

Demografische Perspektive auf den Kinderwunsch und die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz in Deutschland

Herausforderungen für die Zukunft

Anne-Kristin Kuhnt und Heike Trappe

Zusammenfassung

Diese Expertise bietet einen Überblick zur demografischen Perspektive auf den Kinderwunsch und die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischer Assistenz in Deutschland. Demografische Entwicklungen werden im Hinblick auf Kinderlosigkeit und Tendenzen des Alters bei der Geburt von Kindern beschrieben. Das Hauptaugenmerk dieser Expertise liegt auf der Darstellung der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz auf Basis amtlicher Daten, die um Ergebnisse einschlägiger empirischer Studien und aktueller Forschungslücken erweitert wird. Der Beitrag schließt mit einer Reflexion der gesellschaftspolitischen Herausforderungen und einer Handlungsempfehlung für die Praxis.

Schlüsselbegriffe: Kinderwunsch, Familie, Fertilität, Reproduktionsmedizin, Deutschland

Demographic perspective on the desire for children and the use of reproductive medical assistance in Germany - challenges for the future

Abstract

This expertise provides an overview of the demographic perspective on the desire for children and the utilization of reproductive medical assistance in Germany. Demographic developments are described with regard to childlessness and trends in the age at the birth of children. The main focus of this expertise is on utilizing reproductive medical assistance based on official data, which is expanded by the results of relevant empirical studies and current research gaps. The expertise concludes with a reflection on policy-related issues of the topic and some practical recommendations.

Keywords: Fertility desires, Family, Fertility, Reproductive medicine, Germany

Projekt „KompKi“

Prof. Dr. Mayer-Lewis

E-Mail: kompki@evhn.de, Telefon: 0911 / 272 53 795

Bärensgchanzstraße 4, 90429 Nürnberg

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhalt

| | | |
|-----|--|-----------|
| 1 | Demografische Perspektive(n) auf den Kinderwunsch..... | 1 |
| 2 | Demografische Entwicklung des Alters bei der Geburt von Kindern..... | 5 |
| 3 | Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz..... | 8 |
| 3.1 | Amtliche Daten zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz..... | 9 |
| 3.2 | Empirische Studien zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz..... | 14 |
| 4 | Gesellschaftspolitische Bedeutung und Relevanz für die Praxis | 17 |
| | Literaturverzeichnis..... | 19 |

1 Demografische Perspektive(n) auf den Kinderwunsch

Der Anteil kinderloser Frauen ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen und lag im Jahr 2022 für die 1973 bis 1977 geborenen Frauen bei 20 % (Statistisches Bundesamt 2023a). Damit ist die Kinderlosenquote seit 2012 relativ stabil und Deutschland gehört mit diesem Wert zu den Ländern mit der höchsten Kinderlosigkeit in Europa. Dabei zeigt sich eine regionale Varianz in der Kinderlosenquote: Nach Angaben des Mikrozensus 2022 lag der Anteil kinderloser Frauen in Ostdeutschland (14 %) – trotz Annäherung – konstant unter dem Anteil kinderloser Frauen in Westdeutschland (20 %) (Statistisches Bundesamt 2023a). Zudem variiert die Kinderlosenquote nach Bundesländern zwischen 13 % in Thüringen und 29 % in Hamburg (Statistisches Bundesamt 2023a). Ferner weisen Frauen in Stadtstaaten eine höhere Kinderlosigkeit auf als Frauen, die in ländlichen Regionen leben (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2018). Neben den regionalen Unterschieden variiert die Kinderlosenquote auch nach Bildungsniveau und Migrationsstatus. Während Frauen mit einem hohen Bildungsniveau eine Kinderlosenquote von 23 % aufweisen, zeigen Frauen mit mittlerem (21 %) und niedrigem Bildungslevel (11 %) ein anderes Muster (Statistisches Bundesamt 2023a).

Ogleich Angaben zur Kinderlosigkeit von Männern in der amtlichen Statistik aktuell noch fehlen, deuten indirekte Analysen auf ein höheres Ausmaß der Kinderlosigkeit von Männern hin (Pötzsch et al. 2020). Sozialwissenschaftliche Erhebungen verweisen ebenfalls auf einen höheren Anteil kinderloser Männer im Vergleich zu Frauen (z. B. Wippermann 2015, S. 25). Der Anteil kinderloser Frauen und Männer sagt jedoch nichts darüber aus, ob die bestehende Kinderlosigkeit *gewollt* oder *ungewollt* ist. Der gestiegene Anteil Kinderloser im Zeitverlauf kann zum einen für eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz eines Lebens ohne Kinder sprechen, sodass immer mehr Personen ihren kinderfreien Lebensentwurf umsetzen. Auf der anderen Seite kann Kinderlosigkeit *ungewollt* sein, wenn Frauen und Männer sich Kinder wünschen, aber dieser Wunsch nicht in Erfüllung geht. Den genauen Anteil *ungewollt* Kinderloser zu bestimmen, ist dabei nicht trivial. Die Fruchtbarkeit von Männern und Frauen nimmt mit zunehmendem Alter ab (Wölfler 2021; Hassan/Killick 2003) und der Übergang zur Elternschaft ist in westlichen Gesellschaften voraus-

setzungsreich (z. B. stabile Partnerschaft, berufliche Etablierung, finanzielle Absicherung). Entsprechend kann sich eine temporär *gewollte* Kinderlosigkeit im Lebensverlauf zu *ungewollter* dauerhafter Kinderlosigkeit entwickeln (Kreyenfeld/Konietzka 2014).

Aus demografischer Perspektive ist anzumerken, dass die Kinderlosigkeit von Frauen erst als dauerhaft anzusehen ist, wenn sie ihre reproduktive Phase abgeschlossen haben. Damit sind Ergebnisse zur Kinderlosigkeit von nach 1977 geborenen Frauen aktuell als vorläufig zu betrachten, da diese Frauen noch Kinder gebären könnten. Geburten im Alter von 45 und mehr Jahren stellen mit einem Anteil von unter einem Prozent im Jahr 2021 jedoch einen sehr geringen Anteil an allen Geburten dar (Statistisches Bundesamt 2023b). Für Männer ist die Abgrenzung dauerhafter Kinderlosigkeit weniger eindeutig, aber auch bei ihnen lässt mit zunehmendem Alter die Fruchtbarkeit nach. Zudem ist die Reproduktion von Männern (in gegengeschlechtlichen Partnerschaften) eng an die Fertilität der Frauen geknüpft. Vor dem Hintergrund, dass Männer in diesen Partnerschaften im Durchschnitt drei bis vier Jahre älter sind als ihr Partnerinnen (Klein/Rapp 2014), ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Männer nach dem Alter von 50 Jahren keinen weiteren Nachwuchs bekommt. Elternschaft nach diesem Alter ist damit auch für Männer eher die Ausnahme. Analysen der Geburtenstatistik zum Alter von Müttern und Vätern bei Geburt ihrer Kinder unterstreichen dies, auch wenn ein Trend zum Aufschieben der Geburten in höhere Lebensalter zu verzeichnen ist (Pötzsch et al. 2020, S. 63).

Allein auf Kinderlosigkeit zu schauen, ist damit nicht ausreichend, um *ungewollte* Kinderlosigkeit zu bestimmen. Darum wird in sozialwissenschaftlichen Studien ergänzend dazu der *Kinderwunsch* der Kinderlosen herangezogen: Kinderlose Personen, die sich ein Kind wünschen, werden als *unfreiwillig* kinderlos klassifiziert, weil es eine Diskrepanz zwischen gewünschter und erreichter Fertilität (fertility gap) gibt. Diese Operationalisierung hat diverse Schwächen. Zum einen werden damit Personen vernachlässigt, die bereits mindestens ein Kind haben und sich ein weiteres wünschen. Der Leidensdruck für Eltern, die ihre Familie nicht erweitern können (sekundäre Infertilität), ist dabei nicht zwingend geringer als für Kinderlose (Kuhnt/Passet-Wittig 2022b). Zum anderen werden unter den Begriff des *Kinderwunsches* verschiedene, z. T. sehr unterschiedliche Konzepte subsumiert. In der Literatur finden sich verschiedene Operationalisierungen, wie, (a) ob überhaupt oder (b) wie viele Kinder präferiert werden, die (c) auf die individuelle oder (d) gesellschaftliche Ebene rekurren, mit eher (e) abstrakten Wünschen ohne Realisierungsbezug und (f) konkreten

Handlungsabsichten (Intentionen), die auch die Realisierungsbedingungen mit einbeziehen. Diese Komplexität erschwert die empirische Vergleichbarkeit und Interpretation von Studienergebnissen im nationalen und internationalen Kontext.

Aus theoretischer Perspektive kann zwischen Idealen, Präferenzen, Intentionen und Verhalten unterschieden werden (Miller 2011, 1994; Ajzen 1991). Individuell geprägte Einstellungsmerkmale gegenüber Kindern beeinflussen persönliche Ideale zum Leben mit Kindern oder ohne Kinder, diese wirken auf die individuellen Präferenzen, die wiederum zur Ausprägung von (positiven oder negativen) Intentionen beitragen, die auf das individuelle (Verhütungs-)Verhalten einwirken – wobei ungeschützter Geschlechtsverkehr nicht zwingend mit einem Kinderwunsch verknüpft sein muss (Greil/McQuillan 2010). Ideale und Präferenzen können sich ganz allgemein auf Kinder beziehen oder eine konkrete Kinderzahl beinhalten. Es wird davon ausgegangen, dass sich Ideale und Präferenzen eher auf die gesamte Reproduktionsspanne beziehen (Hin et al. 2011) und ebenso wie Wünsche die tatsächlichen Realisierungsbedingungen und potentielle Hürden – wie z. B. eine fehlende stabile Partnerschaft, ausreichende finanzielle Absicherung und Infertilität – nicht berücksichtigen (müssen). Ideale und Fertilitätspräferenzen können zudem mit der Frage nach dem persönlichen oder gesellschaftlichen Ideal verbunden sein und weichen dann mitunter stark voneinander ab. Das gesellschaftliche Ideal eignet sich kaum, um individuell ungewollte Kinderlosigkeit zu identifizieren. Ferner lässt sich aus theoretischer Perspektive noch das Konzept der Fertilitätsintention bzw. Elternschaftsabsicht abgrenzen, bei dem in sozialwissenschaftlichen Studien häufig für einen Zeithorizont von zwei bis drei Jahren erfragt wird, ob Frauen bzw. Männer planen ein Kind zu bekommen (z. B. Familien- und Beziehungspanel pairfam, Generations and Gender Survey GGS). Dieser Planungscharakter von sogenannten Kinderwünschen ist eine weitere Herausforderung für die Abgrenzung *ungewollter* Kinderlosigkeit. Frauen und Männer können planen in den nächsten drei Jahren ein Kind bekommen zu wollen, aber einen Teil dieser Zeitspanne durchaus noch *gewollt* kinderlos sein. Hinzu kommt, dass sich Kinderwünsche – unabhängig vom zugrunde gelegten Konzept – über die Zeit und den individuellen Lebensverlauf verändern können und damit eher als instabil angesehen werden müssen (z. B. Heiland et al. 2008; Hayford 2009; Buhr/Kuhnt 2012; Kuhnt et al. 2021). Denkbar sind (mehrfache) Anpassungen an

die bereits vorhandene Kinderzahl, die Karriereplanung (des/der Partner:in), den Partnerschaftsstatus oder den individuellen Lebensstil. Damit können Intentionen auch früher oder später als geplant oder gar nicht umgesetzt werden (Kuhnt/Trappe 2016).

Im Kontext der Instabilität von „Kinderwünschen“ muss auch Unsicherheit als Option berücksichtigt werden, die als fester Bestandteil des Fertilitätsprozesses gilt (Morgan 1981, 1985). Die Unsicherheit im Zusammenhang mit der Familienplanung wird von verschiedenen Faktoren über den Lebensverlauf beeinflusst. Mit steigendem Alter und steigender Kinderzahl nimmt bspw. die Unsicherheit bei den Fertilitätsintentionen zu, wobei Männer häufiger angeben unsicher in Bezug auf die Familienplanung zu sein als Frauen. Unsicherheit bei der Familienplanung zeigt sich als ein vorübergehendes Phänomen und lässt sich eher als Übergangsphase von sicher positiven zu sicher negativen Fertilitätsintentionen oder vice versa charakterisieren (Kuhnt et al. 2021).

Dennoch besteht grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen den Größen *Kinderwunsch* und *realisierte Geburten*, wenn auch die Stärke dieses Zusammenhangs deutlich variieren kann (z. B. Hayford 2009; Kuhnt/Trappe 2016). Tatsächlich sind negative Fertilitätsintentionen ein besserer Prädiktor zukünftigen Verhaltens, während positive Intentionen die Geburtenwahrscheinlichkeit systematisch überschätzen (Régnier-Loilier/Vignoli 2011; Kuhnt/Trappe 2016). Rückschlüsse von Fertilitätspräferenzen und auch Intentionen auf die tatsächlich realisierten, zukünftigen Geburten sind damit nicht zwingend gegeben. Dies stellt auch die Ableitung familienpolitischer Maßnahmen aufgrund der beobachtbaren Diskrepanz zwischen verschiedenen Kinderwunschkonzepten und tatsächlicher Fertilität auf Bevölkerungsebene in Frage.

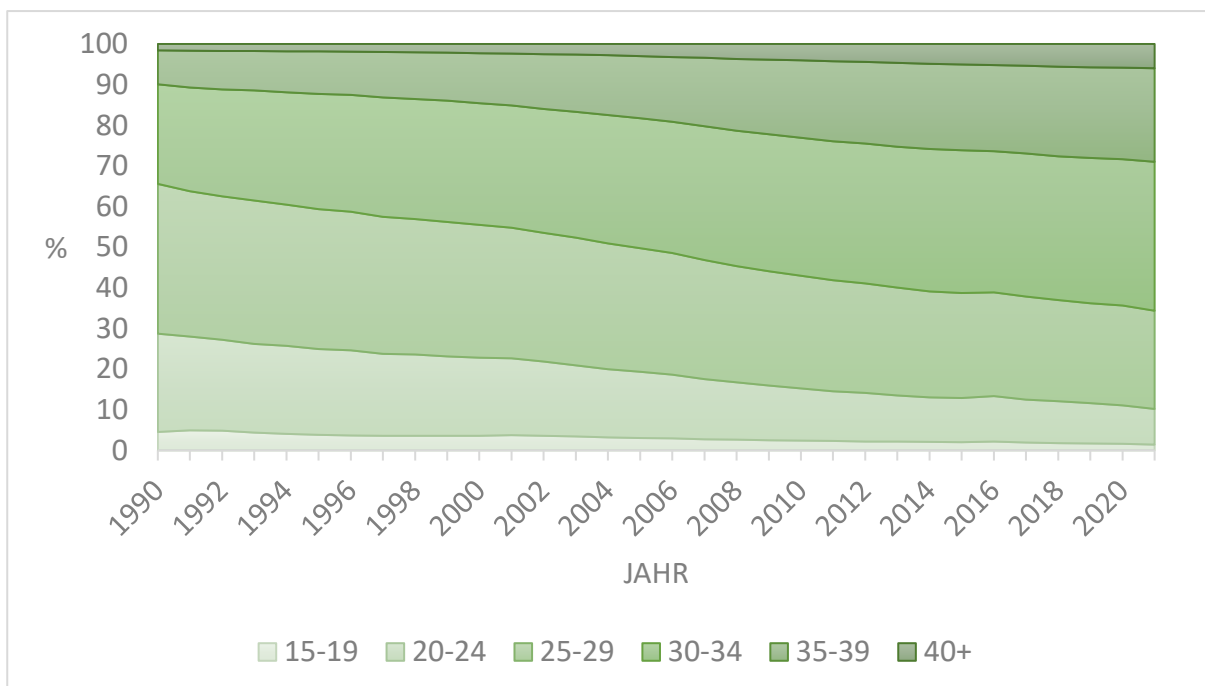
Zusammenfassend zeigen sich Herausforderungen bei der Bestimmung des sogenannten Kinderwunsches *und* der gewollten wie ungewollten Kinderlosigkeit hinsichtlich der Abgrenzung, (fließender) Übergänge im Lebensverlauf und terminologischer Schwächen. Damit bleibt zu konstatieren, dass es *den* Kinderwunsch nicht gibt. Dies erschwert in der Konsequenz die Bestimmung einer Größenordnung potentieller Nutzerinnen und Nutzer reproduktionsmedizinischer Behandlungen. Infertilität als medizinisches Kriterium eignet sich ebenso wenig als alleiniges Bestimmungsmerkmal, da das Vorliegen von Infertilität temporär sein kann und erst im Zusammenspiel mit einer positiven Fertilitätsintention handlungsrelevant wird (Passet-Wittig/Bujard 2021). Nicht zu vernachlässigen ist bei der Betrachtung, dass neben medizinischen auch soziale Hürden, wie eine fehlende Partnerschaft, bei der Umsetzung eines *Kinderwunsches* bestehen können.

In der Zusammenschau der konzeptionellen und begrifflichen Herausforderungen plädieren wir für eine Sensibilisierung für die Diversität von Personen mit *unerfülltem Kinderwunsch*, da sowohl Kinderlose als auch Eltern unterschiedlicher Altersstufen betroffen sein können. Sinnvoller wäre es, in diesem Zusammenhang von nichtrealisierter Fertilität zu sprechen (Casterline/Han 2017), um dieser Vielfalt gerecht zu werden. Gleicher Sensibilisierungsbedarf besteht auch hinsichtlich der potentiellen Zielgruppe der Nutzer und Nutzerinnen von Reproduktionsmedizin. Diese umfasst Personen in gleich- oder gegengeschlechtlichen Partnerschaften sowie Personen ohne Partner bzw. Partnerin. Dabei muss man beachten, dass nicht jede Person, die aus medizinischen oder sozialen Gründen einen unerfüllten Kinderwunsch aufweist, reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen möchte und auch nimmt (Kuhnt/Passet-Wittig 2022a).

2 Demografische Entwicklung des Alters bei der Geburt von Kindern

Bislang lässt sich in Deutschland sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein ungebrochener Trend zum Aufschub des Alters bei der Geburt von Kindern verzeichnen.

Abbildung 1: Nach Altersgruppen von Frauen zusammengefasste Geburtenziffern, 1990-2021



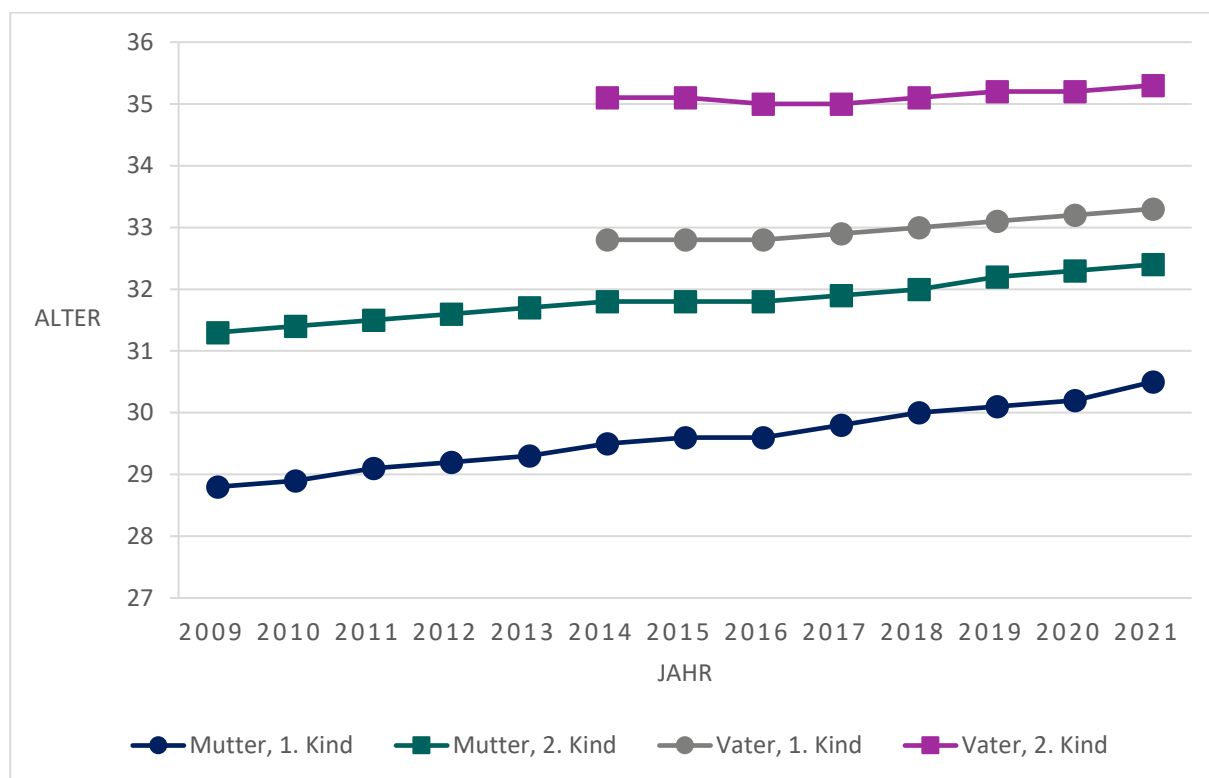
Quelle: Statistisches Bundesamt Genesis-Online

Aus Abbildung 1 wird ersichtlich, dass die 25- bis 29-jährigen Frauen im Jahr 1990 die höchsten Geburtenziffern aufwiesen, während sich die 20- bis 24-jährigen und die 30- bis 34-jährigen Frauen in ihren etwas geringeren Anteilen kaum voneinander unterschieden. Seitdem erhöhte sich der Anteil der 30- bis 34-jährigen Frauen an den Geburten zu Ungunsten der jüngeren Frauen. Im Jahr 2004 realisierten die 30- bis 34-jährigen Frauen erstmals anteilig am meisten Geburten, eine Tendenz, die sich seit Mitte der 2000er Jahre verstärkt hat. Im Jahr 2021 entfielen 37 % aller Lebendgeborenen auf Frauen dieser Altersgruppe und jeweils etwa ein Viertel auf die bis zu fünf Jahre jüngeren und die bis zu fünf Jahre älteren Frauen. Frauen im Alter ab 40 Jahren brachten im Jahr 2021 rund 6 % aller lebend geborenen Kinder zur Welt, während dieser Anteil 1990 noch bei 1,5 % lag. Somit hat sich die zeitliche Einordnung der Geburten von Kindern in den Lebensverlauf von Frauen (und Männern) im betrachteten Zeitraum deutlich nach hinten verlagert (vgl. Trappe/Köppen 2021).

Diese Tendenz bezieht sich insbesondere auf das Alter bei Geburt des ersten und zweiten Kindes. Immer mehr Frauen bekommen ihr erstes Kind im 4. Lebensjahrzehnt. Im Jahr 2021 waren die Mütter von 2 % der Erstgeborenen jünger als 20 Jahre, von 11 % zwischen 20 und 24, von 27 % zwischen 25 und 29, von 39 % zwischen 30 und 34, von 17 % zwischen 35 und 39 und von 4 % 40 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2023b).

Abbildung 2 zeigt die zeitliche Entwicklung des Durchschnittsalters von Müttern und Vätern bei der Geburt des 1. und 2. Kindes für die Zeiträume, die durch Daten der Geburtenstatistik abgedeckt sind. Seit 2009 ist das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Familiengründung um rund 1,7 Jahre angestiegen und bei Männern, bezogen auf die Erstgeburt von Frauen, seit 2014 um etwa ein halbes Jahr. Auch bei der Geburt des 2. Kindes ist das Durchschnittsalter von Frauen und Männern, allerdings mit geringerer Rate, angestiegen. Männer sind im Mittel drei Jahre älter bei der Familiengründung und -erweiterung als Frauen. Innerhalb Europas zählt Deutschland zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Erstgebäralter von Frauen: Im Jahr 2021 wiesen Zypern, die Niederlande, Portugal, Griechenland, Irland, die Schweiz, Luxemburg, Spanien und Italien ein höheres Durchschnittsalter auf, während zentral- und osteuropäische Länder das andere Ende des Altersspektrums dominieren (Eurostat 2023).

Abbildung 2: Durchschnittsalter der Eltern bei Geburt des 1. und 2. Kindes der Mutter, 2009-2021



Quelle: Statistisches Bundesamt Genesis-Online

Eine wesentliche Konsequenz des sich bislang fortsetzenden Aufschubs der Familiengründung im Lebensverlauf ist die Verkürzung der reproduktiven Phase, insbesondere bezogen auf Frauen. Die Forschungsliteratur verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bestehende Kinderwünsche im höheren Lebensalter nur zum Teil realisiert werden können und das Risiko ungewollter Kinderlosigkeit steigt (Beaujouan/Sobotka 2022; te Velde et al. 2012; Trappe/Köppen 2021).

Allerdings ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass das gestiegene Durchschnittsalter bei der Familiengründung eine erhebliche sozio-demografische Varianz aufweist. So sind Akademikerinnen im Schnitt etwa drei Jahre älter als Frauen ohne akademischen Abschluss, wenn sie ein erstes Kind bekommen (Statistisches Bundesamt 2013) und realisieren einen zunehmend großen Anteil an Erstgeburten nach dem 35. Lebensjahr (Bujard/Diabaté 2016). Zudem wiesen Akademikerinnen im Jahr 2022 eine überdurchschnittlich hohe Kinderlosenquote von 23 % auf (Deutschland insgesamt: 20 %) (Statistisches Bundesamt 2023a). Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit waren im Jahr 2018 bei ihrer Familiengründung etwa zwei Jahre älter als Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und verheiratete Frauen waren etwa 1,5 Jahre älter als unverheiratete Frauen (Statistisches Bundesamt 2023b). Frauen in den alten Bundesländern sind im Jahr 2021 zum Zeitpunkt

der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich fast ein Jahr älter (30,5 Jahre) als Frauen in den neuen Bundesländern (29,6 Jahre), eine Altersdiskrepanz, die seit der Wiedervereinigung stark rückläufig ist (Statistisches Bundesamt 2022b).

Die dargestellten sozio-demografischen Unterschiede des Alters der Familiengründung weisen darauf hin, dass sich die mit dem Aufschub von Geburten einhergehende Kompression der generativen Phase für bestimmte soziale Gruppen, wie Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen, besonders deutlich zeigt. Ergebnisse des Mikrozensus bestätigen, dass mit einem höheren Erstgebäralter von Frauen häufig kürzere Abstände zu einer weiteren Geburt verbunden sind (Pötzsch 2016), wodurch sich die hohe Arbeitsbelastung von Eltern in der Lebensphase mit kleinen Kindern verstärken kann.

Insgesamt wird der bislang ungebrochene Trend zum Aufschub des Alters bei der Familiengründung auf eine Vielzahl von Faktoren zurückgeführt. „Dazu zählen insbesondere die breite Verfügbarkeit sicherer Verhütungsmittel, die zunehmende soziale Akzeptanz von Kinderlosigkeit bei gleichzeitig gestiegenen gesellschaftlichen Erwartungen an eine Elternschaft, die Bildungsexpansion und der Wunsch von Frauen und Männern, sich zunächst beruflich zu etablieren, von Unsicherheiten und Flexibilitätsanforderungen geprägte Erwerbsphasen sowie ein Rückgang stabiler Paarbeziehungen“ (Trappe/Köppen 2021, S. 100).

3 Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz auf Basis amtlicher Daten dargestellt und im zweiten Abschnitt vertiefend auf Grundlage von Ergebnissen einschlägiger empirischer Studien beschrieben.

Zunächst eine begriffliche Klarstellung: Medizinisch assistierte Reproduktion (MAR) schließt alle medizinischen Verfahren zur Behandlung von Fertilitätseinschränkungen oder Infertilität ein, so auch alle Formen der Insemination sowie Operationen, und geht damit über assistierte Reproduktion (ART) außerhalb des Körpers der Frau hinaus (Zegers-Hochschild et al. 2017).

Allerdings stützt sich das Deutsche IVF-Register (DIR) nur auf Daten der extrakorporalen Befruchtung. Das DIR dient der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin und erhebt seit 1982

Daten. Seit 1998 ist die Teilnahme an der Datenerhebung gemäß Berufsordnung verpflichtend. Mit dem Ziel einen nationalen Standard abzubilden, erhebt das DIR für jeden einzelnen Behandlungszyklus alle zur Überprüfung der Ergebnisqualität relevanten Daten. Dies geschieht prospektiv, d. h. die Datenerfassung beginnt zeitgleich mit der Behandlung. Das DIR erfasst keine Daten über Inseminationsbehandlungen, bei denen die Befruchtung innerhalb des weiblichen Körpers erfolgt (Trappe 2020). Ein umfassendes Inseminationsregister gibt es bislang in Deutschland nicht. Das im Jahr 2018 eingeführte Samenspenderregister trägt den Charakter eines *Befruchtungsregisters*, da es sich nur auf heterologe Samenspenden¹ im Rahmen einer ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtung konzentriert und nur Samenspenden erfasst, die zu einer Schwangerschaft geführt haben (Frie 2018, S. 823).

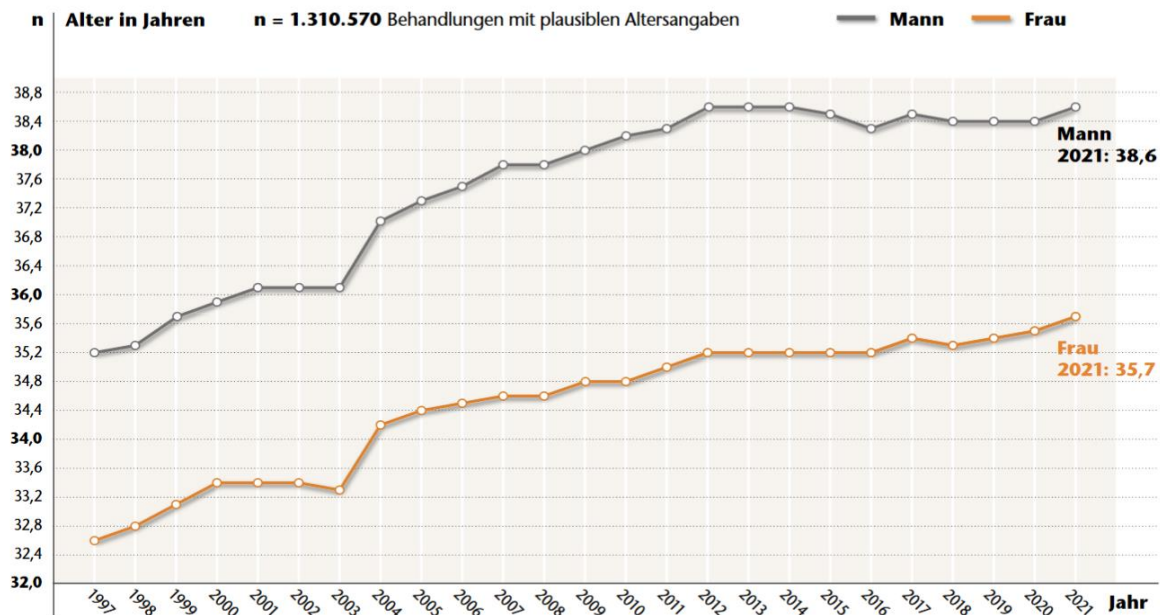
3.1 Amtliche Daten zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz

Das Durchschnittsalter, in dem sich Frauen und Männer zu einer reproduktionsmedizinischen Behandlung entschlossen haben, ist laut DIR in den zurückliegenden Jahren deutlich gestiegen und belief sich im Jahr 2021 bei Frauen auf 35,7 und bei Männern auf 38,6 Jahre (Abbildung 3). Diese Entwicklung wird zum Teil als Konsequenz des Aufschubs des Alters bei der Familiengründung interpretiert, infolgedessen Fertilitätsprobleme erst in höherem Alter erkannt werden. Andererseits wird unter Demografen und Demografinnen auch diskutiert, inwieweit die Verfügbarkeit medizinisch assistierter Reproduktion zunehmend als Bestandteil individueller Fertilitätspläne gesehen wird, die zu einer Verlagerung der Realisierung von Kinderwünschen in ein höheres Lebensalter beiträgt (Beaujouan/Sobotka 2022).

¹ Der Begriff der Samen- bzw. Eizellspende suggeriert eine ausschließlich altruistisch motivierte Abgabe von Gameten für reproduktive Zwecke und vernachlässigt dabei Prozesse der Ökonomisierung im reproduktiven Kontext. Daher plädieren wir für die Verwendung der Begriffe der Samen- und Eizellabgabe, um für diese unterschiedlichen Motivlagen zu sensibilisieren. In der Konsequenz verwenden wir den Begriff der Abgabe statt Spende im weiteren Verlauf dieser Expertise.

Abbildung 3: Mittleres Alter der Frauen und Männer bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen (ART), 1997-2021

IVF, ICSI, IVF/ICSI – prospektive und retrospektive Daten



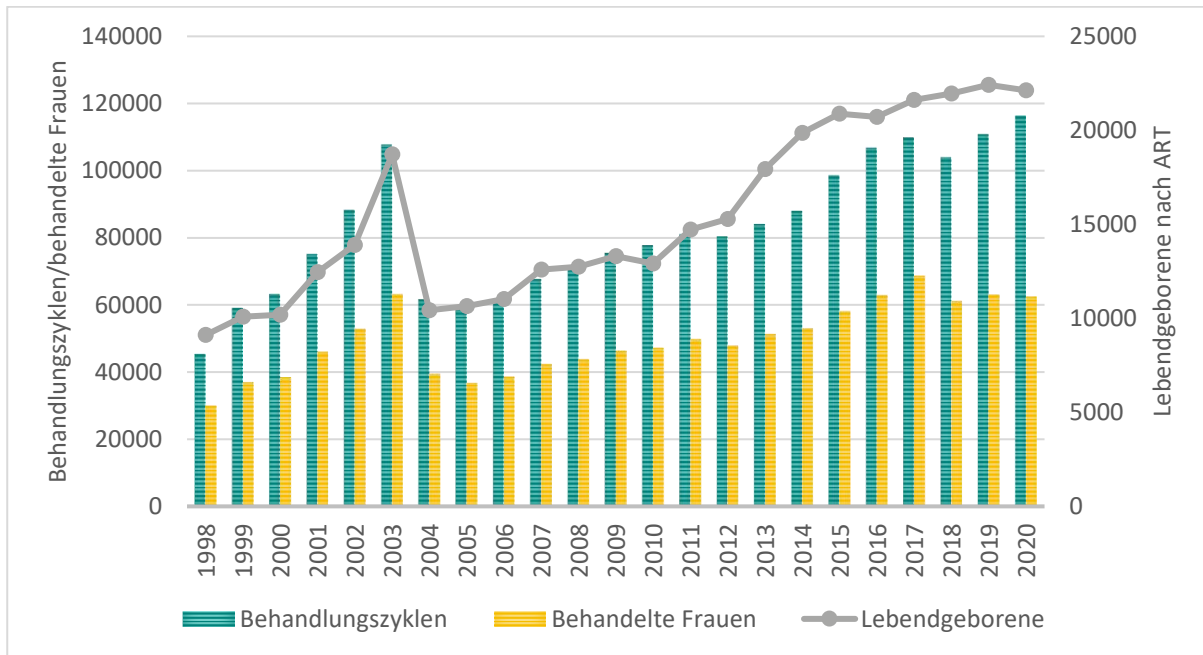
Quelle: DIR 2022, S. 43

Abbildung 4 gibt einen Einblick in die Entwicklung der assistierten Reproduktion im Zeitverlauf seit dem Beginn einer zuverlässigen Datenerfassung. Auch in Fällen, bei denen die Ursache einer Fertilitätseinschränkung beim männlichen Partner gelegen hat, werden statistisch immer die Angaben der Frauen erfasst, die sich letztlich der ART-Behandlung unterziehen müssen. Bis zum Jahr 2003 gab es einen kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Behandlungszyklen, der behandelten Frauen und auch der absoluten Anzahl der im Ergebnis einer ART-Behandlung lebendgeborenen Kinder. Von 2002 bis 2003 war der Anstieg bezogen auf alle drei Indikatoren besonders stark, während sich danach ein deutlicher Rückgang zeigt. Dies ist ein Periodeneffekt, der sich auf das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 und die damit verbundene Leistungskürzung zurückführen lässt. Bis dahin wurden von den gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten von vier Behandlungszyklen vollständig übernommen und seit 2004 werden nur noch drei Behandlungszyklen zu 50 % durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert. Es handelt sich demnach um einen Vorzieheffekt, da viele (v. a. ältere, vgl. Abb. 3) Paare im Jahr 2003 noch einen Behandlungsversuch durchführen ließen, den sie ansonsten erst später beansprucht hätten (Connolly et al. 2009). Mit nach Bundesländern differenzierten Daten

des DIR wurde gezeigt, dass der Rückgang der Behandlungszyklen in ökonomisch schwachen Regionen deutlicher ausgefallen ist als in anderen Regionen (Griesinger et al. 2007).

Erst seit dem Jahr 2014 bewegt sich die Anzahl der Behandlungszyklen und die der behandelten Frauen etwa wieder auf dem Niveau der Zeit vor der Gesetzesänderung.

Abbildung 4: Die Entwicklung assistierter Reproduktion (ART) in Deutschland, 1998-2020



Quelle: DIR 1999-2021, eigene Berechnungen

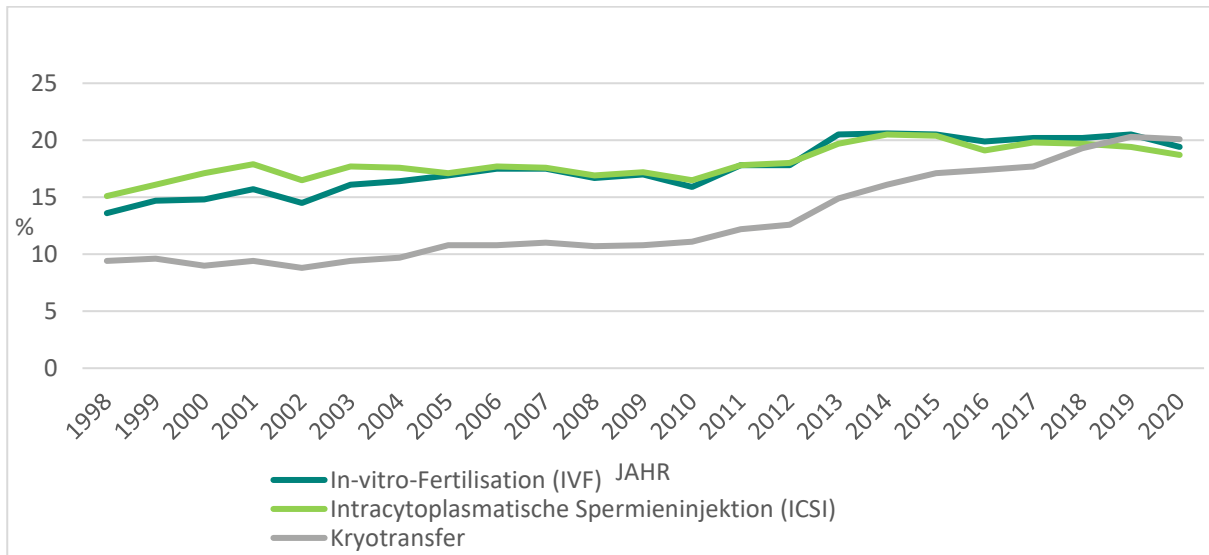
Mediziner und Medizinerinnen betrachten es als Erfolg, dass sich trotz des gestiegenen Durchschnittsalters der behandelten Frauen die durchschnittliche Anzahl der Behandlungszyklen je Frau im Zeitverlauf nur geringfügig erhöht hat. Die absolute Zahl der mittels ART lebendgeborenen Kinder übertrifft seit 2014 den Spitzenwert des Jahres 2003. Besonders aufschlussreich ist der Anteil der mittels assistierter Reproduktion lebendgeborenen Kinder an allen Lebendgeborenen: Betrag dieser im Jahr 1998 1,16 %, so erreichte er im Jahr 2020 2,86 % (eigene Berechnungen).² Länder mit einem deutlich höheren Anteil bezogen auf das Jahr 2018 waren Spanien (9,3 %), Österreich (6,3 %), Slowenien (6,0 %), Griechenland (5,8 %), Dänemark (5,7 %) und Island (5,6 %) (Wyns et al. 2022, 8–9), was auf weniger restriktive Zugangsregelungen und möglicherweise großzügigere Unterstützungsleistungen in diesen Ländern verweist (Passet-Wittig/Bujard 2021).

² Unser ausdrücklicher Dank für einige Sonderauswertungen des DIR geht an Markus M. Kimmel, den Leiter der Geschäftsstelle des Deutschen IVF-Registers e. V. (DIR).

Die Daten des DIR machen eine starke Altersabhängigkeit des Erfolgs einer reproduktionsmedizinischen Behandlung deutlich: „Haben Frauen in der Altersgruppe von 30-34 Jahren pro Embryotransfer eine Schwangerschaftschance von 39,4% und eine Geburtenrate von 30,0% zu erwarten, sinken in der Altersgruppe von 41-43 Jahren die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer auf 17,8% und die Geburtenrate auf 8,2%“ (DIR 2022, S. 8). Demgegenüber steigt die Rate der Fehlgeburten nach dem 35. Lebensjahr der Frau deutlich an (DIR 2022, S. 26-29).

Der wichtigste Erfolgsindikator der medizinisch assistierten Reproduktion ist die Lebendgeburtenrate (zuvor Baby-take-home-rate), welche die Anzahl der Lebendgeburten je Behandlungszyklus wiedergibt. Sie liegt bei allen dargestellten Behandlungsmethoden etwa 8-9 Prozentpunkte unterhalb der Schwangerschaftsraten, was auf den erheblichen Anteil von Schwangerschaften, die durch Tot- oder Fehlgeburt³ enden, verweist. Im Jahr 2020 wurden 78 Totgeborene (0,5 % aller Geborenen) sowie 5.978 Aborte (22 % der klinischen Schwangerschaften) nach ART registriert (Sonderauswertung der Daten des DIR, vgl. FN 1).

Abbildung 5: Die Entwicklung der Lebendgeburtenrate nach ART, 1998-2020



Quelle: DIR 1999-2021 und Sonderauswertung, eigene Berechnungen

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Lebendgeburtenrate im zeitlichen Verlauf und verdeutlicht einen Anstieg auf, je nach Verfahren, 19 bzw. 20 % im Jahr 2020. Das heißt, dass gegenwärtig

³ Zu den Lebendgeborenen zählen nach Personenstandsverordnung (PStV) alle Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (Statistisches Bundesamt 2022a).

durchschnittlich jeder fünfte Behandlungszyklus zu einer Geburt mit mindestens einem lebendgeborenen Kind führt. Allerdings bedeutet dies auch, dass die Mehrheit der Behandlungen (zunächst) nicht das erhoffte Ergebnis zur Folge hat, was häufig bei den Betroffenen mit großen Enttäuschungen, psychosozialen und sonstigen Belastungen einhergeht. Seitens der Medizinerinnen und Mediziner wird der Anstieg der Lebendgeburtenrate vor dem Hintergrund des gestiegenen mittleren Alters der behandelten Frauen und Männer als Erfolg gewertet. Gleiches gilt für den Anstieg des Anteils an Einlingsschwangerschaften und -geburten sowie eine Reduzierung des Anteils an Frühgeburten (DIR 2022).

Der Anstieg der Lebendgeburtenraten betrifft sowohl Behandlungen auf Grundlage sogenannter Frischzyklen (IVF, ICSI) als auch Behandlungen mit im Vorkernstadium gefrierkonservierten Eizellen (Kryotransfer). Während IVF- und ICSI-Behandlungen fast durchgängig höhere Geburtenraten erzielen, ist gerade in den letzten Jahren eine deutliche Annäherung der Lebendgeburtenraten nach Kryotransfer an die auf Frischzyklen basierenden Behandlungen zu verzeichnen. Diese ist auf die erfolgreiche Anwendung der Vitrifikation, des Schockgefrierens imprägnierter Eizellen, zurückzuführen (Diedrich et al. 2018, S. 610).⁴ Im Jahr 2020 verteilten sich die durchgeführten Behandlungen wie folgt: ICSI – 45.829, Kryotransfer – 33.560, IVF – 19.117 (DIR 2022, S. 18). Seit 2018 sind nur noch geringfügige Unterschiede in den Lebendgeburtenraten in Abhängigkeit von der Behandlungsmethode feststellbar. Zugleich nehmen laut IVF-Register die IVF- und ICSI-Behandlungen mit Samenabgabe deutlich zu, wobei diese durch die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht finanziert werden. Als generelle Tendenzen, die über Deutschland hinaus gelten und die vor allem aus den verbesserten medizinisch-technischen Möglichkeiten resultieren, lassen sich ein vermehrter Einsatz von ICSI, ein Anstieg der Kryokonservierungen und eine Verringerung der Anzahl der in die Gebärmutter übertragenen Embryonen festhalten.

⁴ Der Vorteil des Einfrierens überzähliger Eizellen im Vorkernstadium besteht darin, dass eine erneute hormonelle Stimulation und Punktion der Eierstöcke sowie die zeit- und kostenintensive Anwendung der ICSI-Methode nicht notwendig sind. Die Kryokonservierung wird jedoch seitens der GKV bislang nur dann finanziert, wenn es sich um fertilitätserhaltende Maßnahmen im Zuge einer potentiell keimzellschädigenden Therapie handelt.

Die vermehrte Übertragung eines einzigen Embryos (single embryo transfer) in die Gebärmutter hat in den vergangenen Jahren zu einer deutliche Reduktion der Rate an Mehrlingsgeburten beigetragen (DIR 2022, S. 36). Letzteres ist erklärtes Ziel der Reproduktionsmedizin, um die erhöhten gesundheitlichen Risiken für die Frauen und die Embryonen bzw. Säuglinge zu begrenzen. In diesem Zusammenhang wird auch seit Längerem die Legalisierung des *elektiven single embryo transfers* (eSET), der die lichtmikroskopische Beurteilung des Entwicklungspotentials eines Embryos voraussetzt, gefordert (Beier et al. 2018).

Für das Jahr 2020 weist das DIR folgende Anteile an lebendgeborenen ART-Kindern aus: 74,3 % Einlinge, 24,9 % Zwillinge, 0,7 % Drillinge und 0,1 % Vierlinge (Sonderauswertung der Daten des DIR, vgl. FN 1). Zum Vergleich: Bezogen auf die Lebendgeborenen ohne extrakorporale Befruchtung handelte es sich bei nur 2,9 % der Lebendgeborenen um Mehrlingskinder (Statistisches Bundesamt 2023b). Die in Deutschland durchgeführten Maßnahmen der assistierten Reproduktion waren somit für 20 % aller Mehrlingsgeburten verantwortlich (eigene Berechnung).⁵ Bei all diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass sie sich lediglich auf assistierte Reproduktion im klassischen Sinne, jedoch beispielsweise nicht auf Inseminationen, beziehen.

3.2 Empirische Studien zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz

Für Deutschland existieren bisher insgesamt nur wenige empirische Studien, die sich mit der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin befassen, was insbesondere aus dem Mangel geeigneter Daten resultiert (Kuhnt/Passet-Wittig 2022a). Dieses Datendefizit führt dazu, dass kaum Informationen über den Anteil an Personen, die von Infertilität betroffen sind und Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, sowie über deren Charakteristika vorliegen. Bisherige Studien weisen überwiegend eher geringe Fallzahlen auf – mit den entsprechenden Herausforderungen für die Belastbarkeit der Ergebnisse und deren Interpretation.

⁵ Interessant ist in diesem Zusammenhang die Human Multiple Births Database (HMBD), die für 25 Länder einen Überblick über die Entwicklung der Mehrlingsgeburten im zeitlichen Verlauf ermöglicht (Torres et al. 2023).

Um Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen, muss ein Grundwissen über Fertilität, deren altersbedingten Rückgang und reproduktionsmedizinische Behandlungsoptionen vorliegen. Dieses Wissen scheint in der Bevölkerung lückenhaft zu sein (Wippermann 2020) und sich nach sozialstrukturellen Faktoren zu unterscheiden (David et al. 2000; Milewski/Haug 2022). Wissen muss bei den potenziellen Nutzern und Nutzerinnen auch über die rechtlichen Rahmenbedingungen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten vorliegen. Beides ist für den deutschen Kontext sehr komplex, stetigen Veränderungen unterworfen und wenig transparent (Kuhnt/Passet-Wittig 2022a).

Ältere Untersuchungen verweisen auf einen Anteil von etwa 50 % der von Infertilität betroffenen Frauen und Männer, die in der Konsequenz reproduktionsmedizinische Assistenz in Anspruch nehmen (Helfferrich 2001; Helfferrich et al. 2004). Neuere Untersuchungen weisen einen geringeren Anteil von 33 % aus (Köppen et al. 2021). Die auf die Lebenszeit bezogene Prävalenz der Nutzung medizinisch assistierter Reproduktion in Deutschland beträgt 11,4 %, wobei Frauen diese medizinische Unterstützung eher in Anspruch nehmen als Männer (Passet-Wittig et al. 2023).

Hinsichtlich der Charakteristika der Nutzerinnen und Nutzer von medizinisch assistierter Reproduktion lassen sich für Deutschland Befunde zu Alter, Familienstand, Kinderzahl, sozioökonomischem Status, Migrationsstatus und geografischer Region zusammentragen (Köppen et al. 2021; Passet-Wittig 2017). Zusammenfassend suchen eher ältere verheiratete Personen, die noch kinderlos sind, reproduktionsmedizinische Hilfe. Zudem verfügen diese Personen eher über einen höheren sozioökonomischen Status (Köppen et al. 2021, Passet-Wittig et al. 2023) und seltener über einen Migrationshintergrund⁶ (Köppen et al. 2021). Darüber hinaus nehmen Personen, die in ländlichen Regionen leben, seltener reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch (Passet-Wittig et al. 2023).

Insbesondere mit Blick auf die Faktoren Familienstand und Alter zeigt sich wie der Zugang zu Reproduktionsmedizin durch die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst

⁶ Allerdings fehlt aktuell noch eine ausführliche Betrachtung des Migrationsstatus nach Geburtsland und Generationenstatus, weshalb insbesondere die Ergebnisse zum Migrationsstatus als vorläufig zu betrachten sind.

wird. Die bisherige Erstattungspraxis der Krankenkassen sieht eine Beteiligung an den Behandlungskosten ausschließlich verheirateter Paare mit eigenen Ei- bzw. Samenzellen bis zu einem maximalen Alter der Frau von 40 Jahren und des Mannes von 50 Jahren vor. Internationale Studien unterstreichen die Abhängigkeit des Zugangs zu Reproduktionsmedizin von Bildung und sozioökonomischen Faktoren (Barbuscia et al. 2020; Goisis et al. 2023; Passet-Wittig und Greil 2021; Seiz et al. 2023). Diese sozioökonomischen Hürden im Zugang zu medizinisch assistierter Reproduktion zeigen sich auch für Länder mit relativ großzügigen finanziellen Zuschüssen (Lazzari et al. 2022).

Zur individuellen Motivation der Nutzung, also warum – oder warum nicht – Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch nehmen, ist bisher kaum etwas bekannt. Gleiches gilt für die Fortsetzung oder den Abbruch von medizinisch assistierter Reproduktion.

Über Frauen, die das sogenannte Social Freezing⁷ – die Kryokonservierung von Eizellen ohne medizinische Indikation, um später im Leben schwanger zu werden –, nutzen, liegen noch weniger Informationen vor. Die Anzahl der Follikelpunktionen zu diesem Zweck ist seit 2018 kontinuierlich, aber auf geringem Niveau, angestiegen (DIR 2022). Damit ist die Nachfrage nach Social Freezing als sogenannte „Fertilitätsversicherung“ im Kontext reproduktiver Selbstbestimmung in Deutschland eher gering (Schochow et al. 2018). Das DIR (DIR 2022, S. 43) gibt zudem Aufschluss darüber, dass *„spätere Schwangerschaften und Geburten aus den daraus resultierenden Kryozyklen [...] bisher nicht in größerer Zahl zu erkennen [sind]“*. Welche soziodemografischen Charakteristika diese Frauen aufweisen, ist für Deutschland noch weitestgehend unerforscht. Expertenbefragungen verweisen auf ein höheres reproduktives Alter, in dem die Eizellreserve schon deutlich reduziert ist (Schochow et al. 2018). Dies wird von internationalen qualitativen Studien gestützt, die aufzeigen, dass die Nutzerinnen von Social Freezing sich in der Mitte bzw. am Ende ihres vierten Lebensjahrzehnts befinden, hoch gebildet und alleinstehend sind (Inhorn et al. 2018; Stoop et al. 2015; Baldwin et al. 2015). Die männliche Perspektive auf das sogenannte Social Freezing wird bisher größtenteils ausgeblendet.

⁷ Im internationalen Kontext werden neben Social Freezing auch die Begriffe Cryopreservation und Cryo-Fertility verwendet (Rimon-Zarfaty/Schick Tanz 2022).

Letztlich reflektieren die Studien für Deutschland nur einen Ausschnitt der Nutzung von Reproduktionsmedizin, da gegenwärtig in keiner Datengrundlage reproduktive Mobilität (Schlagwort „Reproduktionstourismus“) berücksichtigt wird. Bedenkt man, dass die drei führenden Länder im Angebot von Reproduktionsmedizin mit Hilfe von Eizellabgaben – Spanien, Griechenland und die Tschechische Republik (Seiz et al. 2023) – geografisch relativ nah an Deutschland liegen, kann davon ausgegangen werden, dass reproduktive Mobilität gängige Praxis für Personen mit unerfülltem Kinderwunsch ist. Vor allem, wenn diese Länder reproduktive Verfahren anbieten, die in Deutschland nicht gestattet sind.

4 Gesellschaftspolitische Bedeutung und Relevanz für die Praxis

Vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Bedeutung des Phänomens assistierter Reproduktion und dem gleichzeitigen Anspruch auf reproduktive Gerechtigkeit sollte die aktuell für Deutschland bestehende soziale Selektivität im Zugang zu reproduktionsmedizinischen Verfahren reduziert werden. Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung adressiert eine Vielfalt der Lebensformen und eine Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung (SPD et al. 2021). Die rechtlichen und finanziellen Gegebenheiten der reproduktionsmedizinischen Assistenz werden diesem Anspruch jedoch gegenwärtig nicht gerecht. Da der Zugang zu deren Nutzung insbesondere von sozioökonomischen Faktoren abhängt, wäre eine Regelung unabhängig vom Familienstand, dem Alter, der sexuellen Orientierung und dem Elternchaftsstatus erforderlich. Zudem könnte eine Rückkehr zur vollen Erstattung (einer begrenzten Anzahl) reproduktionsmedizinischer Behandlungen soziale Ungleichheit im Zugang reduzieren, ergänzt um den Ausbau von kostengünstigen Behandlungsoptionen (World Health Organization 2023). Dies schließt eine Legalisierung der Eizellabgabe ein. Gegenwärtig werden durch dieses Verbot, bei gleichzeitiger Gestattung von Samenabgabe soziale Vaterschaft und soziale Mutterschaft unterschiedlich bewertet. In der Konsequenz sollte die Möglichkeit von (altruistischer) Leihmutterschaft⁸ geprüft werden, um die

⁸ Der Begriff Leihmutter(schaft) ist umstritten, da unklar ist, (1) wer was verleiht und, ob (2) die Fürsorge für einen Fötus während einer Schwangerschaft als eine Form von Mutterschaft bezeichnet werden kann. Im Englischen hat sich der Begriff „surrogate“ durchgesetzt, während im deutschsprachigen Raum z. B. die

damit verbunden Herausforderungen nicht in die alleinige Verantwortung anderer Länder zu legen.

Reproduktive Gerechtigkeit setzt realistische Vorstellungen über die Fertilität im Lebensverlauf und die Erfolgchancen reproduktionsmedizinischer Behandlungen voraus. Der Diskurs darüber sollte nicht Internetforen überlassen, sondern proaktiv gestaltet werden, da nur mit angemessenem Wissen eine selbstbestimmte Familienplanung möglich ist. Eine niedrigschwellige Wissensvermittlung zu Fertilität und deren Grenzen sowie zu den bislang begrenzten Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin sollte daher mindestens Eingang in Schulmaterialien, Fortbildungsinhalte von Fachkräften für Familienbildung und mediale Kontexte finden.

Begriffe Trage- bzw. Ersatzmutter, aber auch Substitutivschwängere diskutiert werden, die jedoch die beschriebenen Defizite nicht vollständig aufzuheben vermögen (Teschlade 2022).

Literaturverzeichnis

- Ajzen, Icek (1991): The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2), S. 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Baldwin, Kylie; Culley, Lorraine; Hudson, Nicky; Mitchell, Helene; Lavery, Stuart (2015): Oocyte cryopreservation for social reasons: demographic profile and disposal intentions of UK users. In: *Reproductive BioMedicine Online* 31 (2), S. 239–245. DOI: 10.1016/j.rbmo.2015.04.010.
- Barbuscia, Anna; Martikainen, Pekka; Myrskylä, Mikko; Remes, Hanna; Somigliana, Edgardo; Klemetti, Reija; Goisis, Alice (2020): Maternal age and risk of low birth weight and premature birth in children conceived through medically assisted reproduction. Evidence from Finnish population registers. In: *Hum Reprod* 35 (1), S. 212–220. DOI: 10.1093/humrep/dez275.
- Beaujouan, Éva; Sobotka, Tomáš (2022): Is 40 the new 30? Increasing reproductive intentions and fertility rates beyond age 40. In: Dimitrios S. Nikolaou und David B. Seifer (Hg.): *Optimizing the management of fertility in women over 40*: Cambridge University Press, S. 3–13.
- Beier, Henning M.; Bujard, Martin; Diedrich, Klaus; Dreier, Horst; Frister, Helmut; Kentenich, Heribert et al. (2018): Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 16 (1), S. 50–52. DOI: 10.1007/s10304-017-0173-8.
- Buhr, Petra; Kuhnt, Anne-Kristin (2012): Die kurzfristige Stabilität des Kinderwunsches von Kinderlosen in Ost- und Westdeutschland. In: Johannes Huinink, Michaela Kreyenfeld und Heike Trappe (Hg.): *Familie und Partnerschaft in Ost- und Westdeutschland. Ähnlich und Doch Immer Noch Anders*. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich-Esser (Zeitschrift Für Familienforschung Ser, v.9), S. 275–298.
- Bujard, Martin; Diabaté, Sabine (2016): Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? In: *Gynäkologie* 49 (5), S. 393–404. DOI: 10.1007/s00129-016-3875-4.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): *Kinderlose Frauen der Geburtsjahrgänge 1943 bis 1978 in Flächenländern und Stadtstaaten (Stand: 2018)*. Online verfügbar unter <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/F24-Kinderlose-Frauen-Flaechenlaender-Stadtstaaten-Jahrgaenge.html>, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Casterline, John; Han, Siqi (2017): Unrealized fertility: Fertility desires at the end of the reproductive career. In: *DemRes* 36, Artikel 14, S. 427–454. DOI: 10.4054/DemRes.2017.36.14.
- Connolly, M. P.; Griesinger, G.; Ledger, W.; Postma, M. J. (2009): The impact of introducing patient co-payments in Germany on the use of IVF and ICSI: a price-elasticity of demand assessment. In: *Human Reproduction* 24 (11), S. 2796–2800. DOI: 10.1093/humrep/dep260.
- David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (2000): Knowledge among German and Turkish women about specifically female bodily functions, contraception, preventative medical examinations and menopause. In: *Ethnicity & health* 5 (2), S. 101–112. DOI: 10.1080/713667447.
- Diedrich, Klaus; Strowitzki, T.; Kentenich, H. (2018): Assistierte Reproduktion: Möglichkeiten und Grenzen. In: *Gynäkologie* 51 (8), S. 607–612. DOI: 10.1007/s00129-018-4290-9.
- DIR (2022): *Jahrbuch 2021. inklusive FertiPROTEKT*. DIR. Deutsches IVF-Register. Modifizierter Nachdruck. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie - Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*

- 19 (5). Online verfügbar unter <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2021-deutsch-1.pdf>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Eurostat (2023): Mean age of women at childbirth and at birth of first child. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00017/default/table?lang=en>, zuletzt aktualisiert am 26.04.2023, zuletzt geprüft am 28.05.2023.
- Frie, Birgit (2018): Das neue Samenspenderrecht. In: *Neue Zeitschrift für Familienrecht* 5 (18), S. 817–823.
- Goisis, Alice; Fallesen, Peter; Seiz, Marta; Salazar, Leire; Eremenko, Tatiana; Cozzani, Marco (2023): Educational gradients in the prevalence of Medically Assisted Reproduction (MAR) births in a comparative perspective. Hg. v. European Commission. European Commission. Seville (JRC Working Papers Series on Social Classes in the Digital Age). Verfügbar unter <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC132792>, zuletzt geprüft am 31.05.2023.
- Greil, Arthur L.; McQuillan, Julia (2010): "Trying" times: Medicalization, intent, and ambiguity in the definition of infertility. In: *Medical anthropology quarterly* 24 (2), S. 137–156. DOI: 10.1111/j.1548-1387.2010.01094.x.
- Griesinger, G.; Diedrich, Klaus; Altgassen, C. (2007): Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004. In: *Hum Reprod* 22 (11), S. 3027–3030. DOI: 10.1093/humrep/dem293.
- Hassan, Mohamed A.M; Killick, Stephen R. (2003): Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. In: *Fertility and Sterility* 79 (Supplement 3), S. 1520–1527. DOI: 10.1016/S0015-0282(03)00366-2.
- Hayford, Sarah R. (2009): The evolution of fertility expectations over the life course. In: *Demography* 46 (4), S. 765–783. DOI: 10.1353/dem.0.0073.
- Heiland, Frank; Prskawetz, Alexia; Sanderson, Warren C. (2008): Are individuals' desired family sizes stable? Evidence from West German panel data. In: *Eur J Population* 24 (2), S. 129–156. DOI: 10.1007/s10680-008-9162-x.
- Helfferrich, Cornelia (2001): Frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. 2. Aufl., 2./5./11.02. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung). Online verfügbar unter <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/13300019.pdf>.
- Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Wunderlich, Holger (2004): Männer leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Basisbericht. Aufl.: 3.5.3.07. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln. Online verfügbar unter <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/themen/familienplanung/artikel-a-z/maenner-leben/>.
- Hin, Saskia; Gauthier, Anne; Goldstein, Joshua; Bühler, Christoph (2011): Fertility preferences: what measuring second choices teaches us. In: *Vienna Yearbook of Population Research* 9, S. 131–156. Online verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/41342808>, zuletzt geprüft am 28.05.2023.
- Inhorn, M. C.; Birenbaum-Carmeli, D.; Birger, J.; Westphal, L. M.; Doyle, J.; Gleicher, N. et al. (2018): Elective egg freezing and its underlying socio-demography: a binational analysis with global implications. In: *Reproductive biology and endocrinology : RB&E* 16 (1), S. 70. DOI: 10.1186/s12958-018-0389-z.

- Klein, Thomas; Rapp, Ingmar (2014): Die altersbezogene Partnerwahl im Lebenslauf und ihr Einfluss auf die Beziehungsstabilität. In: Anja Steinbach, Marina Hennig und Oliver Arránz Becker (Hg.): Familie im Fokus der Wissenschaft. Wiesbaden: Springer VS (Familienforschung), S. 203–223. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-02895-4_9.
- Köppen, Katja; Trappe, Heike; Schmitt, Christian (2021): Who can take advantage of medically assisted reproduction in Germany? In: *Reproductive Biomedicine & Society Online* 13, S. 51–61. DOI: 10.1016/j.rbms.2021.05.002.
- Kreyenfeld, Michaela; Konietzka, Dirk (2014): Kinderlosigkeit in Deutschland. Theoretische Probleme und empirische Ergebnisse. In: Dirk Konietzka und Michaela Kreyenfeld (Hg.): Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit. 2., überarb. u. erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS Wiesbaden, S. 11–44. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-531-94149-3_1, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Kuhnt, Anne-Kristin; Minkus, Lara; Buhr, Petra (2021): Uncertainty in fertility intentions from a life course perspective: Which life course markers matter? In: *JFamRes* 33 (1), S. 184–208. DOI: 10.20377/jfr-426.
- Kuhnt, Anne-Kristin; Passet-Wittig, Jasmin (2022a): Familie und Reproduktionsmedizin. In: Oliver Arránz Becker, Karsten Hank und Anja Steinbach (Hg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–29.
- Kuhnt, Anne-Kristin; Passet-Wittig, Jasmin (2022b): Families formed through assisted reproductive technology: Causes, experiences, and consequences in an international context. In: *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14, S. 289–296. DOI: 10.1016/j.rbms.2022.01.001.
- Kuhnt, Anne-Kristin; Trappe, Heike (2016): Channels of social influence on the realization of short-term fertility intentions in Germany. In: *Advances in Life Course Research* 27, S. 16–29. DOI: 10.1016/j.alcr.2015.10.002.
- Lazzari, Ester; Baffour, Bernard; Chambers, Georgina M. (2022): Residential proximity to a fertility clinic is independently associated with likelihood of women having ART and IUI treatment. In: *Human Reproduction* 37 (11), S. 2662–2671. DOI: 10.1093/humrep/deac205.
- Milewski, Nadja; Haug, Sonja (2022): At risk of reproductive disadvantage? Exploring fertility awareness among migrant women in Germany. In: *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14, S. 226–238. DOI: 10.1016/j.rbms.2021.11.007.
- Miller, Warren B. (1994): Childbearing motivations, desires, and intentions: a theoretical framework. In: *Genetic, social, and general psychology monographs* 120 (2), S. 223–258.
- Miller, Warren B. (2011): Differences between fertility desires and intentions: implications for theory, research and policy. In: *Vienna Yearbook of Population Research* 9, S. 75–98. Online verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/41342806>, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Morgan, S. Philip (1981): Intention and uncertainty at later stages of childbearing: the United States 1965 and 1970. In: *Demography* 18 (3), S. 267–285.
- Morgan, S. Philip (1985): Individual and couple intentions for more children: A research note. In: *Demography* 22 (1), S. 125–132. DOI: 10.2307/2060991.

- Passet-Wittig, Jasmin; Greil, Arthur; McQuillan, Julia; Bujard, Martin (2023): P-445 Prevalence of medically assisted reproduction use and its social and demographic determinants - findings from a German representative survey. In: *Human Reproduction*, Volume 38, Issue Supplement_1, June 2023, S. i403, DOI: 10.1093/hum-rep/dead093.793
- Passet-Wittig, Jasmin (2017): Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin. Eine sozialwissenschaftliche Analyse von Paaren in Kinderwunschbehandlung. 1. Aufl.: Verlag Barbara Budrich (Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft, Band 49). Online verfügbar unter 10.3224/84742080.
- Passet-Wittig, Jasmin; Bujard, Martin (2021): Medically assisted reproduction in developed countries: Overview and societal challenges. In: Norbert Schneider und Michaela Kreyenfeld (Hg.): *Research handbook on the sociology of the family*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, S. 417–438.
- Passet-Wittig, Jasmin; Greil, Arthur L. (2021): Factors associated with medical help-seeking for infertility in developed countries: A narrative review of recent literature. In: *Social Science & Medicine* 277, S. 113782. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.113782.
- Pötzsch, Olga (2016): Demografisches Bild der Fertilität in Deutschland vor und nach dem Zensus 2011: Noch keine Trendwende in Sicht. In: *CPoS* 41 (1), S. 67–100. DOI: 10.12765/CPoS-2016-02d.
- Pötzsch, Olga; Klüsener, Sebastian; Dudel, Christian (2020): Wie hoch ist die Kinderzahl von Männern? In: *WISTA - Wirtschaft und Statistik* (5), S. 59–77. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2020/05/kinderzahl-maenner-052020.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Régnier-Loilier, Arnaud; Vignoli, Daniele (2011): Fertility intentions and obstacles to their realization in France and Italy. In: *Population* Vol. 66 (2), S. 361–389. DOI: 10.3917/popu.1102.0401.
- Rimon-Zarfaty, Nitzan; Schick Tanz, Silke (2022): The emergence of temporality in attitudes towards cryo-fertility: a case study comparing German and Israeli social egg freezing users. In: *History and philosophy of the life sciences* 44 (2), S. 19. DOI: 10.1007/s40656-022-00495-x.
- Schochow, Maximilian; Rubeis, Giovanni; Büchner-Mögling, Grit; Fries, Hansjakob; Steger, Florian (2018): Social freezing in medical practice. Experiences and attitudes of gynecologists in Germany. In: *Science and Engineering Ethics* 24 (5), S. 1483–1492. DOI: 10.1007/s11948-017-9970-7.
- Seiz, Marta; Eremenko, Tatiana; Salazar, Leire (2023): Socioeconomic differences in access to and use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a context of increasing childlessness. Hg. v. European Commission. European Commission. Seville (JRC Working Papers Series on Social Classes in the Digital Age). Online verfügbar unter https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2023-01/JRC132097_socioeconomic_differences_in_access_to_and_use_of_medically_assisted_reproduction.pdf, zuletzt geprüft am 31.05.2023.
- SPD; Bündnis 90/Die Grünen; FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, zuletzt geprüft am 07.06.2023.

- Statistisches Bundesamt (2013): Zeitpunkt der Familiengründung. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/alter-geburt-bildung.html>, zuletzt geprüft am 28.05.2023.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>, zuletzt geprüft am 31.03.2023.
- Statistisches Bundesamt (2022b): Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2021. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html>, zuletzt geprüft am 28.05.2023.
- Statistisches Bundesamt (2023a): Kinderlosenquote seit zehn Jahren konstant bei 20 %. Pressemitteilung Nr. 226 vom 14. Juni 2023. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23_226_12.html, zuletzt geprüft am 19.06.2023.
- Statistisches Bundesamt (2023b): Tabelle 12612-0007. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Alter der Mutter, Geschlecht der Lebendgeborenen, Familienstand der Eltern. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12612-0007&bypass=true&levelindex=0&levelid=1681921320516#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Stoop, D.; Maes, E.; Polyzos, N. P.; Verheyen, G.; Tournaye, H.; Nekkebroeck, J. (2015): Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. In: *Human Reproduction* 30 (2), S. 338–344. DOI: 10.1093/humrep/deu317.
- te Velde, Egbert; Habbema, Dik; Leridon, Henri; Eijkemans, Marinus (2012): The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. In: *Human Reproduction* 27 (4), S. 1179–1183. DOI: 10.1093/humrep/der455.
- Teschlade, Julia (2022): Tragemutterschaft. In: Lisa Yashodhara Haller und Alicia Schlender (Hg.): *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*. 1st ed. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 313–324. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.2307/j.ctv25c4z9b.27>, zuletzt geprüft am 19.06.2023.
- Torres, Catalina; Caporali, Arianna; Pison, Gilles (2023): The Human Multiple Births Database (HMBD). An international database on twin and other multiple births. In: *DemRes* 48, Artikel 4, S. 89–106. DOI: 10.4054/DemRes.2023.48.4.
- Trappe, Heike (2020): Reproduktionsmedizin und Familie. In: Jutta Ecarius und Anja Schierbaum (Hg.): *Handbuch Familie. Erziehung, Bildung und pädagogische Arbeitsfelder*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–22.
- Trappe, Heike; Köppen, Katja (2021): Soziodemografische Ursachen und Folgen des Aufschiebens des Erstgebärsalters von Frauen. In: M. S. Kupka (Hg.): *Reproduktionsmedizin: Zahlen und Fakten für die Beratung*. München: Elsevier, S. 95–102.
- Wippermann, Carsten (2015): Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter

source/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlose-frauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf, zuletzt geprüft am 25.05.2023.

Wippermann, Carsten (2020): Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden - Hemmungen - Lösungen. Hg. v. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter <https://www.delta-sozialforschung.de/cms/upload/pdf/Ungewollte-kinderlosigkeit-2020.pdf>.

Wölfler, Monika Martina (2021): Fertilität – Mythos und Realität. In: *J. Klin. Endokrinol. Stoffw.* 14 (1), S. 11–19. DOI: 10.1007/s41969-021-00127-y.

World Health Organization (2023): 1 in 6 people globally affected by infertility: WHO. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>, zuletzt geprüft am 15.06.2023.

Wyns, C.; Geyter, C. de; Calhaz-Jorge, C.; Kupka, M. S.; Motrenko, T.; Smeenk, J. et al. (2022): ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE. In: *Hum Reprod Open* 2022 (3), 1-20. DOI: 10.1093/hropen/hoac022.

Zegers-Hochschild, Fernando; Adamson, G. David; Dyer, Silke; Racowsky, Catherine; Mouzon, Jacques de; Sokol, Rebecca et al. (2017): The international glossary on infertility and fertility care, 2017. In: *Fertility and Sterility* 108 (3), S. 393–406. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005.

Jun.-Prof. Dr. Anne-Kristin Kuhnt

anne-kristin.kuhnt@uni-rostock.de

Prof. Dr. Heike Trappe

heike.trappe@uni-rostock.de

Kontakt

Universität Rostock

Institut für Soziologie und Demographie

Ulmenstr. 69

18057 Rostock