen. Zusätzliche Bargeldleistungen sind jedoch keinesfalls der Schlüssel zur Steigerung der Kinderzahl.

Anders wirken einkommensabhängige Leistungen. Darunter fallen alle steuerlichen Vergünstigungen für Familien. Aber auch einkommensabhängige Fördermaßnahmen wie das deutsche Elterngeld zählen dazu, das am 1. Januar 2007 das bisherige Erziehungsgeld abgelöst hat. Das Elterngeld fängt einen Teil des Einkommensausfalles auf: 67 Prozent des vor der Geburt verfügbaren Netto-Monats-einkommens, mindestens 300 Euro, höchstens jedoch 1.800 Euro. Nicht erwerbstätige Elternteile erhalten den Mindestbetrag zusätzlich zum bisherigen Familieneinkommen. Das Elterngeld wird an Vater und Mutter für

maximal 14 Monate gezahlt; beide können den Zeitraum frei untereinander aufteilen, in dem sie sich um das Baby kümmern. Allerdings kann ein Elternteil höchstens zwölf Monate für sich in Anspruch nehmen. Die zwei weiteren Monate gibt es, wenn in dieser Zeit Erwerbseinkommen wegfällt und sich der Partner an der Betreuung des Kindes beteiligt. Die Regierung stellt für das Elterngeld jährlich vier Milliarden Euro zur Verfügung, das ist eine Milliarde Euro mehr als für das bisherige Erziehungsgeld.⁸⁸

Das deutsche Elterngeld wurde nach schwedischem Vorbild entwickelt und soll auch bewirken, dass sich Gutverdienende häufiger zur Familiengründung entschließen, da es die „Opportunitätskosten“ für Kinder senkt, also die finanziellen Einbußen, die durch die zeitweilige Aufgabe der Erwerbstätigkeit entstehen. Die Bemessung der Zahlung an der Höhe des letzten Nettoeinkommens soll dem besser verdienenden Elternteil – gemeint sind damit im allgemeinen die Väter – auch als Anregung dienen, zumindest zeitweilig die Kinderbetreuung zu übernehmen.

Eben diese Lohnabhängigkeit der Leistung könnte jedoch junge Menschen dazu bewegen, die Geburt eines Kindes so lange hinauszuzögern, bis sie ein Einkommen erlangt haben, das ein annehmbares Elterngeld gewährleistet. Das könnte die Tendenz, das erste Baby auf später zu verschieben, noch verstärken.

Zu beachten ist jedoch, dass es wesentliche Unterschiede zwischen dem deutschen und dem schwedischen Modell gibt. Diese betreffen vor allem die Höhe der Leistungen: Das Elterngeld wird in Schweden zwar nur für 13 Monate bezahlt, liegt jedoch bei 80 Prozent des letzten Einkommens, mit einer Obergrenze von 2.500 Euro. Vor allem aber gewährleistet in Schweden eine „Geschwindigkeitsprämie“, dass Frauen, die in der

Zeit nach der Geburt des ersten Kindes ihr Arbeitsvolumen eingeschränkt haben und daher über geringere Einkünfte verfügen, bei der bald darauf folgenden Geburt eines zweiten Kindes keine niedrigeren Leistungen hinnehmen müssen. In Schweden wird das Elterngeld nämlich an dem Verdienst aus der Zeit vor dem ersten Kind bemessen. Zumindest gilt dies, wenn die zwei Geburten höchstens 30 Monate auseinander liegen. Das hat nachweislich die Geburtenfolge beschleunigt. In Deutschland hingegen werden die erlittenen Lohneinbußen nur zur Hälfte ausgeglichen.

Ein weiterer Unterschied zwischen dem schwedischen und dem deutschen Modell liegt im Grad der Einbindung beider Partner. Während in Schweden Väter ebenso wie Mütter mindestens zwei der 13 Monate Elternzeit übernehmen müssen, stellt Deutschland die Aufteilung frei – mit der zu erwartenden Konsequenz, dass die Quote betreuender Väter vermutlich niedrig bleiben wird. Immerhin liegt sie seit Einführung des Elterngeldes höher als noch in den Zeiten des Erziehungsgeldes.

Der wichtigste Unterschied liegt jedoch in grundsätzlich anderen gesellschaftlichen Voraussetzungen: Wie auch die anderen skandinavischen Nationen, die im europäischen Vergleich alle relativ kinderreich sind, setzt Schweden auf die positive Wirkung eines kinderfreundlichen Lebensumfeldes. Das bedeutet in erster Linie, dass ein umfassendes Angebot an Kindertagesstätten und Ganztageschulen zur Verfügung steht. Das schwedische System begreift die außerhäusliche Betreuung der Kinder als eine Möglichkeit, gleiche Startchancen für alle Kinder zu schaffen. Und es legt höchste Priorität darauf, dass berufstätige Mütter in jeder Hinsicht gleichberechtigt sind. Familienfreundlichkeit zeigt sich in Schweden aber auch daran, dass Frauen wie Männer

ihre Ausbildungszeiten flexibler gestalten können. Und dass sowohl familienpolitische „Sachleistungen“ als auch finanzielle Leistungen uneingeschränkt allen Eltern zugute kommen, nicht nur verheirateten Paaren und Kernfamilien wie teilweise in Deutschland.⁸⁹ Auch Schweden hat es allerdings nicht geschafft, die Tendenz zum Aufschieben des ersten Babys auf eine spätere Lebensphase zu verlangsamen.⁹⁰

Doch zurück zu den steuerlichen Vergünstigungen. Der deutsche Staat gewährt einen bedeutenden Teil der finanziellen Unterstützung an Familien über Steuervergünstigungen, dergestalt, dass Eltern bestimmte Beträge von der Einkommenssteuer absetzen können. Die gewichtigste steuerliche Entlastung bietet das Ehegattensplitting. Dabei werden beide Einkommen verheirateter Paare zusammengefasst und der Mittelwert doppelt versteuert. Den größten Effekt hat das Ehegattensplitting demnach, wenn ein Ehepartner möglichst gar nichts verdient. Dies dient als Anreiz für den Partner mit dem geringeren Einkommen, die Erwerbsarbeit einzustellen – meistens die Frau, denn Frauen verdienen in Deutschland noch immer deutlich weniger als Männer.

Das Splitting gilt unabhängig davon, ob Kinder geboren werden oder nicht. Den höchsten Gewinn erzielt also ein kinderloses verheiratetes Paar, bei dem ein Partner zu Hause bleibt, während der andere gut verdient. Zur Familiengründung motiviert dieses Instrument gerade nicht.

Ganz anders in Frankreich: Dort richtet sich der Einkommenssteuersatz nach der Kopffzahl der Familie, nicht nach den Gesamteinkünften. Die ersten beiden Kinder zählen wie je ein halber Erwachsener, das dritte und weitere jeweils wie ein ganzer. Je mehr Kinder ein Elternpaar hat, desto weniger Steuern zahlt es auf Dauer. Alleinerziehende können sogar schon das erste Kind voll anrechnen. Kinderreiche Familien mit Durchschnittseinkommen werden dadurch zum Teil ganz von der Einkommenssteuer befreit, während die

Steuerentlastung für Besserverdienende an eine Obergrenze stößt. Familie und Verdienst stehen somit nicht im Widerspruch zueinander.⁹¹ Das „Familiensplitting“ trägt sicher dazu bei, dass die durchschnittliche Kinderzahl je Frau in Frankreich mit 1,94 (2005) um fast 45 Prozent höher liegt als in Deutschland (1,34 im Jahre 2005).

Eine weitere Steuerersparnis stellt in Deutschland der Kinderfreibetrag dar. Er liegt für jedes Kind bei 5.808 Euro und kann auf das zu versteuernde Einkommen geltend gemacht werden, wenn die Steuerersparnis höher ist als das bezogene Kindergeld. Die Steuer kann sich dabei um etwa 2.500 Euro mindern. Aufgrund des progressiven Besteuerungssystems, das höhere Einkommen mit einem entsprechend höheren Steuersatz belegt, profitieren dabei insbesondere obere Einkommensschichten. Ganz ähnlich verhält es sich mit der jüngsten steuerlichen Entlastung zu Gunsten von Familien: Seit dem 1. Januar 2006 sind Kinderbetreuungskosten von der Einkommensteuer absetzbar. Bis zu 4.000 Euro können dadurch gewissermaßen als Werbungskosten geltend gemacht werden.

Die verschiedenen steuerlichen Vergünstigungen in Deutschland können somit vor allem Paaren mit hohem Einkommen und entsprechend hoher Steuerbelastung die Entscheidung für Kinder erleichtern. Für Geringverdienende hingegen schaffen sie wenig finanziellen Anreiz.

Es bleiben die so genannten Sachleistungen. Damit sind vor allem die Aufwendungen für Betreuungseinrichtungen wie Kindergärten, Krippen und Horte gemeint. Nach den seit Dezember 2006 vorliegenden Berechnungen des Familienministeriums entfallen in Deutschland etwa zehn Prozent der Ausgaben, die der Förderung von Familien dienen, darauf. Zählt man die Ausgaben für Schulen zu den gesamten Sozialleistungen hinzu, sind es 28 Prozent. In Dänemark und Schweden gehen 70 Prozent der Aufwendungen für Familien in diesen Bereich.⁹²

Damit deutsche Mütter mehr als bisher voll erwerbstätig sein können, sind Betreuungsangebote notwendig, entweder soziale, sprich Großeltern, Freunde, Tagesmütter, oder öffentliche, also Kindergärten. Ohne ein solches Netz an Einrichtungen sind Beruf und Familie nur schwer miteinander vereinbar. Es ist allerdings nicht zu leugnen, dass viele Frauen in Deutschland die Betreuung ihres Nachwuchses einer Erwerbsarbeit vorziehen. Über 40 Prozent der westdeutschen Mütter mit Kindern unter 14 Jahren und über 20 Prozent der ostdeutschen sind der Meinung, ein Kind leide darunter, wenn seine Mutter arbeite.⁹³

Wenn in diesem Zusammenhang stets von Frauen und Müttern die Rede ist, liegt dies daran, dass die Deutschen Kinderbetreuung in erster Linie als Aufgabe der Frauen betrachten. Familie und Beruf vereinbar zu machen heißt demnach, Familie und Frauenerwerbstätigkeit vereinbar zu machen. Ein Wertewandel in der Gesellschaft, der Männer zu mehr Engagement in der Kinderbetreuung bewegte, wäre nicht nur wünschenswert, sondern auch zielführend bei der Vereinbarkeit von Ökonomie und Familie.

Bis heute sind Familie und Beruf für deutsche Frauen nur schwer unter einen Hut zu bringen. Das zeigt sich allein daran, dass im Jahr 2000 in Deutschland 77 Prozent der kinderlosen Frauen erwerbstätig waren, während dieser Wert bei Frauen mit einem Kind auf 70 Prozent fällt. Frauen mit zwei oder mehr Kindern sind nur noch zu 56 Prozent erwerbstätig. In den relativ kinderreichen Ländern Schweden, Norwegen und Frankreich stehen Frauen mit einem Kind praktisch gleich häufig im Beruf wie kinderlose.⁹⁴

Das Problem ist dabei, dass es in Deutschland zu wenig Möglichkeiten gibt, Klein- und Schulkinder während der Arbeitszeit betreuen zu lassen, wenn keine Großeltern oder Verwandten zur Verfügung stehen. Zwar gibt es für fast 92 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen einen Kindergartenplatz. Aber die wenigsten davon haben ganztägig geöffnet, nur fünf Prozent bieten ihre Dienste nach 18.00 Uhr an, nur ein Prozent am Samstag.⁹⁵ Vor allem aber haben nur 8,6 Prozent der unter Dreijährigen einen Betreuungsplatz in einer Krippe oder bei Tageseltern, und nur rund 14 Prozent der Sechs- bis Neunjährigen werden nach Schulschluss in einem Hort oder vergleichbaren Einrichtungen betreut.⁹⁶ Frankreich kennt nur Ganztagschulen und weist drei Mal mehr Betreuungsplätze für unter Dreijährige aus als Deutschland, Dänemark sogar sechs Mal so viele.⁹⁷

Vor allem das mangelnde Angebot an Kleinkinderbetreuung zwingt ein Elternteil – im Zweifel die Frau –, bis zu drei Jahre auf eine Erwerbstätigkeit zu verzichten. Der Arbeitsplatz steht im Prinzip nach Ablauf der maximal dreijährigen Elternzeit wieder zur Verfügung. Doch manche Arbeitgeber zeigen gerade deshalb geringe Bereitschaft, junge Frauen einzustellen. Und ob am gleichen Arbeitsplatz oder nicht, eine Unterbrechung von drei Jahren – oder mehr, wenn während der Elternzeit weitere Kinder zur Welt kommen – kann es nicht nur Frauen schwer machen, wieder in den Beruf einzusteigen. Zumindest haben die meisten, im Vergleich zu Kollegen, die durchgearbeitet haben, anschließend mit einem Einkommensverlust zu rechnen.

Die zu Beginn dieser Untersuchung erwähnte Tatsache, dass in Deutschland die Wunschkinderzahl über dem tatsächlichen Geburtenniveau liegt, kann nach dem Leipziger Medizinpsychologen Elmar Brähler, „als Indikator für eine höhere Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen und sozialer Unterstützung interpretiert werden“. Es sei weniger wichtig, finanzielle Anreize zu schaffen als Dienstleistungen, die „ein Miteinander von beruflicher Karriere und Kindererziehung erleichtern“.⁹⁸

Nach einem Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung von 2005 ist es auch gesamtökonomisch vorteilhaft, Betreuungsmöglichkeiten bereit zu stellen und dadurch die Erwerbstätigkeit von Müttern zu fördern, denn das führt zu einer höheren Wertschöpfung.⁹⁹ Je besser qualifiziert die Frauen sind, desto höher. In Deutschland liegt somit Potenzial brach.

Fazit: Hielte der Staat mehr Versorgungseinrichtungen für Kinder bereit, also Krippen, Horte, Kindertagesstätten und Ganztageschulen, könnte dies motivierend auf die Umsetzung von Kinderwünschen wirken, es könnte sogar die Neigung, Kinderwünsche aus Karrieregründen auf später zu verschieben, beeinflussen. Dafür spricht jedenfalls, dass die Kinderzahlen je Frau in Skandinavien und Frankreich, die auf die erwerbstätige Mutter und die Unabhängigkeit der Frau vom Mann setzten, deutlich über der deutschen liegen.

Seit Anfang 2005 gilt in Deutschland das Gesetz zum Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren, ebenso eine stärkere Steuerbegünstigung für Kinderbetreuungskosten. Das sind erste Schritte in die richtige Richtung.

5.6 Welchen Beitrag könnte die künstliche Befruchtung zur demografischen Entwicklung in Deutschland leisten?

Der deutsche Staat investiert also viel Geld in Familien. Der Erfolg, auf den dies letztlich abzielt, steigende Geburtenzahlen nämlich, ist bislang nicht bezifferbar. Deshalb drängt sich die Frage auf: Wäre es sinnvoll, Kinderwunschbehandlungen in den Katalog möglicher familienpolitischer Maßnahmen in Deutschland aufzunehmen? Welchen Beitrag könnte die Befruchtung außerhalb des Körpers und andere Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zur Abfederung des demografischen Wandels in Deutschland leisten, angenommen, sie stünden in vergleichbarem Umfang zur Verfügung wie dies in Dänemark der Fall ist?

Nach den Ergebnissen der Rand-Studie ließe sich in Großbritannien mit einer breiteren Nutzung dieser Methoden die Kinderzahl je Frau steigern – zu vertretbaren Kosten im Vergleich mit herkömmlichen familienpolitischen Maßnahmen.

Berechnungen im Rahmen der vorliegenden Studie zeigen, dass es bereits erkennbaren Einfluss auf die demografische Entwicklung der Bundesrepublik bis zum Jahre 2050 hätte, wenn der Anteil der nach künstlicher Befruchtung zur Welt gekommenen Kinder an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen auf dem durchschnittlichen Niveau der letzten Jahre bliebe. Deutlich erkennbar wären die Auswirkungen, wenn dieser Anteil ab sofort auf das mehr als doppelt so hohe Niveau Dänemarks ansteige und dort bis 2050 verharrte (siehe Abbildungen auf Seite 50/51).

Zwischen 2000 bis 2005 schwankte in Deutschland der Anteil der Kinder, die nach einer Kinderwunschbehandlung zur Welt kamen, an der Gesamtzahl aller im jeweiligen Jahr Lebendgeborenen bekanntlich stark. Über den ganzen Zeitraum gemittelt lag dieser Anteil bei 1,65 Prozent. Dieser Prozentsatz

wurde als gleich bleibend angenommen und in die so genannte Basisvariante für die Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis zum Jahr 2050 von Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Kommission, eingerechnet. Die Basisvariante ist vergleichbar mit der „mittleren Variante“ der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.

Der Prognose von Eurostat liegen folgende Annahmen zugrunde: Erstens steigt die zusammengefasste Geburtenziffer bis 2050 kontinuierlich von 1,35 (2004) auf 1,45 Kinder je Frau. Zweitens geht die Basisvariante von einem bis 2050 gleich bleibenden jährlichen Wanderungssaldo von 200.000 Personen aus. Und drittens von einer weiterhin steigenden Lebenserwartung, so dass Männer, die 2050 geboren werden, mit durchschnittlich 83,5 Jahren Lebensdauer rechnen können, Frauen sogar mit 88 Jahren. Das Basisjahr für die Prognose ist 2004.¹⁰⁰

In der Berechnung des Berlin-Instituts und in der grafischen Darstellung tritt ein „IVF-Effekt“ erstmals bei den Geburtsjahrgängen 1996 bis 2000 auf, die im Jahr 2050 die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen bilden. In Wirklichkeit sind zwar bereits 1982 die ersten IVF-Kinder zur Welt gekommen. Die Zahlen waren aber in den ersten Jahren sehr gering, obendrein liegen erst von 1997 an verlässliche Daten des Deutschen IVF-Registers vor. Die vor 1997 geborenen IVF-Kinder sind deshalb in den vorliegenden Berechnungen nur als „gewöhnliche“ Kinder berücksichtigt (die Abkürzung IVF steht hier für IVF und ICSI sowie die Kombination beider Methoden). Von 1997 bis 1999 stieg der Anteil der IVF-Kinder von 0,5 auf 1,3 Prozent. Diese Zahlen wurden übernommen, während von 2000 an ein durchgehender Wert von 1,65 Prozent aller neugeborenen Babys als IVF-Kinder in die Berechnung einging.¹⁰¹

Bis einschließlich des Geburtsjahrganges 1999 bildet die Berechnung also die tatsächliche Situation ab. Ab dem Geburtsjahrgang 2000 beginnt das erste Szenario: Dabei liegt

die Annahme zugrunde, dass bis zum Jahr 2050 der Anteil der IVF-Kinder konstant 1,65 Prozent der Gesamtgeborenenzahl des jeweiligen Jahrgangs beträgt. Das Szenario geht somit davon aus, dass die IVF-Kinder nicht zu einer Erhöhung der Fertilität beitragen, sondern bereits in den Vorausberechnungen von Eurostat enthalten sind.

Diese Annahme gründet auf der Erkenntnis, dass die Kinderzahl je Frau in Deutschland seit vielen Jahren zwischen 1,3 und 1,4 pendelt, obwohl seit 1982 die Möglichkeit einer In-vitro-Fertilisation besteht. Die IVF hat somit *nicht* zu einem erkennbaren Anstieg der Kinderzahl je Frau geführt – vielmehr läge diese ohne die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin noch unter dem ohnehin schon niedrigen Wert.

In dem Szenario sinkt die tatsächliche Zahl der IVF-Kinder dann mit jedem Jahr, weil aufgrund der dünner werdenden Elternjahrgänge die Gesamtzahl der Geburten zurückgeht. Erst vom Jahr 2016 an steigt die Zahl der Kinder, die ihre Existenz direkt oder indirekt der Reproduktionsmedizin verdanken. Denn von diesem Jahr an werden die nach Befruchtung außerhalb des Körpers geborenen Frauen selbst Kinder bekommen, vom Jahr 2036 an sogar Enkel. Für das Szenario ist angenommen, dass diese Frauen ihre Kinder nach folgender altersspezifischen Aufteilung bekommen, wie sie allgemein in der Bevölkerung zu beobachten ist: 25 Prozent der Kinder werden von Frauen im Alter bis 24 Jahre geboren, 33 Prozent der Kinder von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren, 29 Prozent von Frauen zwischen 30 und 34 Jahren, 12 Prozent von Frauen zwischen 35 bis 39 Jahren, ein Prozent von Frauen über 40. Ferner ist angenommen, dass die mit reproduktionsmedizinischer Hilfe geborenen Mädchen, wenn sie Mütter werden, genauso viele Kinder bekommen wie der Rest der weiblichen Bevölkerung, nämlich mit dem Mittelwert über die Jahre 2004 bis 2050 von 1,4 je Frau.

Insgesamt schrumpfen die nachwachsenden Jahrgänge der Bevölkerungspyramide gemäß den Annahmen von Eurostat bis zum Jahr 2050. Aber der Anteil der IVF-Kinder, beziehungsweise deren Kinder und Kindes- kinder steigt bis zum Jahr 2050 bei den dann Null- bis Vierjährigen auf drei Prozent. Insgesamt würden bis zum Jahr 2050 nach dieser Berechnung rund 750.000 Kinder in Deutschland ihr Leben den Methoden der Reproduktionsmedizin verdanken.

In einem zweiten Szenario wurde in ähnlicher Weise ermittelt, wie sich die Bevölkerungspyramide verändern würde, wenn in Deutschland ab sofort reproduktionsmedizinisch gesehen „dänische Verhältnisse“ herrschten. Das bedeutet, dass von 2000 bis 2006 noch das erste Szenario gälte, von 2007 an jedoch nicht mehr 1,65 Prozent, sondern 3,96 Prozent der insgesamt pro Jahr Lebendgeborenen ihr Dasein künstlicher Befruchtung verdanken würden.

Die 3,96 Prozent entsprechen dabei dem Mittelwert der Jahre 2000 bis 2005 in Dänemark, wo, wie erwähnt, ungewollt kinderlose Paare das Angebot der Kinderwunschkliniken in hohem Maße nutzen. Obwohl Dänemark schon vor 2000 einen hohen Anteil von IVF-Kindern aufwies, wurde der Vergleichbarkeit wegen der Mittelwert über den gleichen Zeitraum wie im ersten Szenario für Deutschland gebildet. Dieser Mittelwert floss dann in die Berechnung des zweiten Szenarios ein.

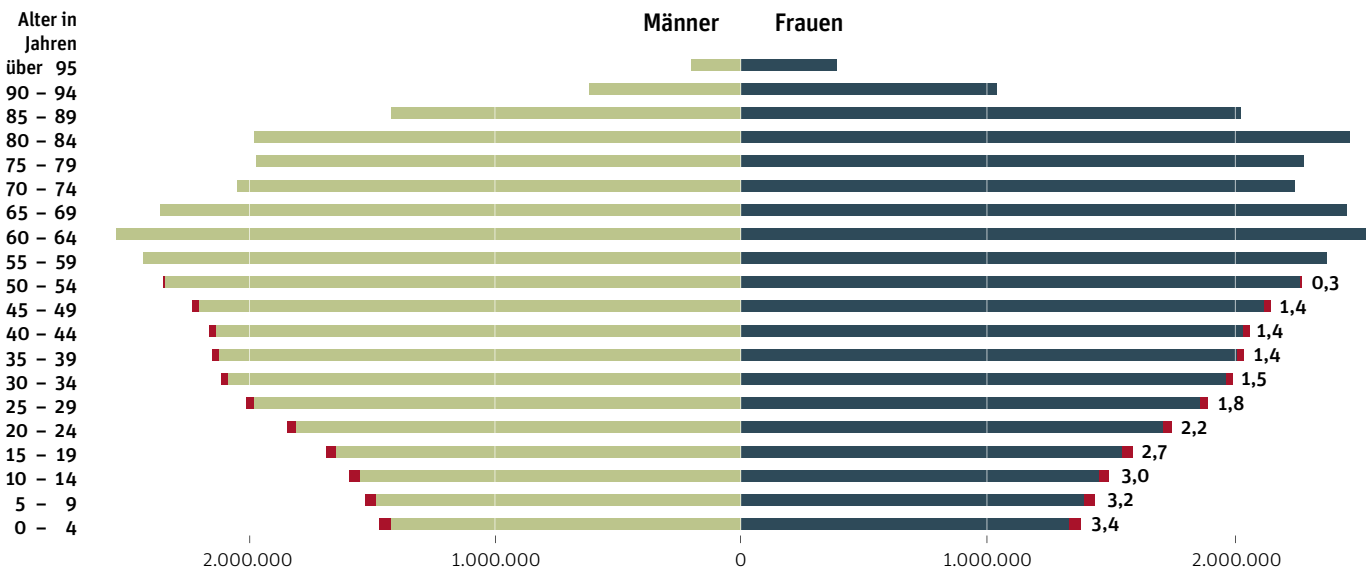
Die Prognosen für die Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands im Jahre 2050 beruhen auf der Basisvariante der Europäischen Statistikbehörde Eurostat. Mit Hilfe der Bevölkerungsdaten des Jahres 2004 berechnet Eurostat ein Trendszenario 2050 der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht. Den vorliegenden Berechnungen des „IVF-Effektes“ liegen die Daten über die Lebendgeborenen nach IVF und Mikroinsemination (ICSI) des Deutschen IVF-Registers (DIR) zugrunde. Die nach einer ausschließlichen Hormonbehandlung oder einer Insemination Geborenen wurden nicht berücksichtigt, weil es dafür keine zentrale Datenerfassung gibt. Sie tragen jedoch ebenfalls zur Jahrgangsstärke bei.

Das erste Szenario beruht auf der Annahme, dass der Anteil von IVF-Kindern an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen des jeweiligen Jahres ab 2000 dem Durchschnitt der tatsächlichen Anteile von 2000 bis 2005 entspricht (1,65 Prozent) und bis 2050 konstant auf diesem Durchschnittswert bleibt. Das zweite Szenario (Seite 51) verläuft von 2000 bis 2006 identisch, ab 2007 geht es von dem entsprechenden Durchschnittswert für Dänemark über die Jahre 2000 bis 2005 aus (3,96). Im Jahr 2050 tauchen in der Altersgruppe der dann 50- bis 54-Jährigen die ersten IVF-Kinder auf, die ihrerseits von 1997 an geboren sind, 2016 deren erste Kinder und 2036 die ersten Enkel.

Erstes Szenario – „deutsches Modell“

Altersgruppen in Lebensjahren sowie absolute Zahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe, Anteil der IVF-Kinder und deren Nachkommen an der jeweiligen Altersgruppe in Prozent (Datengrundlage: Eurostat, Deutsches IVF-Register, eigene Berechnung)

■ IVF-Anteil an der Gesamtzahl der Geborenen



Ergebnis: Mit dem Wert von 3,96 Prozent wird der „IVF-Effekt“ deutlich stärker sichtbar. Der Gesamtanteil der IVF-Kinder einschließlich deren Nachkommen bis in die zweite Generation würde so im Jahre 2050 bei den dann Null- bis Vierjährigen 7,2 Prozent erreichen. Er fiel also zweieinhalb Mal so hoch aus wie im ersten Szenario. Insgesamt wären in Deutschland nach dem „dänischen Modell“ bis 2050 1,6 Millionen Kinder zur Welt gekommen, die direkt oder indirekt auf eine Befruchtung außerhalb des Körpers zurückgingen.

Die Veränderungen liegen also in Größenordnungen, die Beachtung verdienen. Dabei ist die Annahme, dass der Anteil an IVF-Kindern in Deutschland auf dänisches Niveau stiege, durchaus realistisch. Immerhin lag er 2003, unter anderem durch den „Vorzieheffekt“,

bereits einmal bei 2,6 Prozent. Ein höheres Niveau ließe sich möglicherweise erreichen, wenn die finanziellen Hürden für eine Behandlung niedriger wären als sie heute sind. Was würde das kosten?

Es ist schwierig, diese Kosten darzustellen. Es gibt zwar einige Zahlen: 3.200 Euro kostet heute im Mittel ein Behandlungszyklus. Die Wahrscheinlichkeit, dass nach einer solchen Behandlung ein Baby zur Welt kommt, beträgt rund 18 Prozent, nimmt jedoch mit zunehmendem Alter der Frau ab und schwankt je nach Art der vorliegenden Fruchtbarkeitsstörung.

Schwierig ist es auch, die Kosten für reproduktionsmedizinische Unterstützung mit denen anderer familienpolitischer Maßnah-

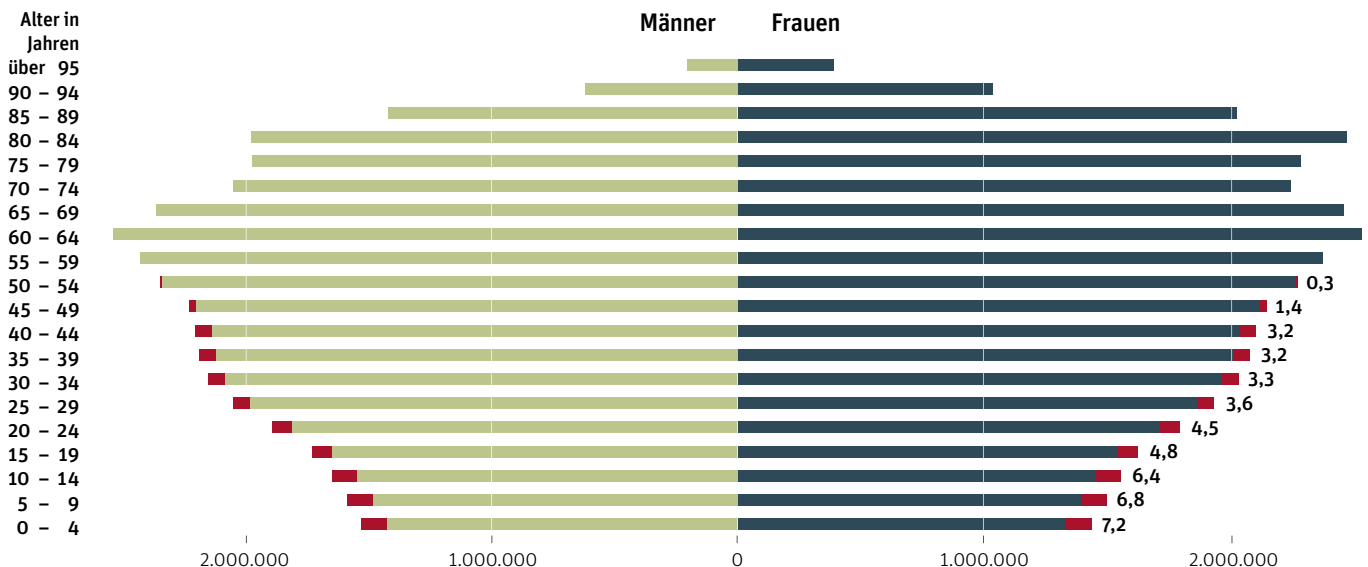
men zu vergleichen. Ob Familiensplitting, Elterngeld oder Hortbetreuung, es lässt sich keine direkte Kosten-Nutzen-Rechnung erstellen, die besagt, um wie viele Prozentpunkte die Geburtenziffern pro Euro, den der Staat in solche Maßnahmen investiert, allenfalls ansteigen.

Deshalb soll hier eine ganz andere, stark vereinfachte Kosten-Nutzen-Rechnung unter folgenden Annahmen aufgemacht werden: Wenn der Staat eintausend Frauen jeweils drei IVF-Behandlungen voll bezahlen würde, kämen bei diesen insgesamt 3.000 Behandlungen rein statistisch betrachtet 540 Kinder zur Welt. Die Ausgaben für diese 3.000 Behandlungen betragen insgesamt 9,6 Millionen Euro, pro Kind somit rund 17.800 Euro.

Zweites Szenario – „dänisches Modell“

Altersgruppen in Lebensjahren sowie absolute Zahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe, Anteil der IVF-Kinder und deren Nachkommen an der jeweiligen Altersgruppe in Prozent
(Datengrundlage: Eurostat, Deutsches IVF-Register, eigene Berechnung)

■ IVF-Anteil an der Gesamtzahl der Geborenen



Dem gegenüber steht die „fiskalische Bilanz“ eines durchschnittlichen Kindes, das im Jahre 2000 geboren wurde. Diese gibt wieder, welche Beiträge dieses rein statistische Kind, das im Erwachsenenalter durchschnittlich verdient, konsumiert und sich auch hinsichtlich zahlreicher weiterer Merkmale, wie etwa der von ihm zu erwartenden Nachkommen, durchschnittlich verhält, über seine gesamte Lebensdauer in die staatlichen Sozialsysteme und an den Fiskus einzahlt, abzüglich aller steuerfinanzierten staatlichen Leistungen, die es empfängt. Berechnungen des ifo Instituts für Wirtschaftsforschung in München aus dem Jahr 2005 zufolge ist der Saldo, unter den damals herrschenden Rahmenbedingungen, positiv – zugunsten der Solidargemeinschaft. Er beläuft sich auf 76.900 Euro.¹⁰² Das heißt: Selbst wenn der Staat 17.800 Euro pro Kind, das ohne künstliche Befruchtung nicht geboren würde, aufwenden würde, fiel der Saldo noch deutlich positiv aus.

Diese rein ökonomische Betrachtung soll lediglich zeigen, dass es für das Gemeinwesen durchaus lohnend sein könnte, in die Reproduktionsmedizin zu investieren – als Teil eines ganzen Straußes verschiedener familienpolitischer Maßnahmen.

Daneben gibt es weitere, die unter den bisher genannten noch nicht aufgeführt wurden, zum Beispiel Prävention und Information, um das Ausmaß ungewollter Kinderlosigkeit einzudämmen, wie im nachfolgenden Kapitel beschrieben. Oder die Schaffung eines insgesamt kinder- und familienfreundlicheren Klimas in Deutschland, auf die das letzte Kapitel eingeht. Denn Kinder sollten weniger als ökonomischer Faktor betrachtet werden, vielmehr als persönliche und soziale Bereicherung.

5.7 Wie lässt sich ungewollter Kinderlosigkeit vorbeugen?

Jugendliche erhalten von allen Seiten Informationen über Sexualität und Verhütung unerwünschter Schwangerschaften. Der Anstieg der Schwangerschaften bei Teenagern seit Mitte der 1990er Jahre zeigt, dass trotz aller Aufklärung bei manchen nicht einmal diese Botschaft richtig ankommt. Aufklärung über das Risiko, ungewollt kinderlos zu bleiben, gibt es jedoch kaum. Wie im ersten Kapitel erwähnt, glauben 54 Prozent der erwachsenen Bevölkerung, die Fruchtbarkeit der Frau nehme erst nach dem 40. Geburtstag ab. Darunter meinen 14 Prozent sogar, erst wenn die Wechseljahre einsetzen.

Diese falsche Wahrnehmung könnte damit zusammenhängen, dass die Lebenserwartung gestiegen ist und dass sich Fünfzigjährige heute subjektiv wie dreißig fühlen. Wie die Ergebnisse der Allensbach-Befragung im Rahmen dieser Studie bestätigen, ist in Deutschland gleichzeitig die Vorstellung verbreitet, eine Familie könne man erst gründen, wenn die berufliche Zukunft und das Einkommen gesichert seien. Die Zeiten, in denen man nach dem Studium eine Lebensstelle mit Pensionsberechtigung antreten konnte, sind jedoch vorbei.

Vielleicht trägt auch die Fixierung auf die Ehe zu der Neigung bei, die Familiengründung auf später zu vertagen. Alleinerziehende und Unverheiratete in Deutschland müssen viel mehr als Verheiratete fürchten, in Armut und Abhängigkeit zu fallen, wenn sie Kinder haben. Das steigert möglicherweise die Erwartungen an den „richtigen“ Partner, auf den der Allensbach-Umfrage zufolge so viele noch warten.

Schließlich könnte zu dem leichtfertigen Aufschieben auch die vage Vorstellung beitragen, wenn es denn gar nicht klappe, gebe es ja immer noch die Reproduktionsmedizin. Doch die Chance, dass eine Befruchtung außerhalb des Körpers zu dem gewünschten Baby verhilft, nimmt mit zunehmendem Alter des Paares deutlich ab.

Denn Tatsache ist: Die biologische Uhr des Menschen tickt unverändert. Nach wie vor haben Frauen zwischen 20 und 30 die besten Chancen schwanger zu werden. Das Kinderkriegen aufzuschieben kann zu ungewollter Kinderlosigkeit führen.

Wenig bekannt ist im allgemeinen auch, dass die Lebensgewohnheiten einen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben können. Übergewicht, Rauchen, zu viel Alkohol werfen das fein abgestimmte Zusammenspiel der Hormone durcheinander oder bewirken, dass sich die Spermienqualität verschlechtert. Es ist deshalb kein Zufall, dass einige Empfehlungen zur Prävention von Unfruchtbarkeit sich mit jenen für eine bessere Ernährung und eine gesündere Lebensführung decken.

Die amerikanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) versuchte im Jahre 2001 mit einer Kampagne das Bewusstsein in der Bevölkerung für all diese Zusammenhänge zu wecken. Plakate und Radio-Spots machten darauf aufmerksam, dass Zigarettenqualm, ein „ungesundes Körpergewicht“, fortgeschrittenes Alter und sexuell übertragbare Infektionen, die ohne Symptome verlaufen können, die Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit beeinträchtigen können. Daraufhin warf die nationale Frauenorganisation den Fortpflanzungsmedizinern vor, sie würden aus eigennützigem Interesse mit Hilfe von Abschreckung junge Frauen zum Gebären nötigen, bevor diese bereit dazu seien. Die Ärzte hielten dagegen, nur wer informiert sei, könne eigenverantwortlich entscheiden. Und von eigenem Interesse könne keine Rede sein – im Gegenteil: Eine Präventionskampagne bewirke im besten Fall, dass die Kinderwunschkliniken weniger zu tun hätten. „Unsere Kliniken waren voll“, berichtet der ehemalige ASRM-Vorsitzende Michael Soules, „und möglichen Patienten ein realistisches Bild ihrer natürlichen Fortpflanzungschancen zu geben, konnte sich nur schlecht auf die Entwicklung der angeblich so ‚lukrativen Fruchtbarkeitsindustrie‘ auswirken.“¹⁰³

Das Argument leuchtet ein. Deshalb seien hier noch einmal die wichtigsten Punkte zur Prävention von Fruchtbarkeitsstörungen zusammengefasst:

- 1** Mit dem Rauchen aufhören.
- 2** Übermäßigen Alkoholgenuss vermeiden.
- 3** Sexuell übertragbare Krankheiten vermeiden. Manche Infektionen verlaufen unbemerkt, können sich jedoch negativ auf die Fruchtbarkeit auswirken. Sie können zum Beispiel zum Verkleben der Eileiter führen.
- 4** Übergewicht vermeiden und für Bewegung sorgen. Übergewicht bei Frauen verschlechtert die Chancen, schwanger zu werden, weil das Fettgewebe körpereigene Botenstoffe aussendet und so auch das hormonelle Gleichgewicht stören kann, das den normalen Monatszyklus aufrecht erhält.
- 5** Medikamente überprüfen. Manche Arzneimittel, aber auch Chemikalien in der Arbeits- oder Wohnumgebung, können die Fruchtbarkeit stören.
- 6** Nicht zu lange warten. Kommt es trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs nicht binnen eines Jahres zu einer Schwangerschaft, sollte ein Paar den Arzt konsultieren. Je weiter die Frau das 30. Lebensjahr überschritten hat, desto eher sollte das Paar medizinischen Rat einholen. Dabei empfiehlt es sich, gleichzeitig bei Mann und Frau nach Ursachen zu suchen. Denn diese liegen ebenso häufig bei ihm wie bei ihr.
- 7** Sich informieren. Bücher und Internetseiten, in denen unter anderem auf Selbsthilfegruppen und Betroffenen-Organisationen verwiesen wird, bieten Information und Unterstützung.

5.9 Fazit

Höhere Kinderzahlen sind möglich. Die Beispiele Skandinavien und Frankreich zeigen es. Familienpolitik hat allerdings kaum Einfluss auf den Kinderwunsch. Sie kann jedoch den Spielraum zwischen Ist- und Wunschkinderzahl nutzen.

Kann die Reproduktionsmedizin einen Beitrag zur Lösung des demografischen Problems liefern? Die Antwort lautet: Ein ganzer Strauß von Maßnahmen ist nötig, um sich der demografischen Herausforderung zu stellen. Die Reproduktionsmedizin ist eine davon. Sie kann dazu beitragen, die Geburtenstatistik zu verbessern und die Kinderzahl zu erhöhen. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Und das zu einem volkswirtschaftlich vertretbaren Preis.

Damit dieser Strauß von Maßnahmen greift, braucht eine Gesellschaft vor allem das Gefühl der Verlässlichkeit. Die französische Politik arbeitet seit fast hundert Jahren kontinuierlich daran, unabhängig davon, welche Parteien gerade in Regierung und Parlament dominieren. In Deutschland hingegen streiten sich die Parteien in wechselnden Kombinationen bis heute über die richtige Linie. Selbst wenn jetzt einiges in Bewegung kommt – es wird noch lange dauern, bis sich in den Köpfen potenzieller Eltern der Eindruck verfestigt, sie würden nicht allein gelassen, wenn sie eine Familie gründen.

Aus Verlässlichkeit kann ein Klima entstehen, in dem Kinder so normal sind, wie dies in Frankreich der Fall ist. Nach einer vergleichenden Umfrage, die das Institut für Demoskopie Allensbach im Frühjahr 2007 für die Zeitschrift „Bild der Frau“ in Frankreich und Deutschland durchführte, empfinden nur 25 Prozent der Deutschen ihr Land als kinderfreundlich, während in Frankreich 80 Prozent der Bevölkerung glaubt, in einem kinderfreundlichen Land zu leben.

In Deutschland gelten Frauen, die zu Hause bleiben, um sich voll und ganz dem Nachwuchs zu widmen, manchen gleich als ökonomische

Versagerinnen. Gehen sie jedoch arbeiten und überlassen einen Teil der Kinderbetreuung anderen, dafür ausgebildeten Personen, laufen sie Gefahr, als „Rabenmütter“ eingestuft zu werden. Nicht nur Franzosen wundern sich immer wieder über dieses Wort, für das es in keiner Sprache der Welt eine Übersetzung gibt.

Kinder haben hierzulande tendenziell ein schlechtes Image. Sie gelten als Armutsrisiko und Karrierebremse. Das zeigt sich beispielsweise daran, dass der erwähnten vergleichenden Umfrage zufolge 78 Prozent der Kinderlosen in Deutschland Elternschaft mit materiellen Einbußen in Verbindung bringen, aber nur 54 Prozent der Franzosen, die (noch) keine Kinder haben. Zwei Drittel der französischen Kinderlosen halten Kinder für einen Glücksfaktor, aber nur knapp die Hälfte der Deutschen ohne Kinder ist davon überzeugt, dass Kinder das Leben bereichern.

„In Deutschland herrscht eine Schiefelage“, sagt der Theologe und Sozialethiker Hartmut Kreß von der Universität Bonn: „Einerseits werden die Rechte der Kinder zunehmend ernst genommen. Zum Beispiel hat die EU-Kommission angestoßen, dass Medikamente speziell auf ihre Verträglichkeit bei Kindern zu prüfen sind. Andererseits ist in Deutschland noch immer faktisch und strukturell eine Missachtung der Kinderrechte zu beobachten, etwa in den Bereichen Bildung und Betreuung.“

Angesichts der demografischen Krise zeige sich zudem eine problematische Tendenz, Kinder vor allem als ökonomische Faktoren zu betrachten. Daher sei in Deutschland ein Bewusstseinswandel nötig, fordert Kreß: „Kinder sind ein Symbol des Neuen und der Zukunft. Sich an Kindern zu orientieren, wehrt dem Kulturpessimismus und trägt zur humanen Sinnfindung bei. Das ‚Prinzip Hoffnung‘ von dem Ernst Bloch sprach, sollte unsere Gesellschaft konkret mit Leben erfüllen: Durch Kinderfreundlichkeit und durch die Beachtung der Schutz-, Förder- und Freiheitsrechte von Kindern.“¹⁰⁴

ANMERKUNGEN UND QUELLEN

¹ Brähler, Elmar und Stöbel-Richter, Yve: Zum Wandel im Reproduktionsverhalten in Deutschland und im europäischen Vergleich. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (2002) 96; 459-467

² Starke Familie - Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2005

³ 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, 2006 (www.destatis.de)

⁴ Kröhnert, Steffen, Medicus, Franziska, Klingholz, Reiner: Die demografische Lage der Nation - Wie zukunftsfähig sind Deutschlands Regionen? München (dtv) 2006

⁵ Kröhnert, Steffen/Klingholz, Reiner (2007): Not am Mann. Von Helden der Arbeit zur neuen Unterschicht? Lebenslagen junger Erwachsener in wirtschaftlichen Abstiegsregionen der neuen Bundesländer. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

⁶ „Kinder selbstverständlich! Von der Freiheit, Kinder zu haben“ - Rede von Bundespräsident Horst Köhler beim Jahresempfang der Evangelischen Akademie Tutzing 18.01.2006

⁷ Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2006

⁸ Stöbel-Richter, Yve und Brähler, Elmar: Ausgewählte Fakten zum politischen Lamento über Deutschlands sinkende Kinderzahlen. J. Reproduktionsmed. Endokrinol. (2006) 3 (5); 307-314

⁹ Starke Familie - Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2005, S. 46

¹⁰ Dickmann, N.: Demographischer Wandel – Geburtenraten im internationalen Vergleich. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, iw-trends 30/2003 (<http://www.iwkoeln.de/data/pdf/content/trends01-03-1.pdf>)

¹¹ Ärzte Zeitung 1.9.2005

¹² Bayerisches Landesamt für Umweltschutz: Umweltchemikalien mit hormoneller Wirkung. Juni 2005 (<http://www.bayern.de/lfu/umweltberat/index.html>)

¹³ ESHRE Capri Workshop Group: Nutrition and reproduction in women. Human Reproduction Update 12(3): 193-207, 2006

¹⁴ American Society of Reproductive Medicine: Patient's Fact Sheet: Smoking and Infertility. Revised 11/2003 (www.asrm.org); „Gestörte Einnistung“, Frankfurter Allgemeine Zeitung 8.12.2006

¹⁵ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, BiB-Mitteilungen 30. April 2007 (http://www.bib-demographie.de/publikat/bib-mit1_2007.pdf)

¹⁶ Pressemitteilung zur „Aktion Wunschkind“, initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands und von Wunschkind e.V. 2004

¹⁷ van Noord-Zaadstra, Boukje et al.: Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. British Medical Journal 1991, Vol 302; 1361-1365

¹⁸ American Society for Reproductive Medicine: The impact of age on female fertility. Source document (o. Datum, <http://www.protectyourfertility.org/infertility.html>)

¹⁹ Institut für Demoskopie Allensbach, IfD-Archiv Nr. 6544

²⁰ Hoem, J.M., Neyer, G.R. und Andersson, G.: Childlessness and educational attainment among Swedish women born in 1955-59. Max Planck Institut für Demografische Forschung, Rostock 2005 (www.demogr.mpg.de/Papers/Working/wp-2005-014.pdf)

²¹ Starke Familie - Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2005, S. 56

²² Felberbaum, Bühler, van der Ven (Hg.): Das Deutsche IVF-Register 1996-2006 – 10 Jahre Reproduktionsmedizin in Deutschland. Heidelberg, Springer 2007

²³ Joachim Müller-Jung: Kleines Volk aus der Schale. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 22. Juni 2006

²⁴ European Society for Human Reproduction and Embryology: Three million babies born using assisted reproductive technologies. 21.06.2006 (www.eurekalert.org/pub_releases/2006-06/esfh-tmb062106.php)

²⁵ 25 Jahre Erlanger Retortenbaby. Pressemitteilung der Universität Erlangen-Nürnberg 10.4.2007

²⁶ Palermo G et al.: Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. Lancet 4;340:17-18 (1992), zitiert nach: Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 231

²⁷ Weltweit mehr als 3 Millionen Retorten-Kinder. Deutsches Ärzteblatt, 22. Juni 2006

²⁸ E.Breitbach: Polkörperdiagnostik. Artikel vom 9.1.2003, geändert 16.3.2006. Online auf www.wunschkind.net

- ²⁹ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 113-117
- ³⁰ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 119
- ³¹ Handyside AH et al.: Birth of a normal girl after in vitro fertilization und preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. *New Engl. J. Med.* 327 (1992): 905
- ³² Linda Geddes: New IVF test may double success rates. *New Scientist.com news service*, 20. Januar 2007
- ³³ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 115
- ³⁴ Embryo im Test. Interview mit Irmgard Nippert. *Die Zeit*, 25. Januar 2007
- ³⁵ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 159
- ³⁶ Jahrbuch 2005 des Deutschen IVF-Registers DIR, S. 14
- ³⁷ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 206
- ³⁸ Mdl. Mitteilung Dr. Klaus Bühler, Vorstandsmitglied Deutsches IVF-Register, 20.4.2007
- ³⁹ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 4
- ⁴⁰ Jahrbuch 2005 des Deutschen IVF-Registers DIR
- ⁴¹ Jahrbuch 2005 des Deutschen IVF-Registers DIR, S. 13
- ⁴² CM Farquhar, WR Gillett: Prioritising for fertility treatments – should a high BMI exclude treatment? *BJOG* 2006;113:1107-1109
- ⁴³ W. Frobenius, E. Siebzehnriibl: Dokumentierte Patientenaufklärung. Erlangen, 2004.
- ⁴⁴ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 230
- ⁴⁵ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 142
- ⁴⁶ Human Fertilisation & Embryology Authority (HFEA): Annual report 1999; part I:31
- ⁴⁷ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 214 + 232
- ⁴⁸ Michael Ludwig: Risk during Pregnancy and Birth after Assisted Reproductive Technologies: An Integral View of the Problem. *Seminars in Reproductive Medicine* 2005;23(4):363-369; Uma Reddy et al.: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 109:967-977 (2007)
- ⁴⁹ Increased risk of placenta praevia in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother. *Human Reproduction* 25 May 2006, zitiert nach ESHRE-Pressemeldung
- ⁵⁰ M Ludwig, A Katalinic: Die deutsche ICSI-Follow-up-Studie – Zusammenfassung der Ergebnisse publizierter Arbeiten und Einordnung in die aktuelle Studienlage. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 3:151-161 (2005); Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register... S. 147-156, S. 126
- ⁵¹ Martina Lenzen-Schulte: Embryonen unter Laborstress. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 25.09.2006
- ⁵² Gesetz zum Schutz von Embryonen, 01.01.1991 (<http://www.buzer.de/gesetz/2831/a40028.htm>)
- ⁵³ Bijal Trivedi: Boy or girl? Embryo tests give parents the choice. *New Scientist*, 30. September 2006
- ⁵⁴ Siehe Anmerkung 34
- ⁵⁵ Katja Riedel: Embryoauswahl bleibt begrenzt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2./3. Februar 2007
- ⁵⁶ Buying babies, bit by bit. *The Economist* 23.12.2006
- ⁵⁷ Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, 28.02.1987 (http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_ge.html)
- ⁵⁸ Künstliche Befruchtung eine „Bedrohung des Humanum“. Pressedienst der Katholischen Kirche in Deutschland 20.01.2006 (www.katholisch.de/2461_14418.htm)
- ⁵⁹ Michael Rosenberger: Kinder-Segen – und wenn er ausbleibt? *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.* 5/2006
- ⁶⁰ Zur Achtung vor dem Leben – Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin. Kundgebung der Synode der EKD, November 1987, Berlin (www.ekd.de/print.php?file=/EKD-Texte/achtungvordemleben_1987.html)
- ⁶¹ Editorial: Beyond IVF. *New Scientist* 21.10.2006
- ⁶² Statistisches Bundesamt: Geborene und Gestorbene Deutschland (www.destatis.de)
- ⁶³ Deutsches IVF-Register (DIR): Jahrbuch 2005, S. 21: Gesamt lebend geborene Kinder mit plausiblen Geburtsgewicht und SSW, prospektiv und retrospektiv erfasste Daten. Die Zahl für 2005 ist noch nicht endgültig. (www.deutsches-ivf-register.de)
- ⁶⁴ Felberbaum et al.: Das Deutsche IVF-Register..., Vorwort S. V
- ⁶⁵ Berechnungen von Oliver Schöffski, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Universität Erlangen-Nürnberg, mdl. Mitteilung
- ⁶⁶ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003. *Bundesgesetzblatt Jg 2003 Teil I Nr 55*, Bonn 19.11.2003 (http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/gmg_endfassung.pdf); Begründung zum Gesetzentwurf vom 18.09.2003 (http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/gmg_begrueundung.pdf)
- ⁶⁷ Monatliches Haushaltseinkommen pro Kopf nach Haushaltstyp Deutschland 2002. Sozio-oekonomisches Panel, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Stand 11.2004 (<http://www.bpb.de/files/CGP98E.pdf>)
- ⁶⁸ Thaele, Michael /Ulszkoreit, Monika: Legislature's impact on the outcome of infertility treatments – The German political contradiction. *Pharmaceuticals Policy and Law* 9 (2007): 221-227
- ⁶⁹ Neue Juristische Wochenschrift 1987;703-704;II2b: BGH-Urteil vom 17.12.1986
- ⁷⁰ Beske, F. et al: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen – Analyse und Lösungsvorschläge. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Bd 57, Kiel (Dezember 1996)

- ⁷¹ Sodan, Helge: Künstliche Befruchtung und gesetzliche Krankenversicherung: Zur Verfassungsmäßigkeit des § 27a SGB V nach dem GKV-Modernisierungsgesetz. Baden-Baden: Nomos, 2006
- ⁷² Mdl. Mitteilung Klaus Bühler, 7.5.2007
- ⁷³ Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525, S. 171 (<http://dip.bundestag.de/btd/15/015/1501525.pdf>)
- ⁷⁴ Siehe Anmerkung 68
- ⁷⁵ 6 % weniger Kinder im Jahr 2006 adoptiert. Pressemeldung Statistisches Bundesamt 12.10.2006, sowie Pressemeldungen der Vorjahre (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p4330082.htm>)
- ⁷⁶ Three million babies born using assisted reproductive technologies. EurekAlert-Meldung vom 21.6.2006 (www.eurekalert.org/pub_releases/2006-06/esfh-tmb062106.php); Test Tube Tots: 3 Million and Counting. Web-MD Medical News 22.6.2006 (www.webmd.com/sexual-conditions/news/20060622/test-tube-tots-3-million-counting?src=RSS_Basic)
- ⁷⁷ Nyboe Andersen A, Goossens V, Gianaroli L, Felberbaum R, de Mouzon J, Nygren KG (2007) Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE. Hum. Reprod. Advance Access published on April 30, 2007
- ⁷⁸ Rund 15.700 in Hamburg, rund 4.500 in Bremen. Eurostat Yearbook 2006-7
- ⁷⁹ Grant, Jonathan, Hoorens, Stijn, Gallo, Federico, Cave, Jonathan: Should ART Be Part of a Population Policy Mix? RAND Corporation Documented Briefing, 2006 (www.rand.org)
- ⁸⁰ National Health Service/NHS-Direct: Do I have to pay for IVF treatment? (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/articles/article.aspx?articleId=889>)
- ⁸¹ „Reagenzglas-Kinder stiften wirtschaftlichen Nutzen“. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.6.2006
- ⁸² Siehe Anmerkung 76
- ⁸³ Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: Der IVF-Fonds: Hilfe bei unerfülltem Kinderwunsch (<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0021&doc=CMS1038912858686>)
- ⁸⁴ Eurostat ESSOSS
- ⁸⁵ Eurostat: Gesamtfruchtbarkeitsrate (http://epp.eurostat.ec.europa.eu:80/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C12/cab12048)
- ⁸⁶ Eurostat: European social statistics, Social protection, Data 1996-2004 (2007 edition).
- ⁸⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Familienbezogene Leistungen und Maßnahmen in Deutschland, 15.12.2006 (<http://www.bmfsfj.de:80/Politikbereiche/familie,did=89430.html>)
- ⁸⁸ Das Elterngeld. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 7.3.2007 (<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/familie,did=76746.html>)
- ⁸⁹ Hoem, Jan: Why does Sweden have such high fertility? Demographic Research 2005, 13:559-557 (<http://www.demographic-research.org/volumes/vol13/22/13-22.pdf>)
- ⁹⁰ Barnafödandet i fokus: Från befolkningspolitik till ett barnvänligt samhälle. Veröffentlichung Ds 2001:57 des Sozialdepartements der schwedischen Regierung, November (<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/891/dictionary/true;jsessionid=aEFASAJekX7>)
- ⁹¹ Bernard Braun: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. Gmünder Ersatzkasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43/2006 (<http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Edition-Geburten-und-Geburtshilfe.pdf>); Deutscher Familienverband: Stellungnahme zum Antrag „Für mehr Familienfreundlichkeit“, 6.6.2006 (<http://www.deutscher-familienverband.de/index.php?id=2034>)
- ⁹² Bernd Eggen: Familienpolitik, Geburtenhäufigkeit und Einkommensarmut in der EU. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 4/2005 (<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/es-say.asp?xYear=2005&xMonth=04&eNr=02>)
- ⁹³ Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2006
- ⁹⁴ Kröhnert, Steffen und Klingholz, Reiner (2005): Emanzipation oder Kindergeld? Der europäische Vergleich lehrt, was man für höhere Geburtenraten tun kann. Sozialer Fortschritt (54),12: 280-290
- ⁹⁵ DIHK-Kita-Check, zitiert nach: Erziehung, Bildung und Betreuung. Die Forsa-Umfrage zur Kinderbetreuung, März 2005 (<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/050316-forsa-umfrage,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>)
- ⁹⁶ Deutsches Jugendinstitut und Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik: Zahlenspiegel 2005 (Online-Publikation). Zahlen für 2002.
- ⁹⁷ OECD-Daten, zitiert nach: Erziehung, Bildung und Betreuung. Die Forsa-Umfrage zur Kinderbetreuung, März 2005 (siehe Anmerkung 95)
- ⁹⁸ Siehe Anmerkung 1
- ⁹⁹ Eurostat: Tabellen Bevölkerungsvoraus-schätzungen, Basisvariante
- ¹⁰⁰ Felberbaum et al. (2007): Das Deutsche IVF-Register...
- ¹⁰¹ Starke Familie - Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2005
- ¹⁰² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Einnahmeeffekte beim Ausbau von Kindertagesbetreuung. Ergebnisse der Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin. BMFSFJ 2005 (www.bmfsfj.de)
- ¹⁰³ Soules, Michael: The story behind the American Society for Reproductive Medicine's Prevention of Infertility Campaign. Fertility and Sterility, 80(2):295-299 (2003)
- ¹⁰⁴ Kreß, Hartmut: Kinderwunsch und Kindeswohl in interkultureller Perspektive. Vortrag auf dem Jahrestreffen der deutschen IVF-Zentren, Kiel 23.11.2006 (www.uni-bonn.de/www/Evangelische_Theologie/Sozialethik/Vortraege/Texte/bilder/Kress_Kinderwunsch_23-11-06.pdf)

GLOSSAR

Befruchtung

Wenn Eizelle und Spermien aufeinander getroffen sind, dauert es mehr als einen Tag, bis die eigentliche Befruchtung abgeschlossen ist. Sie ist erst dann vollzogen, wenn der Zellkern des einen Spermiums, das ins Innere vordringen konnte, mit dem Zellkern der Eizelle zu einem einzigen verschmolzen ist. So fügen sich mütterliches und väterliches Erbgut zu dem des neu entstandenen Embryos.

Embryo

Bei einer Befruchtung entsteht ein Embryo. Er besteht zunächst nur aus einer Zelle. Das Erbgut in ihrem Kern gibt das Startsignal zur ersten Zellteilung und liefert den Bauplan für die weitere Entwicklung. Nach dem dritten Schwangerschaftsmonat wird das heranwachsende Kind als Fötus bezeichnet.

Embryotransfer

Das Einsetzen eines frühen Embryos in die Gebärmutter nach einer Befruchtung außerhalb des Körpers.

Hormonbehandlung

Genau genommen handelt es sich dabei um eine kontrollierte Stimulierung der Eierstöcke mit Hilfe genau dosierter Hormone, die während der ersten Hälfte des Monatszyklus verabreicht werden. Diese Botenstoffe bewirken, dass mehrere Eibläschen heranreifen statt, wie es natürlicherweise der Fall ist, nur eines pro Zyklus. Diese lassen sich zudem leichter für eine Befruchtung außerhalb des Körpers entnehmen, da sich die Eierstöcke dabei vergrößern. Eine hormonelle Stimulierung kann aber auch dazu dienen, dem natürlichen weiblichen Zyklus „nachzuhelfen“, wenn zu wenig körpereigene Botenstoffe ausgeschüttet werden. In diesen Fällen ist oft eine Zeugung auf natürlichem Wege möglich.

Insemination, IUI

Das Einbringen von Samenflüssigkeit in die Gebärmutter über einen dünnen Schlauch nennt man intrauterine Insemination (IUI). Diese Methode kommt zum Einsatz, wenn die Spermien des Mannes nicht beweglich genug sind, um von der Scheide bis zu den Eileitern zu gelangen, wo natürlicherweise die Empfängnis stattfindet.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion, ICSI

siehe Mikroinsemination

In-vitro-Fertilisation, IVF

Eine Methode, bei der menschliche Eizellen und Spermien außerhalb des Körpers zusammengebracht werden mit dem Ziel, eine Befruchtung und schließlich eine Schwangerschaft zu ermöglichen.

Kältekonservierung

Außerhalb des Körpers befruchtete Eizellen können dank schonender Verfahren tiefgekühlt aufbewahrt werden, um bei einem späteren Behandlungszyklus zurück in die Gebärmutter gesetzt zu werden. Prinzipiell ist es auch möglich, Eizellen und Spermien bei tiefen Temperaturen über längere Zeit zu lagern.

Kryokonservierung

siehe Kältekonservierung

Leihmutter

Wird eine künstlich befruchtete Eizelle nicht der Frau eingesetzt, von der sie stammt, sondern einer anderen Frau, die ihren Körper für die Dauer der Schwangerschaft gewissermaßen zur Verfügung stellt, spricht man von Leihmutterchaft. In Deutschland nicht erlaubt.

Medizinisch unterstützte Reproduktion

Dazu zählen im Wesentlichen die In-vitro-Fertilisation (IVF), die Mikroinsemination (ICSI) mit anschließendem Embryotransfer und die Insemination. Dazu gehört auch die Kältekonservierung menschlicher Keimzellen oder befruchteter Eizellen zum Zwecke des späteren Transfers. Daneben gibt es weitere Methoden, wie etwa das Einbringen von zuvor entnommenen Eizellen und Spermien im Eileiter oder die direkte Entnahme von Spermien aus dem Hodengewebe. Diese Methoden fallen jedoch zahlenmäßig weniger ins Gewicht.

Mikroinsemination

Gängigere Bezeichnung für die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Dabei wird ein einzelnes Spermium mit einer sehr dünnen Nadel unter dem Mikroskop direkt ins Innere der Eizelle gebracht. Diese Methode ermöglicht eine Befruchtung außerhalb des Körpers auch dann, wenn die Spermien es spontan nicht schaffen, durch die Hülle der Eizelle zu dringen.

Polkörperdiagnostik

Entnahme des so genannten Polkörperchens aus einer Eizelle vor der Befruchtung außerhalb des Körpers. Polkörperchen enthalten „ausortiertes“ mütterliches Erbgut, sie lassen sich deshalb zur Diagnose schwerer Chromosomendefekte nutzen. Vor allem lässt sich so untersuchen, ob sich die Chromosomen gleichmäßig verteilt haben.

Präimplantationsdiagnostik, PID

Entnahme von einer oder zwei Zellen eines bereits mehrzelligen Embryos nach Befruchtung außerhalb des Körpers, mit dem Ziel, genetische Untersuchungen vorzunehmen. In Deutschland nicht erlaubt.

Schwangerschaft

Aus Sicht der Reproduktionsmedizin gilt eine IVF-Behandlung als erfolgreich, wenn eine so genannte klinische Schwangerschaft vorliegt. Das heißt, wenn ungefähr fünf Wochen nach der Befruchtung im Ultraschall eine Fruchtblase oder das Pulsieren des Herzens zu erkennen sind. Diese Kriterien sind jedoch auch erfüllt, wenn sich der Embryo außerhalb der Gebärmutter eingenistet hat, zum Beispiel bei einer Eileiterschwangerschaft, die abgebrochen werden muss.

Unfruchtbarkeit

Ein Paar gilt als unfruchtbar, wenn trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs über mindestens ein Jahr keine Empfängnis eintritt.

Warum die Deutschen so wenige Kinder? +++ Wie lässt sich ungewollter Kinderlosigkeit vorbeugen? +++ Nur noch halb so viele Neugeborene wie in den 1960er Jahren
+++ 1,4 Millionen erwachsene Deutsche versuchen seit mehr als einem Jahr vergeblich Nachwuchs zu bekommen +++ Jedes hundertste Neugeborene in Deutschland ist ein Mädchen