

Reproduktionsmedizin und Familiengründung - Potentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze in Deutschland

Kuhnt, Anne-Kristin; Depenbrock, Eva; Unkelbach, Sabrina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kuhnt, A.-K., Depenbrock, E., & Unkelbach, S. (2018). Reproduktionsmedizin und Familiengründung - Potentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze in Deutschland. *Zeitschrift für Familienforschung*, 30(2), 194-215. <https://doi.org/10.3224/zff.v30i2.04>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Anne-Kristin Kuhnt, Eva Depenbrock & Sabrina Unkelbach

Reproduktionsmedizin und Familiengründung – Potentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze in Deutschland

Reproductive medicine and family formation – Potentials of social science data sets in Germany

Zusammenfassung:

Trotz medialer Dauerpräsenz des Themas „Reproduktionsmedizin“ ist die Faktenlage für Deutschland noch defizitär. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich daher auf die Analysepotentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze hinsichtlich der Verbreitung von Wissen zu und der Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland. Zusätzlich werden Hintergrundinformationen zu gesellschaftlicher Akzeptanz und reproduktionsmedizinischer Infrastruktur in Deutschland präsentiert. Ergänzend dazu wird auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen reproduktionsmedizinischer Behandlungen in Deutschland eingegangen. Als Ergebnis der Potentialanalyse lässt sich festhalten, dass nur wenige sozialwissenschaftliche Studien explizit Fragen zur Nutzung von Reproduktionsmedizin beinhalten. Fragen zum Wissen über Reproduktionsmedizin sowie Einstellungsfragen zur potentiellen Nutzung sind deutlich weiter verbreitet. Als ursächlich für die Defizite im Wissen über die Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland zeigen sich die Hürden in der Datenerhebung, die mit dem sensiblen Forschungsfeld einhergehen.

Schlagworte: Reproduktionsmedizin, Assistierte Reproduktionstechniken, Datensatzpotentiale, Deutschland

Abstract:

Media is reporting on a regular basis about reproductive technologies in Germany, but the state of facts is adverse. Thus, this paper focuses on analysing potentials of social science data sets regarding the spread of knowledge about and the use of reproductive medicine in Germany. This overview is complemented by current legal and financial framework conditions that are important for Germany. As a central finding of this analysis of potentials, we state a lack of data sets that address explicit questions regarding the use of reproductive medicine. Questions about the knowledge about reproductive medicine and regarding the hypothetical use of it are more widespread. The cause of ascertained shortcomings regarding the use of reproductive technologies in Germany are the obstacles in terms of data collection with respect to such a sensitive research topic.

Key words: reproductive medicine, assisted reproductive technologies, analysing potentials of data sets, Germany

1. Einleitung

Trotz medialer Dauerpräsenz des Themenbereichs „Reproduktionsmedizin“ ist die Faktenlage für Deutschland, anders als in anderen Ländern wie bspw. den USA oder Großbritannien, noch als defizitär zu bezeichnen. Dies gilt sowohl für Forschungsergebnisse zur Verbreitung und Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland als auch für sozialstrukturell differenzierte Betrachtungen der Zielgruppe. Die Frage ist, ob dieser Umstand auf eine fehlende Datengrundlage zurückzuführen ist oder das Thema „Reproduktionsmedizin“ bisher ein blinder Fleck in der Forschungslandschaft war. Um diese Frage beantworten zu können, werden in diesem Beitrag sozialwissenschaftliche Datensätze mit regionalem Bezug zu Deutschland gesichtet und ihr Analysepotential in Bezug auf das Thema „Reproduktionsmedizin“ bewertet. Sollten Fragen zu diesem Themenkomplex in den Datensätzen grundsätzlich fehlen, geben die technischen und gesellschaftlichen Veränderungen Anlass für eine inhaltliche Erweiterung sozialwissenschaftlicher Datensätze um das Themenfeld „Reproduktionsmedizin“. Zum einen steigen die Zahlen zur Nutzung reproduktionsmedizinischer Behandlungen seit Jahren an (DIR 2016). Zum anderen lässt die seit Dekaden kontinuierliche Steigerung des Erstgeburtenalters von Frauen auf mittlerweile 30 Jahre (Destatis 2016) den Schluss zu, dass die Nutzungszahlen reproduktionsmedizinischer Behandlungen zukünftig weiter ansteigen werden, da mit zunehmendem Alter die Fekundität von Frauen wie Männern abnimmt (Levine et al. 2017). Dennoch fehlen bislang grundlegende Informationen über die Personen, die reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, fast vollständig in der deutschen Forschungslandschaft (Ausnahme z.B. Passet-Wittig 2017). Diese Informationen sind jedoch notwendig, um aus medizinischer Perspektive die Beratung und Aufklärung auf die tatsächliche Zielgruppe abstimmen zu können. Darüber hinaus stellen Informationen zu den Nutzer*innen eine Voraussetzung dar, um individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen der Nutzung von Reproduktionsmedizin abschätzen und ggf. politisch gegensteuern zu können, sollten Aspekte sozialer Ungleichheit offenbar werden. Diese wären bspw. dann gegeben, wenn die Kosten reproduktionsmedizinischer Behandlungen den Zugang regulieren und damit nur sozio-ökonomisch besser gestellte Personen in der Lage sind, sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Oder aber, wenn die Nutzung von Reproduktionsmedizin zu gesellschaftlicher Ausgrenzung führt, wenn diese gegenüber Dritten transparent gemacht wird.

Daher konzentriert sich dieser Beitrag explizit auf die Analysepotentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze hinsichtlich der Verbreitung von Wissen zu und der Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland. Damit stehen die Datensätze und die enthaltenen Frage- und Antwortmöglichkeiten im Zentrum dieser Arbeit. Datensätze mit regionalem Bezug zu anderen Ländern fließen nicht in diese Potentialanalyse ein. Gleichzeitig stellt dieser Beitrag keine Literatur-Review zum Thema „Reproduktionsmedizin in Deutschland“ dar, denn dies wurde bereits an anderer Stelle vorgenommen (siehe u.a. Bockenheimer-Lucius et al. 2008; Maio 2013; Passet-Wittig 2017).

Im Anschluss an diese Einleitung werden in Abschnitt 2 Hintergrundinformationen zur gesellschaftlichen Akzeptanz und zur reproduktionsmedizinischen Infrastruktur in Deutschland präsentiert. Im anschließenden Abschnitt 3 wird ein kurzer Überblick reproduktionsmedizinischer Verfahren und deren rechtliche Bewertung in Deutschland gege-

ben. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen reproduktionsmedizinischer Verfahren in Deutschland werden in Abschnitt 4 präsentiert. Abschnitt 5 konzentriert sich auf die Darstellung sozialwissenschaftlicher Datensätze, die einen Bezug zu Deutschland haben und Angaben zum Wissen über oder zur Nutzung von Reproduktionsmedizin beinhalten. Ziel dieses Abschnittes ist es, die Analysepotentiale der einzelnen Datensätze zu bewerten. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion der Potentiale und einer methodischen Reflexion möglicher Vorgehen zur Datenerhebung im Bereich Reproduktionsmedizin aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive (Abschnitt 6).

2. Hintergrundinformationen zu gesellschaftlicher Akzeptanz und reproduktionsmedizinischer Infrastruktur in Deutschland

Assistierte Reproduktionstechnologien (ART) sind mittlerweile zentraler Bestandteil der Debatte über sinkende Geburtenzahlen, Familienplanung und Familienpolitik in Deutschland, was auf ihre gesellschaftliche Akzeptanz hinweist. Zur gesellschaftlichen Akzeptanz trägt unter anderem der Umstand bei, dass die Freiheit zur Reproduktion als Menschenrecht verankert ist (United Nations 2014) und unfreiwillige Infertilität bzw. Sterilität von der WHO (2017) und dem Bundesgerichtshof (BGH) als Krankheit anerkannt wird.¹ Eine medizinische Behandlung organisch bedingter Sterilität bzw. Infertilität ist damit logische Konsequenz, um diesem Grundrecht auf Reproduktion zu entsprechen.² Dies schließt auch Mütter und Väter ein, die eine Familienerweiterung anstreben, aber von Infertilität betroffen sind. Gleiches gilt für gleichgeschlechtliche Paare und Singles, auch wenn die aktuelle Rechtslage und die Praxis der Kostenerstattung der meisten Krankenkassen in Deutschland erstmal etwas anderes vermuten lassen (ausführlich dazu Abschnitt 4).

Die Verleihung des Nobelpreises für Medizin im Jahr 2010 an Sir Robert Edwards für seine Beiträge zur Entwicklung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) dokumentiert einen weiteren Aspekt, der für eine gesellschaftliche Akzeptanz reproduktionsmedizinischer Behandlungen spricht (Steptoe/Edwards 1978). Diese Technologieentwicklung soll infertilen Personen bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches helfen und führte im Jahr 1978 zur Geburt von Louise Joy Brown in Großbritannien (Steptoe/Edwards 1978) und wenige Jahre später zur Geburt der ersten „Retortenbabys“ in der BRD im Jahr 1982 (Hoßmann/Sütterlin 2007: 23) und 1984 in der DDR (Revermann/Hüsing 2011: 48). Die Entwicklung reproduktionsmedizinischer Verfahren beschränkt sich jedoch nicht auf die Erfüllung des Kinderwunsches von gegengeschlechtlichen Paaren, auch wenn aufgrund der

1 Das BGH Urteil AZ IV ZR 58/97 vom 12.11.1997 gibt an, dass eine „organisch bedingte Sterilität [...] als regelwidriger Körperzustand, als Krankheit einzuordnen“ ist.

2 Aus medizinischer Perspektive können biologisch bedingte Fertilitätseinschränkungen auf Sterilität eines oder beider Partner (keine erfolgreiche Vereinigung von Samen- und Eizelle) oder Infertilität der Frau (Unfähigkeit ein Kind auszutragen) zurückzuführen sein. Häufig wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur zur Reproduktionsmedizin der Begriff „Infertilität“ synonym für beide Ursachen verwendet. Dieses Vorgehen wird für den vorliegenden Beitrag übernommen. Wenn es ausschließlich um die eine oder andere Fertilitätseinschränkung geht, wird dies im Text explizit benannt.

Rechtslage in Deutschland dieser Eindruck entstehen kann (siehe dazu Abschnitt 4). In anderen Ländern ist der Zugang zur Reproduktionsmedizin für gleichgeschlechtliche Paare deutlich weniger restriktiv, was aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen stärker Rechnung trägt als dies in Deutschland der Fall ist (siehe dazu u.a. Dethloff 2016). Ebenso sind Singles eine mögliche Zielgruppe reproduktionsmedizinischer Behandlungen.

Ein weiteres Indiz für die gesellschaftliche Akzeptanz ist die Ausrichtung der ersten Messe zu reproduktionsmedizinischen Behandlungsmethoden unter dem Titel „Kinderwunsch-Tage“³ im Februar 2017 in Deutschland. Solche Messen waren bisher eher in Ländern wie Großbritannien verbreitet, sind aber mit hohen Besucherzahlen auch in Deutschland auf gesellschaftliche Resonanz gestoßen. Das mediale Echo ist dabei durchaus kritisch ausgefallen, da viele internationale Anbieter auf der Messe vertreten waren. Das Problem ist, dass mit Standorten im Ausland andere rechtliche Regelungen einhergehen, welche Behandlungsmöglichkeiten erlauben (z.B. Transfer einer höheren Embryonenzahl), die in Deutschland untersagt sind, aber die Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung erhöhen können. Gleichwohl können sie mit höheren gesundheitlichen Risiken für die (werdende) Mutter einhergehen (z.B. Mehrlingsschwangerschaften). Die gesundheitlichen Risiken, die mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung einhergehen, sind grundsätzlich nicht zu unterschätzen (ausführlich dazu Revermann/Hüsing 2011). Als ein weiteres Indiz für die gesellschaftliche Relevanz und Akzeptanz von Reproduktionsmedizin ist die Ausweitung von Finanzierungshilfen auf Bundes- und Länderebene zu bewerten (BMFSFJ 2012, 2016a, 2016b), auch wenn der Zugang zu diesen Hilfen sehr voraussetzungsvoll ist (siehe dazu ausführlicher Abschnitt 4). Damit steht dieses Thema nun auch offiziell auf der politischen Agenda.

Deutschland verfügt mit 134 überwiegend privatwirtschaftlich betriebenen Kinderwunschzentren über eine relativ gute reproduktionsmedizinische Infrastruktur (DIR 2016; Stock et al. 2012). Dennoch kann bisher nicht genau ermittelt werden, wie viele Personen reproduktionsmedizinische Behandlungen in Anspruch nehmen. Grundlage zur Ermittlung des prozentualen Anteils nach reproduktionsmedizinischer Behandlung geborener Kinder an allen in Deutschland geborenen Kindern ist bisher das Deutsche In-vitro-Fertilisations-Register (DIR). Dieses basiert jedoch auf einer freiwilligen Erfassung von Angaben aus Kinderwunschzentren in Deutschland seit dem Jahr 1995. Eine verpflichtende Angabe aller Behandlungen (und deren Erfolg) besteht nicht. Damit unterscheidet sich das DIR grundlegend von anderen Ländern wie bspw. Dänemark, Frankreich oder den Niederlanden, wo eine Meldepflicht besteht (Deutscher Bundestag 2010). Die fehlende Meldepflicht bedeutet auch, dass Behandlungen, die im Ausland durchgeführt wurden, nicht im DIR verzeichnet sind. Alle bisherigen Angaben zum Anteil von Geburten nach reproduktionsmedizinischer Behandlung sind also Näherungswerte. Dies gilt auch für die Zahl von 20.880 Kindern, die laut DIR (DIR 2017: 41) im Jahr 2015 nach reproduktionsmedizinischen Behandlungen geboren wurden und entsprechend einen Anteil von 2,8%⁴ an allen Lebendgeburten des Jahres 2015 ausmachen. Ein Anteil, der im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ gering ausfällt (Ferraretti et al. 2013). Im Ausland

3 <http://www.kinderwunsch-tage.de/>

4 $(\text{Lebendgeburten nach IVF (20.880)} * 100) / \text{Lebendgeburten Deutschland (737.575)} = 2,831\%$

durchgeführte Behandlungen würden diesen Anteil sehr wahrscheinlich noch erhöhen (Trappe 2016: 347).

Ebenso unklar wie der tatsächliche Anteil der Kinder, die mit Hilfe von Reproduktionsmedizin in Deutschland geboren werden, ist der Personenkreis, der diese Hilfe in Anspruch nimmt. Sind es eher jüngere oder ältere Personen? Welche sozio-strukturellen Merkmale lassen sich bei ihnen differenzieren? Werden unterschiedliche Methoden entsprechend sozial-struktureller Unterschiede in Anspruch genommen? Nehmen bestimmte Personengruppen eher Behandlungen im Ausland in Anspruch als andere? Bei der Beantwortung dieser Fragen können sozialwissenschaftliche Daten behilflich sein, wenn Informationen zur Infertilität, der Nutzung von Reproduktionsmedizin und sozio-demographische wie sozio-strukturelle Informationen vorliegen. Aus medizinischer Perspektive informiert das DIR ausführlich über Behandlungszahlen und -verläufe. Allerdings beschränken sich die aus sozialwissenschaftlicher Perspektive besonders relevanten Informationen auf das Alter der Nutzer*innen.

3. Reproduktionsmedizinische Verfahren und deren rechtlicher Status in Deutschland

Reproduktionsmedizinische Verfahren lassen sich grundsätzlich in Kernverfahren und ergänzende Verfahren, die in der Regel nur in Verbindung mit den Hauptverfahren angewendet werden, unterteilen. Eizell-, Samen- und Embryonenspende sowie Leihmutter-schaft zählen nicht im engeren Sinne zu den Verfahren der assistierten Reproduktion, werden in Tabelle 1 aber trotzdem wegen ihrer rechtlichen Bewertung aufgenommen. Da bereits ausführliche, medizinische Darstellungen zu den reproduktionsmedizinischen Behandlungsmethoden in der Literatur existieren (ausführlich dazu u.a. Diedrich et al. 2013; Trappe 2016), beschränkt sich dieser Überblick auf den in Deutschland geltenden rechtlichen Status der einzelnen Verfahren. Die Informationen zu Gameten- wie Embryonenspende, den Kernverfahren, den ergänzenden Behandlungsmethoden und Leihmutter-schaft werden in Tabelle 1 mit dem rechtlichen Status (gestattet/verboten) zusammengeführt.

Alle Kernverfahren beziehen Gameten ein, die von den behandelten Personen oder Paaren selbst stammen. Eine Ausnahme stellen Gameten durch Fremdspende (Samenspende) dar, die in Deutschland gestattet ist. Diese muss aber entsprechend dokumentiert werden, da die Kinder von Samenspendern mittlerweile ein Anrecht auf Auskunft ihrer Herkunft haben (Frommel et al. 2010: 101). Eizellspende und Leihmutter-schaft sind in Deutschland verboten, da eine gespaltene Mutterschaft als Folge vermieden werden soll. Womöglich sind auch die höheren gesundheitlichen Risiken für Eizellspenderinnen und Leihmütter ein Aspekt dieser Restriktionen (Beier et al. 2017). Durch gesetzliche Lücken ist die Embryonenspende in Deutschland zwar nicht ausdrücklich gestattet, aber zumindest nicht verboten, wenn die Herbeiführung der befruchteten Eizellen nicht zum Zwecke der Weitergabe erfolgt ist. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das Gewebetransplantationsgesetz sehen hier lediglich unentgeltliche Spenden vor (ausführlich dazu Frommel 2013).

Tabelle 1: Reproduktionsmedizinische Verfahren und ihr rechtlicher Staus in Deutschland

Reproduktionsmedizinische Verfahren	Rechtlicher Status Deutschland
Gameten- und Embryonenspende	
Eizellspende	verboten
Samenspende	gestattet
Embryonenspende	gestattet ¹
Kernverfahren	
Klonen	verboten
Intrauterine Insemination (IUI)	gestattet
In-vitro-Fertilisation (IVF)	gestattet
Intra-zytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	gestattet
Kryokonservierung Gameten („Social Freezing“)	gestattet
Kryokonservierung Embryonen	verboten ²
Ergänzende Behandlungsmethoden	
Assisted Hatching (AH)	gestattet
Eizellverjüngung	verboten
Elective Single Embryo Transfer (eSet)	verboten
Präimplantationsdiagnostik (PID)	gestattet ³
Austragung durch eine dritte Person	
Leihmutterschaft	verboten

- 1 Die Embryonenspende ist durch eine Gesetzeslücke in Deutschland zumindest nicht verboten, wenn die Herbeiführung der befruchteten Eizellen nicht zum Zwecke der Weitergabe erfolgt ist.
- 2 Im Vorkernstadium gelten befruchtete Eizellen nicht als Embryonen und die Möglichkeit der Kryokonservierung ist gegeben.
- 3 Gestattet zum Ausschluss bestimmter Erbkrankheiten und Verhinderung von Fehl- und Todgeburten.

Von den Kernverfahren sind Intrauterine Insemination (IUI), In-vitro-Fertilisation (IVF), Intra-zytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die Kryokonservierung von Gameten rechtlich in Deutschland gestattet. Die Kryokonservierung von Embryonen ist nicht zugelassen. Allerdings gelten befruchtete Eizellen im Vorkernstadium nicht als Embryonen, was eine Kryokonservierung dieser ermöglicht.

Zu den ergänzenden Behandlungsmethoden zählen Assisted Hatching (AH), Eizellverjüngung, Elective Single Embryo Transfer (eSet) und die Präimplantationsdiagnostik (PID). Während Assisted Hatching (AH) gestattet ist, findet die Präimplantationsdiagnostik (PID) nur unter Auflagen und in einem engen rechtlichen Rahmen Anwendung (DRZE 2017). Der Elective Single Embryo Transfer (eSet) ist ein international anerkanntes Verfahren und wird in den meisten Ländern Europas angewendet (Ezugwu/Van der Burg 2015). Da in Deutschland das Embryonenschutzgesetz (ESchG) das Verwerfen überzähliger Embryonen verbietet, was eine Konsequenz der Selektion bei eSET wäre, findet das Verfahren in Deutschland keine Anwendung (Diedrich et al. 2013: 230). Ebenso wenig Anwendung findet das Verfahren der Eizellverjüngung (ovarian rejuvenation) (Gómez-Tatay et al. 2017), da hier die Folgen des Verfahrens wie Mutationsanfälligkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden können (Şahinol/Kuhnt, 2018).

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen stellen jedoch keine Option dar, wenn der unerfüllte Kinderwunsch auf die Unfähigkeit zum Austragen einer Schwangerschaft zurückzuführen ist. Hier wären Verfahren des Klonens, der Eizellspende oder eine Leihmut-

terschaft möglich, welche in Deutschland grundsätzlich nicht gestattet sind (Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 2010: 22).

4. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen für ART in Deutschland stellt das Embryonenschutzgesetz (ESchG) dar. Es wurde Mitte der 1980er Jahre vorbereitet, ist 1991 in Kraft getreten und liegt in der aktuellsten Version seit 2011 vor. Die Regelungen des ESchG dienen vor allem dem Schutz des Embryos, der Wahrung der Gesundheitsinteressen der Mutter sowie dem Schutz vor Missbrauch der Reproduktionstechnologie (Diedrich et al. 2008: 11). Das ESchG ist ein Verbotsgesetz, was bedeutet, dass alle Verfahren zulässig sind, die nicht explizit verboten werden (Revermann/Hüsing 2011: 204), wie sich am Beispiel der Samen- und Embryonenspende zeigt (siehe Abschnitt 3).

Neben dem ESchG ist das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) für die Verwendung von Reproduktionsmedizin relevant, da es Rechte von Mutter, Vater und Kind regelt. Gemäß BGB §1591 ist die rechtliche Mutter eines Kindes die Frau, die es geboren hat. Die Mutterschaft kann im Gegensatz zur Vaterschaft nicht angefochten werden. Als Vater eines Kindes gilt laut BGB §1592 der Mann, der entweder mit der Mutter des Kindes zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist oder der Mann, der die Vaterschaft anerkennt. Dies gilt auch für den Fall, dass reproduktionsmedizinische Hilfe bei der Zeugung des Kindes in Anspruch genommen wurde. Aus Kinderperspektive ist zudem relevant, dass jeder Mensch nach Grundgesetz (GG) Artikel 2 Absatz 1 das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit innehat. Dazu zählt auch die Kenntnis der eignen Herkunft und Abstammung. Im Falle einer Samenspende besteht lediglich ein Auskunftsanspruch gegenüber dem Reproduktionsmediziner über die Identität des biologischen Vaters. Dieser Auskunftsanspruch ist seit 2007 in §15 Transplantationsgesetz in Form einer Dokumentationspflicht von 30 Jahren für Gewebespenden (Samenzellen) geregelt.

Des Weiteren existieren Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer (BÄK).⁵ Diese regulieren, dass nur verheiratete Paare behandelt werden dürfen und unverheiratete Frauen lediglich unter der Voraussetzung, dass der Partner die Vaterschaft anerkennt. Ob eine Behandlung von unverheirateten Paaren stattfindet, liegt dabei eigentlich im Ermessen der Ärzt*innen (Passet-Wittig 2017: 49). Darüber hinaus sind homosexuelle Paare nach diesen Richtlinien von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ausgeschlossen. Allerdings haben die Richtlinien zur Durchführung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen nur Bestand, wenn die jeweilige Landesärztekammer diese übernommen hat. Gegenwärtig orientieren sich – bis auf Berlin und Bayern – alle Landesärztekammern an den Vorgaben der BÄK.

Hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen führt die Unübersichtlichkeit verbindlicher Gesetze und unverbindlicher Richtlinien zu Unsicherheiten sowohl bei den behandelnden Ärzt*innen als auch bei den potentiellen Nutzer*innen. Einzelne Bereiche der

5 Die Bundesärztekammer ist das Zentralorgan der ärztlichen Selbstverwaltung im Form einer Arbeitsgemeinschaft aller Landesärztekammern. Die Richtlinie trifft wesentlich die Regelungen der allgemeinen Zugangsbedingungen von Personengruppen zur Reproduktionsmedizin.

Reproduktionsmedizin sind noch immer unzureichend geregelt (z.B. anonyme Samenspende, Eizellspende, Embryonenspende). Zudem entsteht der Eindruck, dass die Gesetzeslage, inklusive dem ESchG, den aktuellen medizinischen Möglichkeiten nicht mehr gerecht wird (Passet-Wittig 2017; Trappe 2016; Wischmann 2012). Eine Novellierung der Gesetzeslage in Richtung eines umfassenden Fortpflanzungsmedizingesetzes wäre eine Möglichkeit auf den technischen Fortschritt zu reagieren und z.B. das Verfahren zur Verhinderung von Mehrlingsgeburten (eSET) einzubinden, welches sich bislang nicht mit dem ESchG vereinbaren lässt. Dabei geht es weniger darum, alle technischen Möglichkeiten zuzulassen als vielmehr um eine kritische Auseinandersetzung mit den (gesellschaftlichen) Folgen der Zulassung bestimmter Verfahren. Zudem muss die Konsequenz der Nicht-Zulassung verschiedener Methoden reflektiert werden, die ggf. dazu führen kann, dass Paare und Singles diese Methoden in ausländischen Kinderwunschzentren durchführen lassen (Buchholz 2017).

Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen zur Anwendung von Reproduktionsmedizin ist die Gesetzgebung auch für eine Regulierung der finanziellen Rahmenbedingungen bzw. Rückerstattung von Kosten durch die Krankenkassen relevant und stellt damit eine indirekte Regulierung des Zugangs zu reproduktionsmedizinischen Behandlungen dar. Infertilität wird bspw. von der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Krankheit anerkannt, jedoch nicht von der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (Rauprich 2008). Dies hat zur Folge, dass die GKV entstandene Kosten lediglich zu 50% erstattet und ein Selbstbehalt von 50% bei den Nutzer*innen verbleibt. Abhängig von der Versicherungskonstellation und bei welchem Partner die Infertilität zu verorten ist, kann es zu weiteren Hürden bei der Kostenübernahme kommen (Tinneberg 2012: 14). Und diese Kosten sind nicht unerheblich. So belaufen sich die Kosten für einen IVF-Zyklus auf 2.000€ bis 4.000€ und die einer ICSI-Behandlung auf 2.500€ bis 5.000€. Die Kryokonservierung von Eizellen umfasst einen Grundpreis von etwa 500€ und ist mit zusätzlichen, jährlichen Aufbewahrungskosten verbunden (Revermann/Hüsing 2011; Wischmann 2012). Da ein Behandlungserfolg selten nach dem ersten Behandlungszyklus einsetzt, muss davon ausgegangen werden, dass die Gesamtkosten deutlich höher liegen. Davon entfällt ein Großteil auf Medikamente wie Hormonpräparate, die der Frau zur Vorbereitung auf eine Empfängnis oder Eizellentnahme verabreicht werden (Wischmann 2012).

Bei diesen Größenordnungen wird für viele Nutzer*innen relevant, welche Kosten unter welchen Voraussetzungen erstattungsfähig sind. Das Sozialgesetzbuch (SGB V) reguliert in §27a, dass Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft für gesetzlich Versicherte nur übernommen werden, wenn diese (1) nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind und (2) eine hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht. Zudem werden (3) lediglich Kosten für verheiratete Paare übernommen, die (4) ausschließlich eigene Ei- und Samenzellen verwenden (homologes System). Behandlungen mit fremden Ei- und Samenzellen (heterologes System) werden nicht durch die Krankenkasse mitfinanziert. Nach §27a Absatz 3 haben Versicherte zudem nur einen Anspruch auf Ersatzleistungen, wenn sie (5) bestimmte Altersgrenzen nicht überschreiten: für Frauen liegt diese Grenze bei 40 Jahren und für Männer bei 50 Jahren. Wenn diese Voraussetzung erfüllt werden, sind die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, bis zu drei Behandlungszyklen zu 50% zu erstatten. Dabei werden jedoch nicht alle reproduktionsmedizinischen Verfahren refinanziert.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen orientieren sich grundsätzlich am Körperprinzip. D.h., dass die Versicherungsleistung nur in Kraft tritt, wenn die versicherte Person behandelt wird. Eine Behandlung des Partners wird nicht übernommen. Auch bei ungeklärter Ursache der Kinderlosigkeit tritt die GKV in Leistung (Gust/Kücking 2015). Allerdings besteht für die Versicherer die Möglichkeit, ihr Leistungsangebot im Rahmen der rechtlich erlaubten Verfahren auszuweiten. So können diese bspw. die Altersgrenzen aufheben, über die „Dreierregel“⁶ hinaus Versuche unterstützen, gleichgeschlechtliche Paare einschließen oder auch ihren Anteil der Kostenübernahme auf bis zu 100% zu erhöhen (Gust/Kücking 2015: 102).

Das SGB ist aber nur für gesetzlich Versicherte bindend. Die Leistungen der privaten Krankenkassen können beträchtlich variieren (Passet-Wittig 2017: 50). Da es keine verpflichtenden Gesetze zur Kinderwunschbehandlung in Deutschland gibt, legt jede Versicherung ihre eigenen Regularien fest. Dies bedeutet, dass es keine statusbezogenen Voraussetzungen zur Kostenübernahme gibt. Zum anderen wird aus Sicht der privaten Krankenkassen Infertilität sehr wohl als Krankheit angesehen. Dies hat zur Folge, dass die Kinderwunschbehandlung unter den allgemeinen Versicherungsschutz bei Krankheiten fallen und somit alle Kosten übernommen werden. Bleibt die Ursache der Kinderlosigkeit ungeklärt, so besteht keine Erstattungspflicht (Passet-Wittig 2017; Rauprich 2008).

Mit der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) über die Gewährung von Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen der assistieren Reproduktion, welche Anfang 2012 in Kraft getreten ist, unterstützt der Bund Kinderwunschbehandlungen von gesetzlich Versicherten mit zusätzlichen finanziellen Mitteln, auch wenn diese in der Summe eher gering ausfallen. Zu beachten ist, dass dies nur unter der Voraussetzung eines separaten Landesförderprogrammes erfolgt, welches mindestens 12,5% der Selbstkosten erstattet (BMFSFJ 2016a). Dies ist für gerade einmal sechs der 16 Bundesländer der Fall (Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen). Sind die Voraussetzungen für das Bundesförderprogramm erfüllt, beteiligt sich der Bund mit einem Anteil von 12,5% der Selbstkosten. Durch den Finanzierungszuschuss von Bund und Ländern sinkt der Selbstkostenanteil für Nutzer*innen (in Abhängigkeit ihres Wohnortes) damit auf 25%. Seit 2016 können auch unverheiratete Paare mit unerfülltem Kinderwunsch von diesem Förderprogramm profitieren (BMFSFJ 2016b).

Offen bleibt an dieser Stelle die Frage, warum weder Krankenkassen noch Bund 100% der Kosten für reproduktionsmedizinische Verfahren übernehmen und die (teilweise) Übernahme an zahlreiche Voraussetzungen geknüpft wird. Modellierungen von Ledger et al. (2006) zeigen auf, dass sich die öffentlichen Kosten einer IVF-Behandlung nach 33 Jahren durch Steuerzahlungen und Sozialabgaben amortisiert hätten. Bei Kindern, die ohne reproduktionsmedizinische Hilfe gezeugt wurden, ist dieser Punkt nach 31 Jahren erreicht. Die Differenz beträgt damit ökonomisch zu vernachlässigende zwei Jahre. Werding (2012) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass kurzfristige Mehrausgaben für IVF-Behandlungen auf lange Sicht durch fiskalische Nettoerträge mehr als ausgeglichen wer-

6 Hinter der „Dreierregel“ verbirgt sich der Fakt, dass maximal drei Eizellen pro Behandlungszyklus befruchtet werden dürfen. Diese müssen dann auch vollständig in den Uterus eingesetzt werden (Stock et al. 2012: 362).

den. Damit wäre die vollständige Finanzierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen durchaus eine sinnvolle familienpolitische Option (Tinneberg 2012: 17). Bis auf die Förderlinie zur Gewährung von Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion nutzt der Bund seine Gestaltungsmöglichkeiten kaum aus. Denkbar wäre hier die Ausschöpfung seiner Gesetzgebungskompetenz in Bezug auf das Embryonenschutzgesetz, das Familien- und Sozialrecht sowie das ärztliche Berufsrecht (siehe dazu Beier et al. 2017).

5. Potentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze zur Analyse der Nutzung von Reproduktionsmedizin

Bisherige Ergebnisse zur Nutzung von Reproduktionsmedizin und entsprechender Behandlungserfolge basieren auf Angaben des Deutschen IVF-Registers (DIR), welches jährlich seit 1995 erhoben wird und aktuell das Jahr 2015/16 dokumentiert. Damit stellt es die Ausgangsbasis des folgenden Vergleiches von Datensatzpotentialen dar. In der aktuellen Version des DIR werden Informationen zu 128 von insgesamt 134 Fertilitätszentren in Deutschland zusammengetragen (DIR 2017). Diese Informationen beinhalten Angaben zum Alter der behandelten Personen, zur Anzahl der transferierten Embryonen sowie zum Behandlungserfolg, die damit auch im Zeitverlauf betrachtet werden können. So lässt sich ermitteln, dass die Rate an Fehlgeburten im Zeitverlauf gesunken ist, die durchschnittliche Zahl übertragener Embryonen abgenommen hat und das Durchschnittsalter der behandelten Personen seit 1997 um etwa drei Jahre angestiegen ist (DIR 2017). Frauen, die reproduktionsmedizinische Hilfe in einem der IVF-Zentren, die an der Erhebung des DIR beteiligt sind, in Anspruch genommen haben, waren im Jahr 2016 durchschnittlich 35,5 Jahre alt. Männer waren mit durchschnittlich 38,7 Jahren etwas älter (DIR 2017: 39). Die einzelnen Methoden (ICSI, IVF), Schwangerschaftsraten und Schwangerschaftsverläufe werden im DIR ebenfalls nach Alter differenziert berichtet. Damit geben die Daten des DIR einen guten Überblick in Bezug auf die Altersverteilung der Nutzer*innen.

Zudem können die seit 1997 mit Hilfe von Reproduktionsmedizin geborenen Kinder mit insgesamt 254.698 Geburten ermittelt werden (DIR 2017: 41). Allerdings beschränken sich die Angaben des DIR auf Behandlungen mit den Verfahren IVF, ICSI und den Kryo-Verfahren. Dies bedeutet, dass nicht alle in Deutschland gestatteten Verfahren im DIR abgebildet werden (z.B. Insemination, siehe Tabelle 1). Fragen über die tatsächliche Anzahl nach reproduktionsmedizinischer Behandlung geborener Kinder können damit nicht angemessen beantwortet werden. Daher sollen im folgenden Abschnitt die Analysepotentiale vorhandener sozialwissenschaftlicher Datensätze in Bezug auf die Nutzung von und das Wissen über Reproduktionsmedizin aufgezeigt werden (siehe Tabelle 2). In unsere Analyse gehen insgesamt acht Datensätze bzw. Studien ein, die sich inhaltlich mindestens mit einer Frage zum Wissen über oder der Nutzung von Reproduktionsmedizin auseinandersetzen und einen regionalen Bezug zu Deutschland aufweisen. Es wird dabei sowohl auf die Stichprobengröße und Repräsentativität der Daten eingegangen, als auch differenziert betrachtet, ob es sich um Einstellungs-, Wissens- oder (spezifische) Nutzungsfragen handelt.

Tabelle 2: Reproduktionsmedizinische Analysepotentiale sozialwissenschaftlicher Datensätze in Deutschland

Datensatz	Jahr	N	♂	♀	Alter	Repräsentativität	Einstellungsfragen	Wissensfragen	Fragen zur Nutzung	Behandlungsmethoden
DIR	jährlich seit 1997	62.797	–	62.797	Ø ♂ 39 Ø ♀ 36	X	X	X	✓	✓ ¹
GGP Deutschland	2005 + 2008/09	10.017 3.227	4.606 1.407	5.411 1.820	18-79	✓	X	X	(✓)	✓ ²
Pairfam	jährlich seit 2008	12.400 (Welle 1)	6.027	6.373	Kohorten 1991-93 1981-83 1971-73	✓	X	X	✓	✓
Rauprich et al. (2012)	2008	1.590	143	1.383 ³	18-50	X ⁴	✓	✓	✓	✓
Stöbel-Richter et al. (2012)	2012	2.110	929	1.181	Ø 35,8	✓	✓	✓	✓	X
Wippermann (2014)	2012/13	7.785	k.A.	k.A.	20-50	✓ ⁵	✓	✓	X	✓
PinK	2012 + 2013/14	565 236	242 93	323 144	Ø ♂ 36,2 Ø ♀ 32,8	X	X	X	(✓) ⁶	(✓) ⁶
NeWiRe	2014-2015	1001	–	1001	♀ 18-50	✓	✓	✓	X	✓

1 Mit Beschränkung auf die Verfahren IVF, ICSI und die Kryo-Verfahren.

2 Konkrete Behandlungsmethoden werden in Welle 2 erfragt.

3 Die konkreten Teilnehmendenzahlen sind nur in Prozent ausgewiesen, wobei 4% der Teilnehmenden keine Angabe zum Geschlecht gemacht haben.

4 Das Sample der Patient*innen in reproduktionsmedizinischer Behandlung ist nicht repräsentativ, beim Vergleichssample der Allgemeinbevölkerung liegt Repräsentativität vor.

5 Das Sample ist repräsentativ für kinderlose Personen.

6 Hier geht es um vorgeschlagene Behandlungen der Kinderwunschkliniken und nicht explizit um die Inanspruchnahme bestimmter Methoden. In Welle 2 werden allerdings Behandlungserfahrungen erhoben.

Neben dem DIR gibt es einige sozialwissenschaftliche Erhebungen, die Informationen zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen erfragen. Zu diesen zählen die GGP-Stichprobe für Deutschland, das Beziehungs- und Familienpanel (pairfam) (Huinink et al. 2011), eine Umfragestudie zur Kinderwunschbehandlung von Rauprich et al. (2012), eine Studie zum Wissen über Reproduktionsmedizin (Stöbel-Richter et al. 2012), eine Milieustudie der Bundesregierung (Wippermann 2014), die PinK Studie (Passet-Wittig, Schuhrke, et al. 2016) sowie das NeWiRe-Projekt (Sonja Haug et al. 2017; Haug/Weber 2017).

Die Stichprobe des **Generation and Gender Programme (GGP) für Deutschland** stellt eine Repräsentativerhebung dar, die Fragen zu Kinderwünschen und Fertilität berücksichtigt. Die Grundgesamtheit repräsentieren Frauen und Männer im Alter zwischen

18 und 79 Jahren, die in Privathaushalten in Deutschland leben. Im Jahr 2005 wurde die Erstbefragung mit 10.017 Personen durchgeführt, im Jahr 2008/2009 folgte die Wiederholungsbefragung mit 3.226 Befragten. Die Vorteile des GGP bestehen grundsätzlich darin, dass auch sozio-demografische Aspekte wie Alter, Geschlecht und Bildung abgefragt werden sowie im Panelcharakter der Studie. Bei der Wiederholungsbefragung aus dem Jahr 2008/09 handelt es sich aktuell noch um die letzte Erhebung des GGP für Deutschland. Die zentrale Frage mit Bezug zur Reproduktionsmedizin lautet im GGP: „Haben Sie oder Ihr/e (Ehe-) Partner/in irgendwelche Maßnahmen ergriffen, um schwanger zu werden?“. In der ersten Welle des GGP konnte diese Frage lediglich mit ja/nein/weiß nicht/keine Angabe beantwortet werden. Insgesamt 229 Personen haben mit „ja“ auf diese Frage geantwortet, was 2,3% des gesamten Samples entspricht. Welche Maßnahmen konkret in Anspruch genommen wurden, bleibt jedoch unklar. In Welle 2 werden die Antwortkategorien ausdifferenziert und den Befragten eine Liste mit folgenden Maßnahmen vorgelegt: „medizinische Behandlung“, „Verfahren zur Ermittlung des Eisprungs“, „In-vitro-Fertilisation (IVF) oder Micro-Fertilisation (ICSI)“, „Operation“, „künstliche Befruchtung“, „andere medizinische Behandlung“ und „habe nichts (von der Karte) gemacht oder benutzt“ (www.ggp-i.org). Zudem ist im Interview keine Benennung von Maßnahmen möglich, die über die Angaben auf den vorgelegten Karten hinausgehen. Die detaillierte Frage nach den Behandlungsmethoden beantworten in Welle 2 nur noch 44 Personen (1,4% des Samples). Differenzierte sozialwissenschaftliche Analysen sind mit diesen Fallzahlen kaum möglich.

Das **Deutsche Beziehungs- und Familienentwicklungspanel (pairfam)**, welches seit 2008/09 jährlich erhoben wird, beinhaltet umfanglich Fragen zum Themenfeld „Fertilität“, (Huinink et al., 2011). In Bezug auf reproduktionsmedizinische Maßnahmen ist bei pairfam der Fragenkomplex „Sexualität und Verhütung“ relevant. Dabei werden sowohl das Bestehen einer Schwangerschaft, das Vorliegen von Unfruchtbarkeit sowie Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft im letzten Jahr bei den Frauen und Männern der Geburtskohorten 1991-93, 1981-83 und 1971-73 abgefragt. Hinsichtlich reproduktionsmedizinischer Behandlungen wird erhoben, ob die befragte Person oder ihre Partner*in in den vergangenen zwölf Monaten reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Als Antwortmöglichkeiten liegt eine Liste von Maßnahmen vor, welche die Einnahme von Medikamenten; Methoden, um den Zeitpunkt des Eisprungs festzuhalten; die IVF oder ICSI; eine Operation und die Intrauterine Insemination umfasst. Zusätzlich bestehen die Antwortmöglichkeiten „Andere Behandlung“ und „Nichts davon“. Die erste Welle des Panels umfasst mehr als 12.000 Befragte. Dennoch ist der Anteil an Personen, die angegeben haben, dass sie eine reproduktionsmedizinische Behandlung (IVF, Insemination, Operation, andere Verfahren) in Anspruch genommen haben sehr gering (N = 57, entspricht 0,5% des Samples), was vielleicht auch mit den relativ jungen Befragten dieses Panels oder mit der Filterführung zu den reproduktionsmedizinischen Verfahren zusammenhängen kann. Sinnvolle Analysen dazu, welche soziostrukturellen Merkmale Personen haben, die reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, sind mit den Daten von pairfam nicht möglich.

In der Studie von Rauprich, Berns und Vollmann (2012) wurden Patient*innen in reproduktionsmedizinischer Behandlung (N = 1.590), Experten (Reproduktionsmediziner, psychosoziale Berater, Medizinethiker, Sozialrechtler sowie Gesundheitspolitiker) und

die Allgemeinbevölkerung zu ihrem Wissen über sowie ihren Einstellungen zu Reproduktionsmedizin befragt. Dazu werden Fragen auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene zum Stellenwert von Kindern, zur Behandlungsbedürftigkeit von Unfruchtbarkeit, Finanzierungsgrundlagen sowie zur reproduktiven Freiheit und Ausbeutung formuliert. Darüber hinaus wird ein detaillierter Fragenkatalog an die Betroffenen zur Aufklärung, Beratung, Durchführung, Ergebnis, Aufwand und Belastung von Kinderwunschbehandlungen gerichtet, der auch Fragen zur psychischen Belastung, anfallenden Kosten und Behandlungen im Ausland beinhaltet. In dieser Studie werden zudem sozio-demografische Aspekte wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen und Religiosität erhoben, die eine sozialstrukturelle Einordnung der befragten Personen erlauben. So sind die Befragten im Schnitt 33 Jahre alt, überwiegend weiblich, eher hochgebildet und verfügen über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 2.000 und 3.999 € (Rauprich et al. 2012: 204f). Die Auswahl der Personen erfolgte über kooperierende IVF-Zentren, die zur Datengrundlage des DIR beitragen.⁷ Neben den 232 Personen, die über die Kinderwunschzentren akquiriert werden konnten, wurden 1.358 Personen als Patient*innen befragt, die über thematisch einschlägige Internetforen als Teilnehmer*innen der Studie gewonnen werden konnten (Rauprich et al. 2012: 126). Für beide Erhebungsmethoden ist von einer spezifischen Selektivität der Stichprobe auszugehen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Zum einen sei darauf verwiesen, dass der Zugang über einen Teil der IVF-Zentren die Grundgesamtheit von Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung nicht adäquat abbildet. Vorstellbar wäre, dass Personen, die in IVF-Kliniken in Behandlung sind, über spezifische Merkmale (höhere Bildung, höheres Einkommen (siehe Passet-Wittig et al. 2016 sowie Dietrich/Wevers 2010) verfügen und nur dann an Umfragen teilnehmen, wenn sie erfolgreich behandelt wurden. Zudem wird in der Literatur das Antwortverhalten der Befragten in Kliniken kritisch in Bezug auf soziale Erwünschtheit reflektiert (Greil 1997). Ferner ist den Spezialisierungen der jeweiligen Klinik Rechnung zu tragen, welche die Befragten zusätzlich selektieren. Zum anderen erscheint der Zugang über selektive Internetforen kritisch in Bezug auf die Zielgruppe der Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Der Zugang zu Internet ist noch immer regional sehr unterschiedlich, eine Auswahl technikaffiner Menschen ist genauso anzunehmen wie die Selektion höher gebildeter Personen (Decieux et al. 2015; Schnell 2012). Zudem sind nicht alle Online-Umfragen für mobile Endgeräte konzipiert, wie sie vor allem von Jüngeren benutzt werden. Darüber hinaus kann nicht sichergestellt werden, ob die Personen überhaupt in reproduktionsmedizinischer Behandlung sind. Zudem muss auch hier davon ausgegangen werden, dass insbesondere Personen an der Befragung teilnehmen, die erfolgreich behandelt wurden oder aber besondere Schwierigkeiten im Behandlungsprozess erfahren haben. Damit wird die Gruppe der Personen in reproduktionsmedizinischer Therapie nicht angemessen abgebildet und die Generalisierbarkeit der Befunde eingeschränkt.

Die repräsentative Studie „**What do you know about reproductive medicine? – Results of a German Representative Survey**“ von Stöbel-Richter et al. (2012) nimmt ebenfalls Bezug auf reproduktionsmedizinische Behandlungen. Im Vordergrund der Studie stehen jedoch Fragen zum Wissen der Befragten zu den Themen Fertilität und Repro-

7 Insgesamt zeigten sich 18 IVF-Zentren kooperationsbereit und verteilten die Fragebögen an ihre Patient*innen.

duktionsmedizin. Auch sozio-demografische Aspekte wie das Alter und die Bildung wurden dabei erhoben. Fragen in Bezug auf die tatsächliche Nutzung reproduktionsmedizinischer Behandlungen konnten die interviewten Frauen und Männer lediglich mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten. Von den 2.110 Befragten gaben 27 an, dass sie reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen haben, was einen relativ geringen Anteil von lediglich 1,3% aller Befragten ausmacht. Unklar ist zudem, welche Maßnahmen in Anspruch genommen wurden, und ob diese erfolgreich waren. Das eigentliche Potential des Datensatzes besteht somit in Einstellungs- und Wissensfragen rund um das Thema „Reproduktionsmedizin“.

Die Milieu-Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) trägt den Titel **„Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte und gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“** (Wippermann 2014). Befragt wurden hier 3.049 kinderlose Männer und Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Die Fragen zur gewollten und ungewollten Kinderlosigkeit in dieser einmaligen Erhebung aus den Jahren 2012/13 werden um Aspekte zur Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft von Kinderwunschbehandlungen erweitert. Der Fokus liegt dabei auf Zweifeln und Bedenken gegenüber Reproduktionsmedizin, normativen Altersgrenzen hinsichtlich der Nutzung, Beeinflussung der Partnerschaft durch die Nutzung von Reproduktionsmedizin und allgemeinen Erfahrungen mit Belastungen und Hilfen während der Kinderwunschbehandlung. Allerdings sind weder der Datensatz noch Fragebogeninstrumente für die wissenschaftliche Community zugänglich, sodass es nicht möglich ist, das tatsächliche Analysepotential zu bestimmen oder diesen Datensatz für weitere Analysen zu verwenden. Ein Überblick über die Inhalte sowie selektive Ergebnisse lassen sich bei Wippermann (2014) einsehen.

Eine weitere aktuelle Studie zum Themenbereich „Reproduktionsmedizin“ stellt die **Wiederholungsbefragung (2 Wellen) „Paare in Kinderwunschbehandlung (Pink)“** aus den Jahren 2013/14 dar (Passet-Wittig, Letzel et al. 2014; Passet-Wittig, Schuhrke, et al. 2016). Befragt wurden hier mit einem zeitlichen Abstand von rund einem Jahr sowohl heterosexuelle Paare (N = 236) als auch Einzelpersonen (N = 93) im Alter zwischen 22 und 62 Jahren, die sich zum Zeitpunkt der ersten Befragung in einem Kinderwunschzentrum in Rheinland-Pfalz oder Wiesbaden in Behandlung befanden (ausführlich dazu Passet-Wittig, Letzel, et al. 2014). Im Fokus dieser Erhebung steht der Weg von Paaren in das entsprechende Kinderwunschzentrum, also die Zeit vor dem ersten Besuch und damit auch vor der ersten Behandlung. Dementsprechend werden vor allem Fragen dazu gestellt, welche Hürden die Paare zu überwinden hatten. Darüber hinaus werden Informationen zur Diagnose, Kostenplänen und Behandlungsempfehlungen erhoben, die in Bezug auf verschiedene sozio-strukturelle Merkmale wie Bildungsstand und sozio-ökonomischen Status ausgewertet werden können. Zu diesen reproduktionsmedizinischen Nutzungsfragen zählt Folgende: „Welche Behandlung wurde Ihnen als Paar im aktuell besuchten Kinderwunschzentrum vorgeschlagen?“ Antwortmöglichkeiten werden den Befragten auf einer detaillierten Liste mit verschiedenen Verfahren vorgelegt: „Zyklusmonitoring“, „Hormonelle Stimulationstherapie“, „Intrauterine Insemination (IUI)“, „Fremdsperma-Insemination“, „In Vitro Fertilisation (IVF)“, „Intra-Cytoplasmatische-Sperma-Injektion (ICSI)“, „Blastozystentransfer“, „Spermengewinnung aus Nebenhoden oder Hoden (MESA und TE-SE)“, „Eizellspende“, „Kryokonservierung (Einfrieren) von Sper-

mien und Eizellen“, „Präimplantationsdiagnostik“, „Psychologische Unterstützung“ bzw. „Es wurde noch keine Behandlung vorgeschlagen“, „Weiß nicht“ oder die Nennung sonstiger Verfahren. Allerdings werden hier Behandlungsempfehlungen erfragt, was keinen Rückschluss auf tatsächlich durchgeführte Behandlungen und deren Erfolg zulässt. In Welle 2 dieses Survey werden dann auch Behandlungserfahrungen bei den Paaren erfragt (Passet-Wittig, Schuhrke, et al. 2016). Allerdings ist im Follow-up Survey die Fallzahl auf 93 Paare reduziert, was differenzierte Analysen erschwert. Neben den Einschränkungen, die mit dem Zugang über IVF-Kliniken einhergehen (siehe oben), besteht eine Stärke dieser Daten in der Paarperspektive. Es werden sowohl unverheiratete als auch verheiratete Paare berücksichtigt, was aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen gerecht wird. Eine Einschränkung stellt der Fokus auf heterosexuelle Paare dar.

Haug et al. (2015) knüpfen im Rahmen ihrer Studie **„Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin“ (NeWiRe)** an die Befragung von Stöbel-Richter et al. (2012) an (siehe oben). Im Rahmen des Projekts NeWiRe wurden mittels einer Telefonbefragung unter 1.001 Frauen im Alter zwischen 18 und 50 Jahren unter anderem Informationen zu den Themen Kinderwunsch und Fortpflanzungsmedizin gesammelt. Abgefragt wurden dabei die Anzahl leiblicher Kinder, das Vorhandensein eines Kinderwunsches, das Wissen und die Einstellung zur Fortpflanzungsmedizin sowie das in Betracht ziehen verschiedener reproduktionsmedizinischer Methoden. Der Unterschied zur Studie von z.B. Stöbel-Richter et al. (2012) besteht darin, dass die Abfrage der Handlungsoptionen im Falle eines unerfüllten Kinderwunsches bei dieser Befragung weiter ausdifferenziert wird. So werden Informationen zu Methoden der Hormonbehandlung, der Insemination, der künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers, der anonymen Samenspende, der Eizellspende, der Leihmutterschaft eruiert. Zusätzlich wurden die Möglichkeiten einer Adoption, der Aufnahme eines Pflegekindes und die Möglichkeit, sich mit der bestehenden Kinderlosigkeit abzufinden als Handlungsoptionen abgefragt. Darauf folgt abschließend die Frage, ob sich die Person schon einmal in fortpflanzungsmedizinischer Behandlung befunden habe. Wobei hier nur die Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ sowie die Möglichkeit der Verweigerung der Frage zur Verfügung stehen. Ein Vorteil dieser Daten besteht darin, dass nicht nur zwischen vorhandenem und nicht vorhandenem Migrationshintergrund der befragten Frauen differenziert werden kann, sondern vier Herkunftsgruppen unterschieden werden können (Ex-Sowjetunion, Polen, die Türkei und Ex-Jugoslawien). Dies wäre insbesondere für migrationsspezifische Fragestellungen relevant. Allerdings steht bei NeWiRe das Wissen über Reproduktionsmedizin im Zentrum und damit enthält dieser Datensatz keine Informationen darüber, welche Maßnahmen diejenigen Frauen, bei denen die Reproduktionsmedizin nach eigener Angabe Anwendung gefunden hat, konkret in Anspruch genommen wurden. Damit ist er für die Analyse von Fragestellungen zur Nutzung von Reproduktionsmedizin ungeeignet.

6. Fazit und methodische Reflexion

Der vorliegende Beitrag konnte aufzeigen, dass es bereits einige sozialwissenschaftliche Datensätze in Deutschland gibt, die sich mit dem Wissen über und der Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland auseinandersetzen. Ein Teil dieser Datensätze befasst sich nur am Rande mit Reproduktionsmedizin (GGP, pairfam), während der weitaus größere Anteil seinen Fokus explizit auf Informationen zu bzw. die Nutzung von Reproduktionsmedizin richtet (DIR, NeWiRe, PinK, Rauprich et al. 2012, Stöbel-Richter et al. 2012).

Im Vergleich zur Nutzung von Reproduktionsmedizin finden sich Angaben zum Wissen über und zur hypothetischen Nutzung von bzw. Einstellungen zu Reproduktionsmedizin deutlich häufiger, was durch entsprechende Publikationen dokumentiert wird (Haug et al. 2017; Rauprich et al. 2012; Stöbel-Richter et al. 2012). Gleiches gilt für das Themenfeld „Infertilität“, welches in sozialwissenschaftlichen Datensätzen umfassend erhoben wird (z.B. GGP, pairfam) und entsprechend gut beforscht ist (z.B. Passet-Wittig, Schneider, et al. 2016).

Die defizitäre Datenlage zur Reproduktionsmedizin, ihrer Nutzung und zugehöriger Hintergrundfaktoren erklärt damit auch bestehende Wissenslücken im Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wir wissen noch immer nicht genau, wer in Deutschland aus welchen Gründen, wie lange und mit welcher Erfolgsaussicht reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nimmt. Insbesondere ist unklar, welche sozialstrukturellen Merkmale die Personen aufweisen, die versuchen mit Unterstützung von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ein (weiteres) Kind zu bekommen. Unklar ist ebenfalls, wer aus welchen Gründen Behandlungen im Ausland in Anspruch nimmt und ob diese womöglich mehr Aussicht auf Erfolg haben (siehe ausführlich dazu Diel 2014). Defizite bestehen auch hinsichtlich des Wissens über die finanziellen und sozialen Kosten, die mit IVF-Behandlungen einhergehen, auch wenn Schätzungen von Experten dazu vorliegen (Rauprich et al. 2012). Dies bedeutet auch, dass wir bisher keine verlässlichen Informationen darüber haben, ob die Nutzung von IVF mit sozialer Ungleichheit in verschiedenen Lebensbereichen einhergeht. Diese Informationen sind jedoch notwendig, um individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen abschätzen zu können.

Zusammenfassend repräsentiert das DIR aktuell die beste Datengrundlage, um Fragen zur Nutzung von Reproduktionsmedizin zu beantworten. Trotz der Limitationen, finden sich in diesem noch immer die umfangreichsten Informationen zur Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland. Allerdings ohne die Berücksichtigung weniger invasiver Verfahren wie Insemination und die für die sozialwissenschaftliche Perspektive so zentrale Verknüpfung zu sozio-strukturellen Merkmalen. Sozialwissenschaftliche Datensätze stellen bisher eher eine Ergänzung zum DIR dar, da sie sich auf das Wissen über und Einstellungsfragen zu Reproduktionsmedizin oder deren hypothetischen Nutzung beziehen. Viele dieser Datensätze mit Informationen zu Einstellungen und Wissen über Reproduktionsmedizin sind repräsentativ für Gesamtdeutschland (siehe Tabelle 2). Dies ermöglicht erste Rückschlüsse darauf, welche gesellschaftliche Relevanz und Akzeptanz Reproduktionsmedizin in Deutschland innehat.

Die Datensätze, die detaillierte Informationen zur Nutzung von Reproduktionsmedizin erfragen, bieten einen guten Ansatz, um ableiten zu können, welche Informationen ei-

ne Erhebung mit Fokus auf die Zielgruppe der Nutzer*innen von Reproduktionsmedizin im Idealfall enthalten könnte. Aus methodischer Perspektive besteht die grundsätzliche Herausforderung darin, die Zielgruppe zu benennen und dann deren Mitglieder für Befragungszwecke zu identifizieren (Schütte/Schmies 2014). Die Bestimmung der Zielgruppe hängt auch im Forschungsfeld der Reproduktionsmedizin eng mit der zugrunde gelegten Forschungsfrage zusammen. So können infertile Personen mit Kinderwunsch (die nicht zwingend Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen und so auch als Referenzgruppe dienen können), Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung, Eltern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung oder aber auch die Kinder, die mit Hilfe von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen entstanden sind, die Zielgruppe darstellen. All diese Teilgruppen werden in repräsentativen Bevölkerungsumfragen bisher nicht angemessen abgebildet bzw. stellen für Auswertungen meist eine zu kleine Stichprobe dar (siehe Datenüberblick in Abschnitt 5). Damit einher geht eine fehlende Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse. Aufgrund der Sensitivität des Themenkomplexes, was auf alle oben genannten Zielgruppen zutrifft, ist zudem mit einem erschwerten Follow-up von Studienteilnehmer*innen zu rechnen, wie der Methodenbericht zum Follow-up der PinK Daten nahelegt (Passet-Wittig, Schuhrke, et al. 2016). Diese Panel-Daten wären jedoch Voraussetzung für die Ermittlung mittel- und langfristiger Konsequenzen der Nutzung von Reproduktionsmedizin und für die Klärung von Kausalitäten. Dies gilt unabhängig von den potentiellen Zielgruppen und unterstreicht die Bedeutung von Follow-up Samples für das Forschungsfeld der Reproduktionsmedizin aus sozialwissenschaftlicher Perspektive.

Bei der Auswahl der Zielgruppe kann zudem die Individualperspektive von Frauen oder Männern eingenommen werden, wobei letztere in der Vergangenheit eher unterrepräsentiert war. Das DIR fokussiert ebenfalls auf die Behandlungen von Frauen, auch wenn Paare die überwiegende Behandlungseinheit in Deutschland darstellen. Die Paarperspektive stellt eine weitere Betrachtungsdimension dar und kann nur mit Hilfe von sozialwissenschaftlichen Forschungsdesigns eingenommen werden. Dabei wird bisher bevorzugt die gegengeschlechtliche Paarperspektive beleuchtet (siehe u.a. Passet-Wittig 2017). Gleichgeschlechtliche Paare bilden in der Behandlungspraxis in Deutschland die Ausnahme und verlagern ihre reproduktionsmedizinische Therapie eher ins Ausland (Dethloff 2016; Müller-Götzmann 2009; Thorn 2010), was reproduktionsmedizinische Behandlungen damit zu einem grenzüberschreitenden Phänomen macht (Präg/Mills 2017).

Die methodischen Herausforderungen enden jedoch nicht mit der Auswahl der Zielgruppe. Entsprechend der Forschungsfrage muss die geeignete Erhebungsmethode gewählt werden. Aufgrund der Sensibilität der Fragen – insbesondere, wenn infertile Paare einen unerfüllten Kinderwunsch aufweisen und sich dazu aktuell in Behandlung befinden – müssen die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden abgewogen werden. Die folgenden Überlegungen zielen dabei beispielhaft auf die Erfassung von Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung ab und müssen auf die anderen Zielgruppen ggf. angepasst werden.

Der Zugang über IVF-Kliniken scheint auf den ersten Blick ein besonders gut geeignetes Mittel, um Personen zu erreichen, die über Erfahrungen mit Reproduktionsmedizin verfügen. Allerdings ist es so nicht möglich die Personen zu erreichen, die infertil sind, aber keine reproduktionsmedizinische Therapie in Anspruch nehmen. Damit fehlt eine

wichtige Vergleichsgruppe (Greil 1997), um zu erforschen, wer aus welchen Gründen Reproduktionsmedizin nutzt oder auch nicht. Beim Zugang über Kliniken muss zudem die Problematik des Convenience Sampling (Lohr 2010) berücksichtigt werden. Man greift dabei auf die Personen zurück, die gerade vor Ort, also in den Reproduktionskliniken, verfügbar sind. Die Auswahl ist entsprechend nicht repräsentativ und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Ein Großteil der infertilen Personen nimmt womöglich keines der hoch spezialisierten IVF-Verfahren in Anspruch, sondern nutzt hormonelle Behandlungen und Inseminationsverfahren, um sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Dies spricht dafür, die Definition von Reproduktionsmedizin eher weiter zu fassen, um ein angemessenes Abbild der Realität zu schaffen. Weiterhin gilt es den Leidensdruck infertiler Personen und Paare und deren Einfluss auf das Antwortverhalten zu berücksichtigen. Hier ist eine Verschiebung in Richtung sozialer Erwünschtheit anzunehmen und auch der Stress, der durch die Behandlung entsteht, kann das Antwortverhalten verzerren (ausführlich dazu Greil 1997).

Online-Befragungen wären eine mögliche Alternative, die gerade vor dem Hintergrund der Sensibilität des Themas zu erwägen ist (Stichwort Anonymität). Aber auch hier müssen Vor- und Nachteile abgewogen werden (siehe Dillman et al. 2014; Schnell 2012). Vor allem der von Rauprich et al. (2012) gewählte Zugang über Internetforen, in denen sich potentiell Betroffene austauschen, scheint von zu vielen Nachteilen geprägt zu sein (Selektivität u.a. in Bezug auf Internet-Zugang, Technikaffinität und Wahrnehmung der Befragung, siehe Abschnitt 5). Dies mündet in einer Gruppe von Befragten, welche Personen in reproduktionsmedizinischer Therapie nicht angemessen abbilden.

Um möglichst generalisierbare Befunde zu erhalten, wäre eine repräsentative Stichprobenziehung sinnvoll. Aufgrund der Nutzungszahlen ist zu befürchten, dass für verallgemeinerbare Ergebnisse dabei zu geringe Fallzahlen für die Nutzer*innen von Reproduktionsmedizin generiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn man nach den Behandlungsverfahren differenzierte Analysen vornehmen möchte. Methodisch könnte ein Oversampling der Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung in Erwägung gezogen werden. Allerdings ist für ein solches Vorgehen unklar, nach welchen Kriterien das Oversampling stattfinden sollte. Dazu weiß man bisher zu wenig über die soziostrukturellen Merkmale von Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung, auch wenn es erste Ergebnisse kleiner Stichproben dazu gibt (Dietrich/Wevers 2010; Passet-Wittig 2017).

Als ursächlich für die Defizite im Wissen über die Nutzung von Reproduktionsmedizin in Deutschland zeigen sich eher die Hürden in der Datenerhebung, die mit dem sensiblen Forschungsfeld einhergehen, als dass Reproduktionsmedizin als blinder Fleck in der sozialwissenschaftlichen Forschung bezeichnet werden kann. Diese Hürden gilt es vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen, die mit steigenden Nutzungszahlen einhergehen, zu überwinden. Eine detaillierte Betrachtung, nicht nur der Nutzung von Reproduktionsmedizin, ist aus verschiedenen Perspektiven heraus notwendig. So kann aus medizinischer Perspektive die Beratung und Aufklärung zu reproduktionsmedizinischen Behandlungen nur auf die tatsächliche Zielgruppe abgestimmt werden, wenn man mehr über diese weiß. Und aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist detailliertes Wissen über die Nutzung von Reproduktionsmedizin notwendig, um potentielle Konsequenzen der Nutzung für Individuum und Gesellschaft abzuschätzen und gesellschaftlich wie poli-

tisch angemessen einordnen zu können. Dabei können Ergebnisse aus anderen Ländern erste Hinweise geben. Allerdings ist die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den deutschen Kontext aufgrund rechtlicher und kultureller Besonderheiten eingeschränkt und unterstreicht die Notwendigkeit länderspezifischer Analysen.

Literaturverzeichnis

- Beier, H. M., Bujard, M., Diedrich, K., Dreier, K., Frister, H., Kentenich, H. & Zenner, H.-P. (2017). *Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland*. Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, (Diskussion Nr. 13).
www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2017_Diskussion_Fortpflanzungsmedizin.PDF [Stand: 2018-07-17].
- BMFSFJ (2012). *Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion*.
www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwwbund_29032012_4148730001.htm [Stand: 2018-07-17].
- BMFSFJ (2016a). *Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit*.
www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/hilfe-und-unterstuetzung-bei-ungewollter-kinderlosigkeit/76012 [Stand: 2018-07-17].
- BMFSFJ (2016b). *Unterstützung bei Kinderwunschbehandlungen auch für unverheiratete Paare*.
www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/unterstuetzung-bei-kinderwunschbehandlungen-auch-fuer-unverheiratete-paare/76008 [Stand: 2018-07-17].
- Bockenheimer-Lucius, G., Thorn, P., & Wendehorst, C. (2008). *Umwege zum eigenen Kind – Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Buchholz, T. (2017). Was treibt unsere Patienten ins Ausland? *Der Gynäkologe*, 50, S. 403-408.
 doi:10.1007/s00129-017-4074-7.
- Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (2010). *Brief Nr. 38*.
www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/tab-brief/TAB-Brief-038.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Decieux, J. P. P., Mergener, A., Sischka, P., & Neufang, K. (2015). Implementation of the forced answering option within online surveys: Do higher item response rates come at the expense of participation and answer quality? *Psihologija*, 48, 4, S. 311-326. doi:10.2298/PSI1504311D.
- Destatis (2016). *Durchschnittliches Alter der Mutter bei Geburt des Kindes 2014*.
www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html [Stand: 2018-07-17].
- Dethloff, N. (2016). *Gleichgeschlechtliche Paare und Familiengründung durch Reproduktionsmedizin*.
library.fes.de/pdf-files/dialog/12770.pdf [Stand: 2018-07-17]
- Deutscher Bundestag (2010). *Zur Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung. (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung*. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (Drucksache 17/3579).
dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/037/1703759.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Diedrich, K., Felberbaum, R., Griesinger, G., Hepp, H., Kreß, H., & Riedel, U. (2008). *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*. Berlin: Friedrich Ebert-Stiftung.
- Diedrich, K., Ludwig, M., & Griesinger, G. (2013). *Reproduktionsmedizin*. Berlin: Springer.
- Diel, A. (2014). *Leihmutterchaft und Reproduktionstourismus* (Vol. 11). Frankfurt am Main: Wolfgang Metzner Verlag.
- Dietrich, E. S., & Wevers, W. (2010). Effects of the Statutory Health Insurance Modernization Act on the supply and expenditure situation in cases of assisted reproductive technologies in Germany. *Fertility and sterility*, 93, 3, S. 1011-1013. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.07.1665.

- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). Web questionnaires and implementation. In: Dillman, D., Smyth, J. D. & Christian, L. M., *Internet, phone, mail and mixed-mode surveys: The tailored design method*. Hoboken: Wiley, S. 301-350.
- DIR (2016). Deutsches In-vitro-Fertilisationsregister: Jahrbuch 2015. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 13(5).
- DIR (2017). Deutsches In-vitro-Fertilisationsregister: Jahrbuch 2016. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 14(6).
- DRZE (2017). *Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Im Blickpunkt: Präimplantationsdiagnostik*.
www.drze.de/im-blickpunkt/pid/medizinisch-naturwissenschaftliche-aspekte [Stand: 2018-07-17].
- Ezugwu, E., & Van der Burg, S. (2015). Debating elective single embryo transfer after in vitro fertilization: a plea for a context sensitive approach. *Annals of medical and health sciences research*, 5, 1, S. 1-7. doi:10.4103/2141-9248.149761.
- Ferraretti, A. P., Goossens, V., Kupka, M., Bhattacharya, S., de Mouzon, J., Castilla, J. A. (2013). Assisted reproductive technology in Europe, 2009: Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 28, 9, S. 2318-2331. doi:10.1093/humrep/det278.
- Frommel, M. (2013). Die Neuregelung der Präimplantationsdiagnostik durch § 3a Embryonenschutzgesetz. *Juristenzeitung*, 68, 10, S. 488-495.
- Frommel, M., Taupitz, J., Ochsner, A., & Geithövel, F. (2010). Rechtslage der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 2010, 7, 2, S. 96-105.
- Gómez-Tatay, L., Hernández-Andreu, J. M., & Aznar, J. (2017). Mitochondrial modification techniques and ethical issues. *Journal of Clinical Medicine*, 6, 3, S. 25. doi:10.3390/jcm6030025.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 11, S. 1679-1704. doi:10.1016/S0277-9536(97)00102-0.
- Gust, U., & Kücking, M. (2015). Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Versicherung – Voraussetzung und Finanzierung. In Mayer-Lewis, B. & Rupp, M. (Hrsg.), *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven*. Opladen: Barbara Budrich: S. 89-105.
- Haug, S., Vernim, M., & Weber, K. (2015). Wissen über Fertilität und assistierte Reproduktion und Einstellung zur Reproduktionsmedizin in Deutschland und international. Stand der Forschung. *Arbeitspapier 1.03*.
www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/forschung_projekte/IST/newire/NeWiRe_1.03_Wissen_und_Einstellung_in_der_Bev%C3%B6lkerung.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Haug, S., Vernim, M., & Weber, K. (2017). Kinderwunsch und Kinderwunschbehandlung bei Frauen mit Migrationshintergrund. *profamilia Magazin 1*, 5.
- Haug, S., Vernim, M., & Weber, K. (2017). Wissen und Einstellungen zur Reproduktionsmedizin von Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 14, S. 7. doi:10.1055/s-0035-1563078.
- Haug, S., & Weber, K. (2017). *Familienplanung und Reproduktionsmedizin bei Frauen mit Migrationshintergrund*.
www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/templates/pdf/Studie_Fam.planung_u._Repro.med_b._Frauen_m._Migrationshintergrund.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Hoßmann, I., & Sütterlin, S. (2007). *Ungewollt kinderlos: was kann die moderne Reproduktionsmedizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?* Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Huinink, J., Brüderl, J., Nauck, B., Walper, S., Castiglioni, L., & Feldhaus, M. (2011). Panel analysis of intimate relationships and family dynamics (pairfam): Conceptual framework and design. *Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research*, 23, 1, S. 77-101.
- Ledger, W., Gallo, F., Hoorens, S., Ziebe, S., & Connolly, M. (2006). *Present discounted value of children born using IVF compared with naturally conceived children: A simplified UK calculation*. Paper presented at the 22nd Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Prague, 18-21 June 2006.

- Levine, H., Jørgensen, N., Martino-Andrade, A., Mendiola, J., Weksler-Derri, D., Mindlis, I. & Swan, S. H. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, S. 1-14. doi:10.1093/humupd/dmx022.
- Lohr, S. (2010). *Sampling - design and analysis*. Boston: Brooks/Cole.
- Maio, G., Eichinger, T., & Bozzaro, C. (2013). *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg: Verlag Karl Alber.
- Müller-Götzmann, C. (2009). *Artifizielle Reproduktion und gleichgeschlechtliche Elternschaft: eine arztrechtliche Untersuchung zur Zulässigkeit fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften*. Heidelberg: Springer-Verlag (Veröffentlichung des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Band 35).
- Passet-Wittig, J. (2017). *Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin. Eine sozialwissenschaftliche Analyse von Paaren in Kinderwunschbehandlung*. Opladen, Toronto & Berlin: Verlag Barbara Budrich (Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft, Band 49).
- Passet-Wittig, J., Letzel, S., Schneider, N. F., Schuhrke, B., Seufert, R., & Münster, E. (2014). *The PinK Study – Methodology of the baseline survey of a prospective cohort study of couples undergoing fertility treatment*. Wiesbaden: Federal Institute for Population Research (BiB Daten- und Methodenberichte 1/2014).
- Passet-Wittig, J., Schneider, N. F., Letzel, S., Schuhrke, B., Seufert, R., Zier, U., & Münster, E. (2016). Prävalenz von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 13, 3, S. 80-90.
- Passet-Wittig, J., Schuhrke, B., Herold, L., Letzel, S., Münster, E., Zier, U., & Schneider, N. F. (2016). *The PinK Study – Methodology of the follow-up survey of a prospective cohort study of couples undergoing fertility treatment*. Wiesbaden, Federal Institute for Population Research (BiB Daten- und Methodenberichte 4/2016).
- Präg, P., & Mills, M. (2017). Assisted reproductive technology in Europe. Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. In Kreyenfeld, M. & Konietzka, D. (Hrsg.), *Childlessness in Europe. Contexts, causes, and consequences*. Wiesbaden: Springer, S. 289-309.
- Rauprich, O. (2008). Sollen Kinderwunschbehandlungen von den Krankenkassen finanziert werden? Ethische und rechtliche Aspekte. In Bockenheimer-Lucius, G., Thorn, P. & Wendehorst, C. (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind*. Göttingen: Universitätsverlag, S. 31-48.
- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2012). Kinderwunschbehandlungen aus Sicht von Patienten, Experten und der Allgemeinbevölkerung – Ergebnisse einer Umfragestudie zur Finanzierung, Patientenaufklärung und Entscheidungsfindung in der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In Rauprich, O. & Vollmann, J. (Hrsg.), *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag: S. 121-214.
- Revermann, C., & Hüsing, B. (2011). *Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen*. Berlin edition sigma (Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Band 32).
- Şahinol, M., & Kuhnt, A.-K. (2018). Quo Vadis Fetura? Reproduktionstechnologien als Teil des Human Enhancement. Ein Ländervergleich zwischen Deutschland und der Türkei. In Göcke, B. & Meier-Hamidi, F. (Hrsg.), *Designobjekt Mensch. Die Agenda des Transhumanismus auf dem Prüfstand*. Freiburg: Herder, S. 429-460.
- Schnell, R. (2012). *Survey-Interviews*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schütte, M., & Schmies, T. (2014). Befragung von speziellen Populationen. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 799-809.
- Step toe, P. C., & Edwards, R. G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *The Lancet*, 312, 8085, S. 366.
- Stock, G., Bertram, H., Prskawetz, A., Holzgreve, W., Kohli, M., & Staudinger, U. M. (2012). *Zukunft mit Kindern: Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz* (Vol. 29). Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- Stöbel-Richter, Y., Geue, K., Borkenhagen, A., Braehler, E., & Weidner, K. (2012). What do you know about reproductive medicine? Results of a German representative survey. *PloS one*, 7, 12, e50113. doi:10.1371/journal.pone.0050113.
- Thorn, P. (2010). Geplant lesbische Familien. *Gynäkologische Endokrinologie*, 8, 1, S. 73-81. doi:10.1007/s10304-009-0348-z.
- Tinneberg, H.-R. (2012). Kostenerstattung für In-vitro-Fertilisation aus Sicht der klinischen Reproduktionsmedizin. In Rauprich, O. & Vollmann, J. (Hrsg.), *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag, S. 13-20.
- Trappe, H. (2016). Reproduktionsmedizin: Rechtliche Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Relevanz und ethische Implikationen. In Niephaus, Y., Kreyenfeld, M. & Sackmann, R. (Hrsg.), *Handbuch der Bevölkerungssoziologie*. Wiesbaden: Springer, S. 393-413.
- United Nations (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Werding, M. (2012). In-vitro-Fertilisation und die fiskalischen Erträge von Kindern. In Rauprich O. & Vollmann, J. (Hrsg.), *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag, S. 85-106.
- WHO (2017). *Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology*. www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/ [Stand: 2018-07-17].
- Wippermann, C. (2014). *Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte und gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten*. www.bmfsfj.de/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlose-frauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf [Stand: 2018-07-17].
- Wischmann, T. (2012). Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen – Ihre Relevanz für die Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen. In Rauprich, O. & Vollmann, J. (Hrsg.), *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag, S. 21-36.

Eingereicht am/Submitted on: 18.10.2017

Angenommen am/Accepted on: 17.07.2018

Anschriften der Autoren:

Dr. Anne-Kristin Kuhnt
Eva Depenbrock
Sabrina Unkelbach

Universität Duisburg-Essen
Fakultät für Gesellschaftswissenschaften
Institut für Soziologie
Lotharstr. 65
47057 Duisburg
Deutschland/Germany

E-Mail/Email: anne-kristin.kuhnt@uni-due.de
eva.depenbrock@stud.uni-due.de
sabrina.unkelbach@stud.uni-due.de