



Jamin Passet-Wittig (BiB); Norbert F. Schneider (BiB)

Wer ist von Infertilität betroffen und wer sucht Hilfe bei der Reproduktionsmedizin?¹

Späte Elternschaft, Kinderlosigkeit, Infertilität und die Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin – diese Themen werden in der Öffentlichkeit zunehmend diskutiert, häufig auch im Kontext des demografischen Wandels. Im Vergleich mit anderen Ländern gibt es in Deutschland nur wenig systematische Kenntnisse über die Verbreitung von Infertilität sowie über die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Es fehlen aktuelle Zahlen dazu, wie viele Frauen und Männer akut von Infertilität betroffen sind. Kaum erforscht ist zudem, wer sich in Deutschland für die Nutzung der Reproduktionsmedizin entscheidet und ob es eine soziale Selektion in die Kinderwunschbehandlung gibt. Der vorliegende Beitrag widmet sich diesen Fragen.

Paare in Deutschland werden immer älter, wenn sie ihr erstes Kind bekommen. Im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes bei 29,5 Jahren (Statistisches Bundesamt 2016). Da die reproduktive Phase von Frauen nach oben begrenzt ist, reduziert sich dadurch das insgesamt verfügbare Zeitfenster für die Reproduktion deutlich. Etwa ab dem 30. Lebensjahr, spätestens jedoch ab Mitte Dreißig, nimmt die natürliche Fruchtbarkeit der Frau deutlich ab, was auf die sinkende Eizellreserve sowie die Alterung der Eizellen zurückzuführen ist (Beier et al. 2012: 324). Wenig beachtet wird die Tatsache, dass auch bei Männern das Infertilitätsrisiko mit dem Alter zunimmt. Insbesondere in Paarkonstellationen, in denen auch die Frau relativ alt ist, kann das Alter des Mannes zum Problem werden (Sartorius/Nieschlag 2010: 71). Als infertil gelten Paare nach der medizinisch-klinischen Definition, wenn nach einem Jahr mit regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt (Zegers-Hochschild et al. 2009: 1522). Einer älteren Untersuchung zufolge berichtet in Deutschland etwa jede sechste bis siebte Frau zwischen 20 und 44 Jahren von mindestens einer solchen Phase, in der die Umsetzung des Kinderwunsches nicht gelang (Helfferrich

2001: 306). Wie viele Frauen und Männer in Deutschland aktuell einen aus biologischen Gründen unerfüllten Kinderwunsch haben ist unbekannt.

Infertil zu sein bedeutet nicht, wie gemeinhin angenommen wird, dass eine natürliche Schwangerschaft nicht mehr möglich ist. Zumindest ein Teil der Paare kann nach einem Jahr des Versuchens durchaus noch auf natürlichem Wege schwanger werden. Teilweise wird deshalb anstatt von Infertilität auch von Subfertilität – verminderter Fruchtbarkeit – gesprochen (Beier et al. 2012: 296). Diese Definition dient dazu, eine Gruppe mit deutlich verminderten Chancen, einen bestehenden Kinderwunsch natürlich umzusetzen, zu identifizieren. Betroffenen Paaren wird empfohlen, sich an einen Arzt zu wenden, für Frauen ist dies in der Regel der Frauenarzt und für Männer der Urologe (BZgA 2012: 6ff). Dieser leitet dann gegebenenfalls erste Untersuchungen ein und verweist das Paar bei Bedarf an ein Kinderwunschzentrum. In den Kinderwunschzentren werden reproduktionsmedizinische Verfahren wie die intrauterine Insemination (IUI), In-Vitro-Fertilisation (IVF) und die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) angeboten. Weiterhin können mittels Kryokonservierung befruchtete Eizellen und Embryonen eingelagert werden, um Frauen eine wiederholte operative Entnahme von Eizellen vor jeder weiteren Behandlung zu ersparen. Auch Spermia kann so konserviert werden.

Im Deutschen IVF-Register werden Behandlungen mit IVF, ICSI sowie mit kryokonservierten Eizellen dokumentiert. Für das Jahr 2014 wurden 87.886 Behandlungszyklen bei 52.988 Frauen berichtet, was einem Mittelwert von 1,66 Behandlungen pro Frau entspricht (DIR 2015: 11). Die Zahlen erscheinen hoch, was sich allerdings im internationalen Vergleich relativiert. Wurden im Jahr 2010 in Deutschland nur etwa 766 Behandlungszyklen pro 1 Million Einwohner durchgeführt, sind es beispielsweise in Dänemark 2.893 Behandlungszyklen (Kupka et al. 2014: 2101). In Deutschland (Helfferrich et al. 2004; Helfferrich 2001; Küppers-Chinnow/Karmaus 1997), wie auch in anderen Ländern (Boivin et al. 2007) sucht etwa die Hälfte der Betroffenen medizinische Hilfe. Darüber wer die deutschen Nutzer der Reproduktionsmedizin sind, ist allerdings nur wenig bekannt.

¹ Der vorliegende Beitrag basiert auf Passet-Wittig, Jasmin; Schneider, Norbert F.; Letzel, Stephan; Schuhrke, Bettina; Seufert, Rudolf; Zier, Ulrike; Münster, Eva (2016): Prävalenz von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 13 (3): 80-90.



Im Nachfolgenden wird die aktuelle Prävalenz von Infertilität für Frauen und Männer berechnet und herausgearbeitet, wie sich die Nutzer der Reproduktionsmedizin von der Gesamtgruppe aller von Infertilität Betroffenen unterscheiden. Erstmals werden für diese Zwecke die bevölkerungsrepräsentativen Daten der 5. Welle des deutschen Beziehungs- und Familienpanels pairfam (Release 5.0) aus dem Jahr 2012/13 verwendet (Nauck et al. 2014).² Eine Besonderheit von pairfam ist das Kohortendesign, das heißt für drei Geburtskohorten wurden repräsentative Zufallsstichproben gezogen (Kohorte 1: 1991-1993; Kohorte 2: 1981-1983; Kohorte 3: 1971-1973). Für diese Untersuchung von Interesse sind die beiden älteren Kohorten, die zum Zeitpunkt der fünften Welle 29-31 und 39-41 Jahre alt waren. Für den zweiten Teil der Analysen wurden die pairfam-Daten mit der Basiserhebung der PinK-Studie kombiniert.³ Diese schriftliche Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung wurde vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in enger Kooperation mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin sowie dem Kinderwunschzentrum der Universität Mainz und der Evangelischen Hochschule Darmstadt zwischen Juli 2012 und Juli 2013 durchgeführt. Die Teilnehmer wurden über alle fünf Kinderwunschzentren in Rheinland-Pfalz sowie ab Mitte der Feldphase zusätzlich über das Kinderwunschzentrum Wiesbaden rekrutiert. Ausgabezeitpunkt war das Aufklärungsgespräch zur Behandlung, welches bei allen Kinderwunschpaaren, die sich für eine Behandlung entschieden haben, durchgeführt wird. An der schriftlichen Befragung haben insgesamt 323 Frauen und 242 Männer teilgenommen. Es wurde eine Rücklaufquote von 31 % erreicht.

Die Verbreitung von Infertilität

Die vorgestellten Zahlen zur Verbreitung von Infertilität basieren auf den gewichteten pairfam-Daten der fünften Welle. Nach der eingangs vorgestellten Definition von Infertilität gelten Paare als infertil, wenn sie mehr als 12 Monate erfolglos aktiv versucht haben, ein Kind zu zeugen. Seit der vierten Erhebungswelle können in pairfam die nach dieser Definition von Infertilität Betroffenen identifiziert werden.⁴ Des Weiteren werden die Studienteilnehmer gefragt, ob sie denken, dass sie selbst und (sofern vorhanden) ihr Partner körperlich in der Lage sind, ein Kind zu bekommen beziehungsweise zu zeugen. Als Antwortoptionen stehen „sicher ja“, „wahrscheinlich ja“, „wahrscheinlich nein“ und „sicher nein“ zur Verfügung. Diese Frage bildet eine andere Dimension von Infertilität ab: die subjektive Selbsteinschätzung. Personen, die hier für sich oder ihren aktuellen Partner „wahrscheinlich nein“ oder „sicher nein“ angegeben haben und einen generellen Kinderwunsch äußerten, wurden zu den Infertilen gezählt. Durch die Kombination beider Indikatoren kann ein umfassenderer Überblick über die Gruppe der von Infertilität Betroffenen und damit der potenziellen Nutzer der Reproduktionsmedizin gewonnen werden.⁵

Abbildung 1 zeigt die Verbreitung von Infertilität für Frauen und Männer separat nach der Altersgruppe und zusätzlich differenziert nach dem Vorhandensein von Kindern. Bei beiden Geschlechtern weist die ältere Kohorte eine höhere Infertilitätsprävalenz als die jüngere Kohorte auf. Da Geburten im Lebensverlauf immer weiter aufgeschoben werden, steigt auch das Risiko an, von altersbedingter Infertilität betroffen zu sein. Es fällt jedoch auf, dass der Anteil Infertiler bei den Männern der Kohorte 2 mit 4,8 % deutlich niedriger ist als bei den Frauen, während sich bei den Älteren im Geschlechtervergleich kaum Unterschiede zeigen (Frauen: 7,9 %; Männer: 7,5 %). Das lässt sich mit dem unterschiedlichen Geburtenverhalten von Frauen und Männern in der jüngeren Kohorte erklären. Denn Männer beginnen in der Regel etwas später mit der Familiengründung als Frauen, was wiederum damit zusammenhängt, dass Männer in Partnerschaften häufig etwas älter sind als ihre Partnerinnen. Hinsichtlich des Vorhandenseins von Kindern zeigt sich bei beiden Geschlechtern dasselbe Muster: Der Anteil infertiler Kinderloser an allen Frauen beziehungsweise Männern der jeweiligen Kohorte ist durchweg höher als der Anteil

² Ausführliche Informationen zu pairfam finden sich bei Huinink et al. (2010).

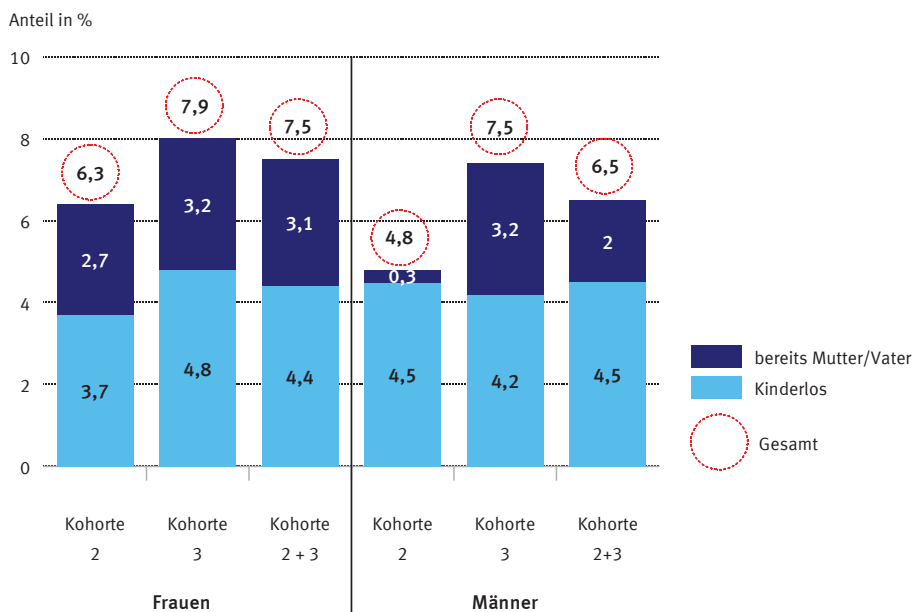
³ Der Methodenbericht zur PinK-Studie findet sich bei Passet-Wittig et al. (2014).

⁴ Die Originalfrage lautet: „Wie lange versuchen Sie schon, schwanger zu werden, bzw. ein Kind zu zeugen? Gemeint ist der Zeitraum, ab dem Sie nicht mehr verhütet haben, bzw. bewusst versucht haben eine Schwangerschaft herbeizuführen. __ Jahre und __ Monate“. Die Frage wurde nur an Personen gestellt, die angegeben haben, seit der letzten Befragung aktiv versucht zu haben, ein Kind zu bekommen.

⁵ Aus allen durchgeführten Analysen wurden Personen ausgeschlossen, die für sich selbst oder ihren aktuellen Partner in Welle 5 oder einer vorherigen Welle angegeben haben sterilisiert zu sein.



Abb. 1: Die Verbreitung von Infertilität bei Frauen und Männern



Quelle: Passet-Wittig et al. (2016: 83); pairfam Welle 5 (2012/13); Daten gewichtet, mit unterschiedlichen Gewichten für kohortenspezifische bzw. kohortenübergreifende Auswertung (siehe Brüderl 2014: 48); eigene Berechnungen. Anmerkung: Kohorte 2=29-31 Jährige, Kohorte 3= 39-41 Jährige

© BiB 2016

von Müttern und Vätern. Andererseits sind aber durchaus auch einige Eltern betroffen. Daran wird deutlich, dass es auch bei Personen, die bereits ein oder mehrere leibliche Kinder haben, zu Problemen bei der Umsetzung eines weiteren Kinderwunsches kommen kann.

Insgesamt, das heißt über beide Altersgruppen zusammengefasst, ist Infertilität bei Frauen mit 7,5 % etwas stärker verbreitet als bei Männern (6,5 %). Dieser Unterschied ist relativ gering und ist vor allem auf die bereits erwähnte niedrigere Prävalenz bei den Männern der jüngeren Altersgruppe zurückzuführen.

Soziale Selektion in die reproduktionsmedizinische Kinderwunschbehandlung

In einem nächsten Schritt werden nun die in pairfam als infertil identifizierten Frauen und Männer, die potenziell Bedarf an medizinischer Hilfe haben, einer Population am Anfang einer Kinderwunschbehandlung (Basiserhebung der PinK-Studie) gegenübergestellt. Ziel ist es, durch den Vergleich der Zusammensetzung der zwei Populationen erste Hinweise auf eine soziale Selektion in die Kinderwunschbehandlung zu erlangen. Für den Vergleich werden aus der PinK-Studie nur Frauen und Män-

ner der Kohorten 2 und 3 ausgewählt. Da die fünfte Welle von pairfam und die PinK-Studie ähnliche Erhebungszeiträume haben, sind die betrachteten Personen in etwa gleich alt. Für die Auswertungen wurden die zwei Geburtskohorten in beiden Datensätzen aus Fallzahlgründen zusammengefasst.

Für relevante soziodemografische Variablen ist die Zusammensetzung der beiden Gruppen in Tabelle 1 dargestellt. Zunächst wird auf Alter, Ehestatus, Erwerbstätigkeit sowie den sozioökonomischen Status (SES) eingegangen. Der für den SES verwendete „International Socio-Economic Index of Occupational Status“ (ISEI), basiert auf einer Codierung der Angaben zum aktuellen beziehungsweise letzten Beruf.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), welche den Großteil der deutschen Bevölkerung abdeckt, ist die Kostenerstattung an das Alter und den Ehestatus geknüpft: Die Paare müssen verheiratet sein, beide Partner müssen mindestens 25 Jahre und dürfen höchstens 40 Jahre alt sein (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, §27a). Erfüllen sie diese Bedingungen werden die Kosten für maximal drei Behandlungen zur Hälfte erstattet.⁶ Die privaten Versicherer übernehmen häufig die vollständigen Kosten, wenn die Ursache für die Infertilität bei der privat versicherten Person liegt.⁷ Diese Kosten liegen bei IVF- und ICSI Behandlungen in der Regel zwischen 2.000 und 5.000 € (Wischmann 2012: 77). Erwerbstätigkeit und sozioökonomischer Status sind dagegen informativ hin-

⁶ In einigen Bundesländern wurden unter Bezug auf die Bundesförderrichtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die von den Patienten selbst zu tragenden Kosten reduziert. Seit 2012 können die gesetzlichen Krankenkassen in Form von Zusatzleistungen die Kosten auf für ältere Paare übernehmen. Die Regelung zum Ehestatus ist davon bislang unberührt.

⁷ Umfassendere Informationen zu den aktuellen Regelungen in der gesetzlichen Krankenkasse finden sich bei Gust und Kücking (2015). Eine Übersicht zur privaten Krankenversicherung und den spezifischen Problemen bei gemischt versicherten Paaren ist bei Revermann und Hüsing (2011: 216f) zu finden.


Tabelle 1: Infertile und Personen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung im Vergleich – soziodemografische Merkmale der Frauen und Männer

		Frauen		Männer	
		Infertil (pairfam)	Anfang Behandlung (PinK)	Infertil (pairfam)	Anfang Behandlung (PinK)
		%/Ø ¹	%/Ø ¹	%/Ø ¹	%/Ø ¹
Gesamtfallzahl		n=128	n=122	n=93	n=71
Kohorte	1981-83	39,5	73,0	27,0	59,2
	1971-73	60,5	27,1	73,0	40,9
Partnerschaft²	Partner, unverheiratet	27,5	14,8	29,9	18,3
	Partner, verheiratet	72,5	85,3	70,1	81,7
Sozioökonom. Status	ISEI W3 (ISCO-88) ³	49,0	52,0	47,0	51,0
Erwerbsstatus	nicht erwerbstätig	18,7	7,4	8,1	1,4
	Selbstständig/Ausbildung/Vollzeit	52,2	76,9	86,1	95,7
	Teilzeit/geringfügig	29,0	13,2	5,8	1,4
	Sonstiges	0,1	2,5	0,0	1,4

Quelle: Passet-Wittig et al. (2016: 85-86);

Daten: pairfam Welle 5 (2012/13), gewichtet; Basiserhebung der PinK-Studie (2012/13); eigene Berechnungen.

¹ Bei der Prozentuierung wurden nur Fälle mit gültigen Angaben auf der jeweiligen Variable berücksichtigt.

² Personen ohne Partner sind hier ausgeschlossen, da in der Gruppe der von Infertilität Betroffenen zu wenige Fälle.

³ Der International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) hat einen Wertebereich von 16-88. Je höher der ISEI, desto höher der berufliche Status.

sichtlich der allgemeinen sozioökonomischen Lage. Daran anschließend werden die zwei Population hinsichtlich ihrer Gewichtung des Lebensziels Elternschaft verglichen.

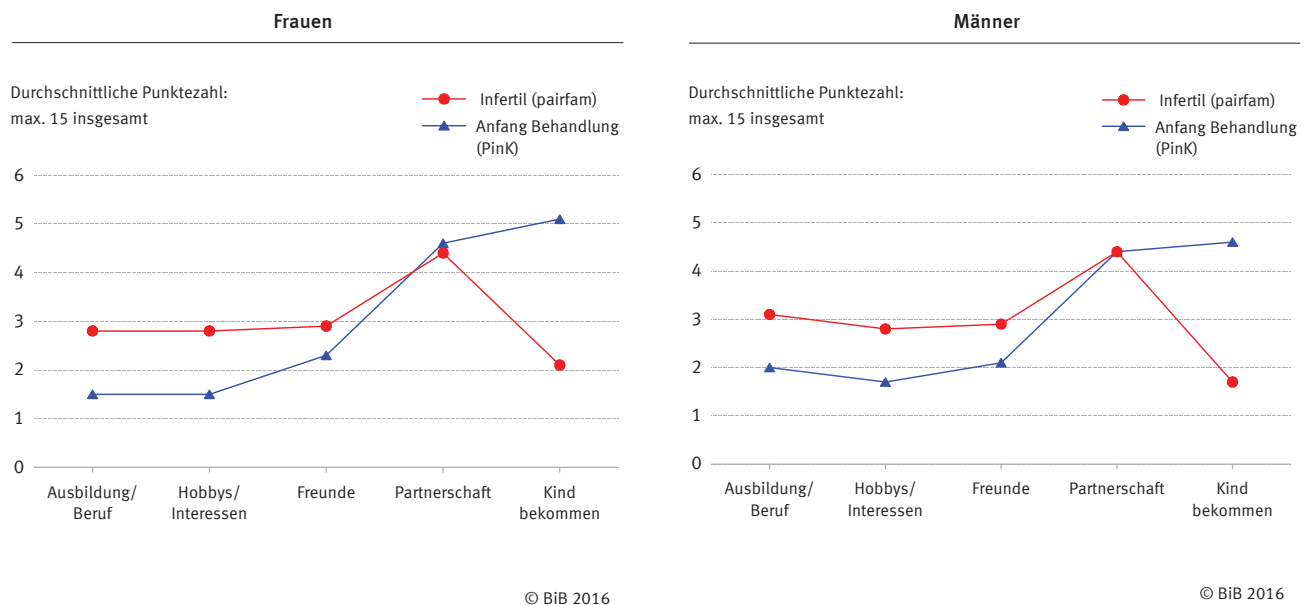
Wie weiter oben bereits festgestellt wurde, ist das Infertilitätsrisiko bei den Älteren höher als bei den Jüngeren. Das spiegelt sich in der Zusammensetzung der Population der von Infertilität Betroffenen wieder, welche bei den Frauen zu 60,5 % und bei den Männern zu 73 % aus 39- bis 41-Jährigen besteht. Überraschenderweise sind nun die Enddreißiger unter den Kinderwunschpatienten deutlich unterrepräsentiert. Maßgeblich könnten hier die Regelungen zur Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sein. Denn ein Teil der Frauen ist bereits über Vierzig und müsste die Behand-

lungskosten vollständig selbst tragen. Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass für die PinK-Studie Personen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung rekrutiert wurden. Möglicherweise befinden sich viele ältere Paare in Behandlung, jedoch in einem fortgeschrittenen Stadium und sind deshalb nicht Teil der PinK-Stichprobe.

Im Hinblick auf die Regelungen zur Kostenübernahme in der GKV ist auch die Betrachtung des Ehestatus aufschlussreich. Es wäre zu erwarten, dass sich verheiratete Paare häufiger in Kinderwunschbehandlung finden als unverheiratete Paare, denn letztere müssen die Behandlungskosten vollständig selbst tragen. Tatsächlich ist der Anteil verheirateter Frauen und Männer bei den Kinderwunschpatienten im Vergleich zu den Infertilen um 12,7 respektive 11,6 Prozentpunkte höher. Diese Differenz



Abb. 2: Infertile und Personen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung im Vergleich: Die Wichtigkeit von Lebenszielen bei Frauen und Männern



Quelle: Passet-Wittig et al. (2016: 85-86);

Daten: pairfam Welle 5 (2012/13), gewichtet; Basiserhebung der PinK-Studie (2012/13); eigene Berechnung.

fällt geringer aus, als zunächst erwartet. Allerdings ist unter den von Infertilität Betroffenen der Anteil Verheirater mit 72,5 % bei den Frauen und 70,1 % bei den Männern bereits relativ hoch. Diejenigen mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches unterscheiden sich hier nicht von der Allgemeinbevölkerung: Im Jahr 2010 erfolgten 73 % aller Geburten westdeutscher Frauen in Ehen (BiB 2012).

Der durchschnittliche sozioökonomische Status variiert zwischen den Infertilen und denjenigen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung nur geringfügig: Die Kinderwunschpatienten sind etwas besser situiert als die Gesamtheit der von Infertilität Betroffenen. Deutlicher sind die Unterschiede dagegen beim Erwerbsstatus der Frauen. Der Anteil Vollzeit erwerbstätiger Frauen liegt bei denjenigen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung bei 76,9 % und ist damit um 24,7 Prozentpunkte höher als bei den infertilen Frauen. Es wurde geprüft, ob die hohe Teilzeitquote bei den infertilen Frauen auf den höheren Anteil von Müttern zurückzuführen ist. Dies ist jedoch nicht der Fall, denn auch die kinderlosen Frauen in Kinderwunschbehandlung arbeiten häufiger Vollzeit (nicht gezeigt). Männer arbeiten in beiden Gruppen fast ausschließlich Vollzeit. Es ist vorstellbar, dass Doppelverdienerpaare möglicherweise eher in der Lage sind,

die potenziell kostspielige Behandlung zu finanzieren, als Paare in denen die Frau in Teilzeit arbeitet.

Auch motivationale Faktoren und Einstellungen spielen im Zusammenhang mit der Entscheidung für die Nutzung medizinischer Hilfe eine wichtige Rolle (White et al. 2006). Darauf deutet auch der Vergleich der Lebenszielprofile der von Infertilität Betroffenen und der Kinderwunschpatienten hin. Für die Lebenszielfrage konnten maximal 15 Punkte auf 5 Lebensziele entsprechend der aktuellen Wichtigkeit verteilt werden. In Abbildung 2 ist die durchschnittliche Punktezahl für jedes Lebensziel abgetragen. Die Profile von Frauen und Männern unterscheiden sich de facto nicht. Für diejenigen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung steht das Lebensziel, ein Kind zu bekommen, an erster Stelle. Sie vergeben darauf im Mittel etwa 5 von 15 Punkten. In der Gruppe der von Infertilität Betroffenen rangiert das Ziel dagegen mit durchschnittlich etwa 2 Punkten an letzter Stelle in der Zielhierarchie. Diese Konstellation ist, wie andere Auswertungen dieser Frage anhand der pairfam-Daten zeigen, typisch. Denn das Lebensziel Elternschaft oder Familienerweiterung wird erst dann virulent, wenn der Kinderwunsch sehr konkret ist (Passet 2011). Es erscheint plausibel, dass die starke Fokussierung auf den Kinderwunsch bei der Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsme-



dizin maßgeblich ist. Es könnte aber auch durch die Entscheidung für eine Behandlung zu einer Verstärkung des Kinderwunsches kommen. Die Partnerschaft ist als einziges Ziel für beide Gruppen von gleich hoher Bedeutung. Dieses Lebensziel ist generell sehr wichtig, stellt doch eine funktionierende Beziehung für die Realisierung eines Kinderwunsches eine wichtige Voraussetzung dar.

Fazit

Anhand der pairfam-Daten wurde die aktuelle Verbreitung von Infertilität nicht nur für Frauen, wie es sonst üblich ist, sondern auch für Männer dargestellt. Über beide Altersgruppen hinweg sind 7,5 % der Frauen und 6,5 % der Männer betroffen. Es wurde festgestellt, dass Kinderlose zwar häufiger betroffen sind, aber eben nicht ausschließlich. An Mütter und Väter, die erfolglos versuchen ein weiteres Kind zu bekommen, um ihre angestrebte Familiengröße zu erreichen, wird im Kontext von Infertilität und Reproduktionsmedizin nur selten gedacht.

Die Gegenüberstellung von infertilen Personen und solchen am Anfang einer Kinderwunschbehandlung ist ein wichtiger Schritt hin zu einem umfassenderen Wissen über Muster sozialer Selektion in die Kinderwunschbehandlung. Die Befunde zu den sozioökonomischen Variablen können dahingehend interpretiert werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Nutzungsverhalten und Finanzierungsaspekten besteht. Eine Untersuchung zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform Anfang 2004 zeigt, dass durch die damit einhergegangene Reduzierung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenkasse, ein erheblicher Rückgang in den Behandlungszahlen verbunden war (Dietrich/Wevers 2010). Auch eine Befragung von Paaren, die sich nach dieser Reform gegen eine Kinderwunschbehandlung entschieden haben machte deutlich, dass dafür unter anderem die Kosten der Behandlung maßgeblich waren (Wilke et al. 2008: 152).

Für die Beratung und Betreuung von Paaren in Kinderwunschbehandlung ist die bei beiden Geschlechtern gleichermaßen ausgeprägte Fokussierung auf den Kinderwunsch wichtig. Die Prioritätensetzung ist ganz eindeutig: Lebensziele wie das Pflegen sozialer Kontakte werden hinter den Kinderwunsch stark zurückgestellt. Insbesondere die berufliche Entwicklung hat sonst bei Kinderlosen und Eltern verschiedener Altersgruppen eine

hohe Priorität (Passet 2011). Die Beziehung zum Partner stellt im Kontext der Kinderwunschbehandlung eine wichtige Ressource dar, aus der die Betroffenen schöpfen.

Ein Nachteil des Vergleichs der von Infertilität Betroffenen und der Frauen und Männer am Anfang einer Kinderwunschbehandlung anhand zweier Datensätze besteht darin, dass basierend auf einer solchen Analyse keine kausalen Schlüsse gezogen werden können. Bislang fehlen für Deutschland Daten, um die Betroffenheit von Infertilität und die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin anhand eines Datensatzes zu analysieren. Für die Zukunft wäre deshalb die Erhebung entsprechender Daten wünschenswert.

Literatur

- Beier, Henning. M. et al. 2012: Medizinische und biologische Aspekte der Fertilität. In: Stock, Günter et al. (Hrsg.): Zukunft mit Kindern. Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Frankfurt am Main: Campus-Verlag: 294–390.
- Boivin, Jacky et al. 2007: International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. In: *Human Reproduction* 22 (6): 1506–1512.
- Brüderl, Josef et al. 2014: pairfam Data Manual. Release 5.0. Universität München.
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) 2012: (Keine) Lust auf Kinder? – Geburtenentwicklung in Deutschland. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 2012: Sehnsucht nach einem Kind. Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin. Online: <http://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/kinderwunsch/sehnsucht-nach-einem-kind-moeglichkeiten-und-grenzen-der-medizin/>, 14.07.2016.
- Dietrich, Eva Susanne; Wevers, Wenke 2010: Effects of the Statutory Health Insurance Modernization Act on the supply and expenditure situation in cases of assisted reproductive technologies in Germany. In: *Fertility and Sterility* 93 (3): 1011–1013.
- DIR, Deutsches IVF Register 2015: Jahrbuch 2014. Online: <http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch-archiv.php>, 14.07.2016.



- Gust, Ulrike; Kücking, Monika 2015: Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Krankenversicherung – Voraussetzung und Finanzierung. In: Rupp, Marina; Mayer-Lewis, Birgit (Hrsg.): Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven. Opladen: Verlag Barbara Budrich: 89–105.
- Helfferich, Cornelia 2001: Frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). BZgA, Köln.
- Helfferich, Cornelia; Klindworth, Heike; Wunderlich, Holger 2004: Männer leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung – Basisbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Huinink, Johannes et al. 2010: Panel Analysis of Intimate Relationships Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam): Conceptual Framework and Design. In: Zeitschrift für Familienforschung 23: 77–101.
- Kupka, Markus S. et al. 2014: Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. In: Human Reproduction 29 (10): 2099–2113.
- Küppers-Chinnow, Marion; Karmaus, Wilfried 1997: Prävalenz von verminderter Fruchtbarkeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 57 (2): 89–95.
- Nauck, Bernhard et al. 2014: The German Family Panel (pairfam). GESIS Data Archive, Köln. ZA5678 Data file Version 5.0.0, doi:10.4232/pairfam.5678.5.0.0.
- Passet, Jasmin 2011: Kinderlosigkeit im Lebensverlauf. Wie wichtig ist das Lebensziel, Kinder zu bekommen, im Vergleich mit anderen Lebenszielen? In: Bevölkerungsforschung Aktuell 32 (3): 7–12.
- Passet-Wittig, Jasmin et al. 2014: The Pink Study - Methodology of the Baseline Survey of a Prospective Cohort Study of Couples undergoing Fertility Treatment. Federal Institute for Population Research. Wiesbaden (BiB Daten- und Methodenberichte, 1/2014). Online: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Daten_Methodenberichte/2014_1_pink_study.html?nn=4037006, 14.07.2016
- Passet-Wittig, Jasmin et al. 2016: Prävalenz von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (3): 80–90.
- Revermann, Christoph A.; Hüsing, Bärbel 2011: Fortpflanzungsmedizin. Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Berlin: edition sigma.
- Sartorius, Gideon A.; Nieschlag, Eberhard 2010: Paternal age and reproduction. In: Human Reproduction Update 16 (1): 65–79.
- Statistisches Bundesamt 2016: Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2014. Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html>, 14.07.2016
- White, Lynn et al. 2006: Infertility: Testing a helpseeking model. In: Social Science & Medicine 62 (4): 1031–1041.
- Wilke, Georg 2008: Kinderwunschbehandlung – Einfluss der Erstattungssituation auf die Behandlungsentscheidung der Patienten. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 13 (3): 149–153.
- Wischmann, Tewes 2012: Einführung Reproduktionsmedizin. Medizinische Grundlagen, Psychosomatik, psychosoziale Aspekte. München: Reinhardt.
- Zegers-Hochschild, Fernando et al. 2009: International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. In: Fertility and Sterility 92 (5): 1520–1524.