

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Sebastian Maack, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schiessl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch, Otto Strauß, Angela Rudzka und der Fraktion der AfD

Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist weltweit jeder Sechste dauerhaft oder zeitweise in seinem Leben von Unfruchtbarkeit (Infertilität) betroffen (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a22ced65-46b1-4482-bf85-058719fec649/content>, S. 11). Hoch- wie Niedrigeinkommensländer weisen vergleichbare Raten auf ([www.statnews.com/2023/04/03/infertility-global-statistics/#:~:text=1 Prozent20in%206 Prozent20people%20experience,income%20countries%20experience%20infertilit](http://www.statnews.com/2023/04/03/infertility-global-statistics/#:~:text=1%20Prozent%20in%206%20Prozent%20people%20experience,income%20countries%20experience%20infertilit)). Vermutlich dürften in Entwicklungsländern Infektionen (z. B. unbehandelte Geschlechtskrankheiten) eine größere Rolle spielen, während in westlichen Ländern u. a. ein ungesunder Lebenswandel (Rauchen, Adipositas, Stress) vermehrt zu Unfruchtbarkeit beiträgt (www.eshre.eu/Europe/Factsheets-and-infographics).

Von Unfruchtbarkeit wird gesprochen, wenn innerhalb einer Partnerschaft trotz regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs über ein Jahr hinweg – und ohne erkennbare organische Störungen der Partnerin oder des Partners – keine Schwangerschaft eintritt (<https://urologische-stiftung-gesundheit.de/ratgeber/infertilitaet/#>). Die Ursache der Unfruchtbarkeit liegt nach Studien zu 20 Prozent beim Mann, zu 30 Prozent bei der Frau, zu 40 Prozent bei beiden und bei 10 Prozent ist die Ursache nicht bekannt (www.science.lu/de/science-check/ziel-mir-keng-unfruchtbarkeit-ursachen-und-statistiken).

Der „Sozialbericht 2024“ gibt an, dass 20,9 Prozent der 35- bis 39-jährigen Frauen in Deutschland zumindest einmal in ihrem bisherigen Leben über zwölf Monate hinweg erfolglos den Versuch unternahmen, schwanger zu werden (www.bib.bund.de/Publikation/2024/pdf/Sozialbericht-2024-Ein-Datenreport-fuer-Deutschland-Kapitel-2.pdf?__blob=publicationFile&v=2, S. 85). Dies bedeutet nicht, dass den Frauen grundsätzlich die Schwangerschaft versagt geblieben ist, der hohe Prozentsatz untermauert nach Einschätzung der Fragesteller jedoch die oben angegebenen Zahlen der WHO und weist auf ein verbreitetes Problem hin.

Die Reproduktionsmedizin kann Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in zahlreichen Fällen helfen. In Österreich haben allein im Jahr 2022 6 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen. Die Wahrscheinlichkeit, diese zu nutzen, erreicht zwischen 35 und 39 Jahren ihren Höhepunkt (www.oif.ac.at/fileadmin/user_upload/k_ggp_austria/231123_ggp_kernDE__BF.pdf, S. 39).

Verschiedene reproduktionsmedizinische Verfahren und Technologien haben seit 1978 ermöglicht, dass bis 2024 zwischen 13 Millionen und 17 Millionen Kindern das Leben geschenkt wurde. Statistisch gesehen wird auf diese Weise mittlerweile alle 35 Sekunden irgendwo auf der Welt ein neues Leben ermöglicht (www.unsw.edu.au/newsroom/news/2025/07/total-ivf-births-soar-to-more-than-13-million). Die Zahl derartiger Geburten weist seit vielen Jahren eine stark steigende Tendenz auf (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028223000511?via%3Dihub; siehe auch www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/society-at-a-glance-asia-pacific-2025_e40bb2aa/24fa8f05-en.pdf, S. 21; www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/02_sozialbericht_24_bf_k1_0.pdf). Im neuesten vorliegenden Weltreport des „International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies“ von 2019 werden allein für dieses Jahr 865 914 Geburten angegeben (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40513636/>).

Die zehn Länder mit der höchsten Anzahl von Menschenleben, die die Reproduktionsmedizin ermöglicht hat, sind China, Japan, die Vereinigten Staaten, Russland, Spanien, Frankreich, Deutschland, Italien, Australien und Großbritannien (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028223000511?via%3Dihub).

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist eine der verbreitetsten Methoden der Reproduktionsmedizin. Die Chance, dass diese Anwendung zu einer Geburt führt, hat sich seit 1991 für Frauen unter 40 Jahren mehr als verdreifacht, wobei die Erfolgsaussichten für unter 35-Jährige signifikant höher sind als für Frauen von 35 bis 39. Die Chancen für Frauen im Alter von 40 bis 42 Jahren sind zwar deutlich gestiegen, weisen bei (lediglich) einer Anwendung aber nur eine Erfolgschance von rund 12 Prozent auf. Die Erfolgsaussichten für Frauen über 43 Jahre betragen bei (lediglich) einer Anwendung deutlich unter 5 Prozent und sind seit 1991 kaum angestiegen (www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2023-deutsch.pdf, S. 26; zur Erfolgsrate der Reproduktiven Medizin siehe auch <https://ifg-ivf.com/blog/ivf-success-rates-by-age-what-are-the-actual-odds-of-getting-pregnant.html>; www.morebirths.com/p/addressing-the-global-fertility-crisis, S. 103). Die Erfolgsrate einer ersten IVF-Behandlung bei einer unter 35-Jährigen ist rund zehnmal so hoch wie bei über 40-Jährigen (www.sartcorsonline.com/rptCSR_PublicMultiYear.aspx?ClinicPKID=0).

Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ist eine spezielle Form der IVF, bei der ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle injiziert wird. ICSI wurde Anfang der 1990er-Jahre entwickelt und ermöglicht, auch schwere Formen der männlichen Unfruchtbarkeit zu umgehen. In vielen Ländern hat ICSI die konventionelle IVF weitgehend ergänzt oder sogar verdrängt. Weltweit werden heute rund 55 bis 60 Prozent aller IVF-Zyklen mit ICSI durchgeführt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40239109/>).

Die Samenspende ist eine weitere Methode der Reproduktionsmedizin. Sie hilft Paaren mit männlicher Infertilität, ist statistisch aber bei Weitem nicht so relevant wie IVF bzw. ICSI (www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2023-trends-and-figures/#:~:text=In%202023%20Prozent2C%20Prozent2C900%20patients%20had,of%20all%20UK%20births).

Die Erfolgsaussichten der Reproduktionsmedizin haben sich unter einer Voraussetzung auch bei über 40-Jährigen seit 2011 sehr beträchtlich erhöht und sind mittlerweile von Frauen in ihren frühen 30er-Jahren nicht mehr signifikant zu unterscheiden (s. hierzu auch www.eshre.eu/Europe/Factsheets-and-infographics). Dies setzt jedoch i. d. R. eine Eizellspende voraus (<https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 12 f., siehe auch www.morebirths.com/p/addressing-the-global-fertility-crisis, S. 102). In Australien (wie auch in anderen Ländern) verwendet die Reproduktionsmedizin bei Frauen

über 45 Jahre zu 80 Prozent eine Eizellspende (nach: <https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 4).

Diese ist in Deutschland verboten, während sie in fast allen übrigen Ländern Europas legal ist. Es gibt Berichte, dass solche Verbote zu einem sogenannten Reproduktionstourismus führen: Tausende deutsche Paare sollen pro Jahr ins Ausland reisen (beispielsweise nach Spanien oder in die Tschechische Republik), um sich dort mit einer Eizellspende behandeln zu lassen (<https://eggandnest.com/de/blog/kinderwunsch/eizellspende-daten-fakten-studien-2025/#:~:text=Alles%20rund%20um%20die%20Eizellspende,um%20dort%20mittels%20gespendeten;www.zdfheute.de/politik/deutschland/eizellspende-legalisierung-fdp-union-ampel-100.html>).

In Australien ermöglicht die Reproduktionsmedizin derzeit zwischen 4 und 5 Prozent der Neugeborenen das Leben, bei den Kindern, deren Mütter zwischen 40 und 44 Jahren sind, beträgt dieser Wert fast 20 Prozent, und bei Müttern, die 45 oder älter sind, fast ein Drittel (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 831 f.; siehe hierzu auch <https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 19). In Deutschland wurden 2021 rund 6 Prozent der Kinder von Müttern im Alter 40+ geboren, verglichen mit nur 1,5 Prozent im Jahr 1990 (www.informationsportal-kinderwunsch.de/resource/blob/245798/2ff7a1df90d340146b256c8091bb4aa7/expertise-kuhntrappe-kompki-druckfahne-data.pdf#:~:text=etwa%20ein%20Viertel%20auf%20die,Zeitraum%20deutlich%20nach%20hinten%20verlagert). In Großbritannien kamen 2023 etwa 11 Prozent aller Kinder von Müttern zwischen 40 und 44 Jahren als Ergebnis einer Kinderwunschbehandlung zur Welt (www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2023-trends-and-figures/#:~:text=,DI).

Die Reproduktionsmedizin hilft also nicht zuletzt Frauen gegen Ende ihrer gebärfähigen Jahre. Bei Frauen dieser Altersstufe wird seit längerem ein deutlich wachsendes Bedürfnis festgestellt, einem Kind oder einem weiteren das Leben zu schenken. In Australien beispielsweise ist der Anteil der Frauen von 35 bis 39 und von 40 bis 44, die ein Kind oder ein weiteres Kind wünschen, von 2001 bis 2018 deutlich angestiegen (<https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 4).

Die Reproduktionsmedizin reduziert die Kinderlosigkeit, denn zwischen 60 und 70 Prozent der Kinder, die mit ihrer Hilfe das Licht der Welt erblicken, sind Erstgeburt (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 831).

Eine Kinderwunschbehandlung wird in vielen Ländern öffentlich gefördert, in deutlich unterschiedlichem Maße. Zudem weichen die Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, in den verschiedenen Staaten deutlich voneinander ab.

In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung 50 Prozent der anfallenden Kosten für bis zu drei IVF- oder ICSI-Behandlungen (§ 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Dies ist grundsätzlich auf verheiratete heterosexuelle Paare beschränkt. Die Frau muss hierbei zwischen 25 und 39 Jahren alt sein, der Mann zwischen 25 und 49. Einige Versicherer gehen freiwillig über den genannten Satz von 50 Prozent hinaus bzw. unterstützen auch unverheiratete Paare (www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/kuenstliche-befruchtung/?utm). Darüber hinaus bieten zwölf von 16 Bundesländern durch ein Bund-Länder-Programm, das am 1. April 2012 in Kraft getreten ist, eine weitere Unterstützung an (s. beispielsweise www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/finanzielle-foerderung/finanzielle-unterstuetzung).

Gleichwohl müssen erhebliche Kosten, meist mehrere tausend Euro und mitunter ein fünfstelliger Betrag, durch die Betroffenen selbst getragen werden. Die

Ausgaben für einen IVF-Zyklus betrugen 2021 zwischen 3 000 und 3 500 Euro. ICSI verursacht Kosten in Höhe von rund 5 000 Euro, für Medikamente u. a. fallen weitere Ausgaben in Höhe von 700 bis 1 600 Euro an (www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/02_sozialbericht_24_bf_kl_0.pdf; www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/10420/4553, S. 3 f.; www.bib.bund.de/Publikation/2025/pdf/The-wished-for-children-Do-mothers-carry-the-burden-while-fathers-reap-the-joy.pdf?__blob=publicationFile&v=1, S. 10).

Belgien, Frankreich, Griechenland und die Niederlande unterstützen bis zu sechs oder mehr Zyklen mit IVF bzw. ICSI (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 834). In Frankreich beispielsweise werden 100 Prozent der Kosten für Frauen bis zum 43. Geburtstag und für Männer bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres für beispielsweise vier IVF-Zyklen getragen (www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/assistance-medicale-la-procreation-amp/prise-en-charge-de-l-assistance-medicale-la-procreation-amp?utm=). Dänemark hat 2024 die Anzahl der IVF-Maßnahmen, die gänzlich öffentlich finanziert werden, für Frauen bis zum Alter von 40 Jahren von drei auf sechs erhöht, und darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, Maßnahmen auch für einen zweiten Kinderwunsch in Anspruch zu nehmen. Die Regierung hat zur Finanzierung dieser Verbesserungen zusätzliche Ausgaben von umgerechnet etwas über 20 Mio. Euro vorgesehen (www.progress.org.uk/denmark-expands-free-ivf-to-those-wanting-a-second-child/). In Japan beläuft sich der Eigenanteil auf rund 30 Prozent der Kosten. Für Frauen werden bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres sechs Zyklen also zu 70 Prozent öffentlich finanziert, für Frauen von 40 bis 42 Jahren drei Zyklen (www.oakclinic-group.com/en/funin/seido/?utm=).

In Europa befindet sich die Altersgrenze bei Frauen für die öffentliche Unterstützung einer Kinderwunschbehandlung zwischen 36 und 49 Jahren, für Männer wird meist keine Altersgrenze gesetzt (www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/10403/4600, S. 6). In Australien gibt es keine Altersgrenze für öffentlich geförderte Maßnahmen der Reproduktionsmedizin (<https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 3).

In Norwegen wurde das Höchstalter für Frauen 2020 auf 46 Jahre erhöht, die Selbstbeteiligung darf 35 Prozent des Monatseinkommens nicht überschreiten (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 834).

In Ungarn werden bis zu fünf Zyklen öffentlich getragen. Seit Mitte der 2000er-Jahre steht diese Möglichkeit auch alleinstehenden Frauen unter 45 Jahren offen (www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/10390/4489, S. 2, 4). Auch in Lettland können alleinstehende Frauen die öffentliche Förderung der Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, die Selbstbeteiligung liegt für Kinderwunschbehandlungen unter 100 Euro. Die durchschnittliche Wartezeit hierfür beträgt seit 2022 etwa einen Monat (www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/10403/4600, S. 5, 6, 8).

In Israel übernimmt das staatliche Gesundheitssystem nahezu unbegrenzt IVF- bzw. ICSI-Zyklen für jede Frau bis 45 Jahre, bis zwei lebendgeborenen Kindern das Leben geschenkt wurde (<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-01831-8#:~:text=funding%20policy%20of%20fertility%20treatment,a%20slim%20chance%20of%20live>). Für ein drittes und viertes Kind zahlen in Israel die Grundversicherer ebenfalls anteilig mit (ebd.). Diese weltweit einmalig großzügige Politik hat dazu geführt, dass israelische Frauen etwa fünfmal so viele IVF-Behandlungen pro Kopf erhalten wie der europäische Durchschnitt und zwölfmal so viele wie in den USA (<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-01831-8#:~:text=Footnote%201%20Percent%20treatments%20to%20any,some%20Israeli%20scholar%20to%20question>).

Israel ist das einzige Land, das In-Vitro-Behandlungen für alle Frauen unter 45 Jahren in Gänze bezahlt. Trotz der damit verbundenen Ausgaben steht diese Politik nicht in der Kritik (www.unfpa.org/publications/policy-responses-low-fertility-how-effective-are-they, S. 61; www.morebirths.com/p/understanding-high-israeli-fertility).

In Israel gibt es je 1 Million Einwohner rund viereinhalbmal so viele Kinderwunschbehandlungen wie in Deutschland (Berechnungen nach: [www.researchgate.net/publication/372044576_Global_IVF_Utilization_How_does_the_United_States_Compare#:~:text=](http://www.researchgate.net/publication/372044576_Global_IVF_Utilization_How_does_the_United_States_Compare#:~:text=,); www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/06/PD19_244_12411.html; www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2021-deutsch-1.pdf, S. 18; [www.researchgate.net/publication/372044576_Global_IVF_Utilization_How_does_the_United_States_Compare#:~:text=](http://www.researchgate.net/publication/372044576_Global_IVF_Utilization_How_does_the_United_States_Compare#:~:text=,)).

Nach den Angaben des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen erhöhte die Reproduktionsmedizin die Fertilität in Israel um 0,13 Kinder je Frau und in Deutschland um 0,03 (www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Policy_responses_low_fertility_UNFPA_WP_Final_corrections_7Feb2020_CLEAN.pdf, S. 63). Wenn Kinderwunschbehandlungen in Deutschland also vergleichbar verbreitet wären wie in Israel, würde dies rechnerisch zu einigen zehntausend zusätzlichen Geburten führen.

In einer anderen Studie wurde konstatiert, dass die vergleichsweise zurückhaltende Förderung einer Kinderwunschbehandlung in Großbritannien auf dänisches Niveau die Fertilität (TFR) um 0,04 erhöhen würde, also um rund 20 000 zusätzliche Geburten jährlich. Für Frankreich kommt eine andere Untersuchung zu einem ähnlichen Ergebnis (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17586831/>; <https://academic.oup.com/humrep/article/23/6/1312/588238?login=true>).

Es ist empirisch erwiesen, dass das Ausmaß der Förderung von Kinderwunschbehandlungen massive Auswirkungen auf ihre Inanspruchnahme hat, wie nach Ansicht der Fragesteller nicht nur das Beispiel Israel zeigt. So führte Deutschland 2004 eine 50-prozentige Eigenbeteiligung in der Reproduktionsmedizin ein, was fast zu einer Halbierung der entsprechenden Geburten von knapp 20 000 auf gut 10 000 führte (www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Policy_responses_low_fertility_UNFPA_WP_Final_corrections_7Feb2020_CLEAN.pdf, S. 62, 64). In der kanadischen Provinz Quebec soll nach einer Studie die öffentliche Finanzierung von Maßnahmen der Reproduktionsmedizin zwischen 2010 und 2025 zu 9 000 zusätzlichen Geburten geführt haben (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31016250/>).

Die Reproduktionsmedizin kann auch unter volkswirtschaftlichem Gesichtspunkt betrachtet werden. Eine Studie errechnete für Spanien, dass jeder Euro der öffentlichen Hand für Kinderwunschbehandlungen zu einem sehr erheblich höheren gesamtwirtschaftlichen Nutzen führt: fast 16 Euro im Falle der Praktizierung eines IVF-Zyklus und über 18 Euro für eine künstliche Insemination (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661816300016?via%3Dihub). Eine andere Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die öffentliche Finanzierung von fünf IVF-Zyklen für Frauen unter 42 Jahren unter volkswirtschaftlichem Aspekt sinnvoll sei, nicht jedoch für Frauen, die mindestens das 43. Lebensjahr erreicht haben (www.researchgate.net/publication/368921332_Does_in_vitro_fertilization_IVF_treatment_provide_good_value_for_money_A_cost-benefit_analysis).

Der volkswirtschaftliche Gesichtspunkt ist nur einer, der nach Ansicht der Fragesteller für das Ausmaß der öffentlichen Förderung Berücksichtigung finden sollte, er bedarf nach ihrer Ansicht zudem weiterer Studien.

Die bereits seit über 50 Jahren außerordentlich niedrigen Geburtenzahlen in Deutschland müssen nach Ansicht der Fragesteller als demografische Katastrophe bezeichnet werden. Die Fertilität von Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit belief sich 2024 auf 1,23 Kinder je Frau. Um die Bevölkerungszahl stabil zu halten, ist eine Geburtenrate von 2,1 erforderlich (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html).

Die Deutschen sehen eine deutlich höhere Kinderzahl für sich selbst als ideal an, als sie schließlich verwirklichen können. Dies machen Untersuchungen wiederholt unmissverständlich deutlich. Die entsprechende Lücke ist nach Angaben des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung seit 2011 sogar weiter angestiegen (www.bib.bund.de/Publikation/2025/pdf/Intended-ideal-and-actual-fertility-in-11-European-countries-Evidence-on-fertility-gaps-in-different-age-groups-from-the-Generations-and-Gender-Survey.pdf?__blob=publicationFile&v=2, S. 11 f., 18).

Die Reproduktionsmedizin hat in den vergangenen Jahren bereits Millionen Menschen das Leben ermöglicht und Millionen Paaren geholfen, ist (bisher) aber kein Allheilmittel gegen ungewollte Kinderlosigkeit. Die Verfügbarkeit von Reproduktionsmedizin könnte Paare darüber hinaus zum Aufschub ihres Kinderwunsches verleiten, wenn sie sich der Gefahren der deutlich sinkenden Fruchtbarkeit von Frauen ab etwa dem 30. Lebensjahr nicht bewusst sind. Auf der anderen Seite gibt es Indizien, dass Paare Hilfe durch Reproduktive Medizin früher in Anspruch nehmen (<https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 11 f.).

Bei etwa einem Drittel der Paare tritt auch nach drei IVF-Behandlungen in Deutschland keine Schwangerschaft ein, v. a., wenn die Frau sich dem Ende ihrer gebärfähigen Jahre nähert. Zudem sind die Behandlungen sowohl körperlich als auch seelisch häufig belastend (www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/02_sozialbericht_24_bf_k1_0.pdf). Mehrlingsgeburten beispielsweise, für die Mutter i. d. R. mit gesundheitlichen Gefahren verbunden, sind als Ergebnis der Reproduktionsmedizin seit den 1990er-Jahren zwar beträchtlich gesunken, aber nach wie vor signifikant verbreiteter als bei Schwangerschaften, die ohne Kinderwunschbehandlungen eintreten (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 839). Die Reproduktionsmedizin ist nach wie vor mit gesundheitlichen Risiken verbunden, wenngleich mit stark abnehmender Tendenz (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028223000511?via%3Dihub, S. 474).

Zudem gibt es durchaus Indizien, die – zumindest teilweise – auf eine Anwendung bzw. Förderung der Reproduktionsmedizin hinweisen, die ein sinnvolles Maß übersteigen. So tritt nach einer Studie bei rund 9 Prozent der Frauen, die auf eine Kinderwunschbehandlung warten, in dieser Zeit eine Schwangerschaft ein (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 838 f.). 24 Prozent der Mütter, die eine erste Geburt mithilfe der Reproduktivmedizin hatten, gaben danach einem zweiten Kind ohne diese Unterstützung das Leben (in der großen Mehrzahl mit dem gleichen Partner). Nach Ansicht der Fragesteller ist denkbar, dass reproduktive Maßnahmen in zahlreichen Fällen unnötig geplant bzw. durchgeführt wurden. Andererseits halten sie es auch für denkbar, dass die nahende bzw. durchgeführte Behandlung die Gründe der Unfruchtbarkeit beseitigt oder entscheidend gelindert hat. Falls dieses zutreffen sollte, läge die Bedeutung der Reproduktivmedizin sogar noch höher als sie beispielsweise im Deutschen IVF-Register angezeigt wird (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.70009>, S. 839 f.).

Nach Ansicht der Fragesteller gibt es ernsthafte Indizien, dass eine verstärkte Unterstützung der Reproduktionsmedizin die dramatische demografische Situa-

tion Deutschlands in einem zwar nicht entscheidenden, aber doch relevanten Maße entschärfen könnte. Diese Auffassung wird auch in anderen Ländern vertreten, wie beispielsweise Umfragen in Ungarn und Polen deutlich machen: Diejenigen, die sich über die niedrige Fertilität in ihren Heimatländern besorgt zeigen, unterstützen eine staatlich finanzierte Reproduktionsmedizin in einem überdurchschnittlichen Maße (www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/10390/4489, S. 13).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Einrichtungen führen nach Kenntnis der Bundesregierung mit welchem Personalbestand in Deutschland Forschungen durch, um die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin zu vergrößern sowie Risiken zu vermindern (bitte auch angeben, inwiefern sich seit 2010 Veränderungen ergeben haben)?
2. Werden die in Frage 1 erfragten Einrichtungen durch öffentliche Mittel des Bundes, bzw. nach Kenntnis der Bundesregierung durch die EU, internationaler Organisationen oder der Bundesländer gefördert (bitte die jeweiligen Summen für die Jahre aufgeschlüsselt seit 2010 angeben)?
3. Welche wissenschaftlichen Ergebnisse bzw. Verbesserungen in der Verfahrenstechnik hat es nach Kenntnis der Bundesregierung in den in Frage 1 erfragten Einrichtungen seit 2010 gegeben?
4. Ist der Bundesregierung ggf. bekannt, welche anderen Staaten die Forschung im Bereich der Reproduktionsmedizin öffentlich fördern (bitte ggf. die Länder und die Summen seit 2010 angeben)?
5. Teilt die Bundesregierung die in der Wissenschaft vertretene Auffassung, dass eine weitere Forschung und Verfahrensverbesserungen erfolgen müssen, um die Zahl der Lebendgeburten je Zyklus zu erhöhen, wenn ja, inwiefern sieht sie sich selbst bzw. öffentlich bzw. privat finanzierte Einrichtungen hier in der Verpflichtung (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028223000511, S. 475)?
6. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, wie die Fortschritte in der Reproduktionsmedizin in den vergangenen Jahren zu beurteilen sind bzw. wo sich Desiderata der Forschung bzw. Verbesserungen in der Verfahrenstechnik befinden, und wie lautet diese gegebenenfalls?
7. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse dazu vor, inwieweit und inwiefern die Künstliche Intelligenz (KI) bereits jetzt genutzt wird, um die Erfolgsaussichten der Reproduktionsmedizin zu erhöhen bzw. wie dies künftig erfolgen könnte, wenn ja, welche, und wenn nein, warum nicht (www.timesofisrael.com/israeli-embryo-selecting-system-to-boost-ivf-success-gets-european-green-light/)?
8. Erwägt die Bundesregierung ggf., die Altersgrenze für öffentlich geförderte Kinderwunschbehandlungen bzw. den Kreis der Anspruchsberechtigten nach dem Vorbild vieler anderer Länder zu erhöhen, wenn ja, wann und für welches Geschlecht auf welches Alter bzw. welche Personengruppe, und wenn nein, warum nicht?
9. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, dass sich tausende Deutsche zu einer Kinderwunschbehandlung ins Ausland begeben sollen, und wie lautet diese ggf. (<https://eggandnest.com/de/blog/kinderwunsch/eizellspende-daten-fakten-studien-2025/#:~:text=Alles%20rund%20um%20die%20Eizellspende,um%20dort%20mittels%20gespendeten>)?

10. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, ob, und wenn ja, inwiefern eine Kinderwunschbehandlung im Ausland mit größeren gesundheitlichen Gefahren verbunden sein könnte, als wenn die Behandlung in Deutschland stattfände?
11. Ist der Bundesregierung bekannt oder beabsichtigt sie, ggf. eine entsprechende Untersuchung in Auftrag zu geben, wie viele Kinderwunschbehandlungen aus welchen Gründen im Ausland durchgeführt werden und in welchen Ländern, wenn ja, mit welchem Ergebnis, und wenn nein, warum nicht?
12. Ist der Bundesregierung bekannt oder beabsichtigt sie, ggf. eine entsprechende Untersuchung in Auftrag zu geben, wie viele Kinderwunschbehandlungen und aus welchen Gründen von Bürgern aus welchen anderen Staaten in Deutschland durchgeführt werden, wenn ja, mit welchem Ergebnis, und wenn nein, warum nicht?
13. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse darüber vor, inwiefern Maßnahmen der Reproduktionsmedizin zu gravierenden psychischen Belastungen führen, wenn ja, um welche handelt es sich, und welche Maßnahmen unternimmt sie ggf.?
14. Liegen der Bundesregierung ggf. Kenntnisse darüber vor, inwiefern in anderen Staaten reagiert wird, um mögliche gravierende psychische Belastungen auszugleichen bzw. ihnen entgegenzuwirken, die durch Maßnahmen der Reproduktionsmedizin hervorgerufen wurden?
15. Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die Kosten eines IVF-Zyklus bzw. einer ICSI-Behandlung in Deutschland entwickelt haben, und wie lauten die entsprechenden Angaben (bitte, wenn möglich, für 2010, 2015, 2020 und 2025 angeben)?
16. Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die Kosten eines IVF-Zyklus bzw. einer ICSI-Behandlung in anderen Ländern entwickelt haben, und wie lauten die entsprechenden Angaben (bitte, wenn möglich, für Israel, Frankreich, Dänemark und Spanien für 2010, 2015, 2020 und 2025 angeben)?
17. Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die Wartezeit für eine IVF- bzw. ICSI-Behandlung in Deutschland entwickelt hat (bitte ggf. für 2010, 2015, 2020 und 2025 angeben)?
18. Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die Wartezeit für eine IVF- bzw. ICSI-Behandlung in anderen Ländern entwickelt hat (bitte, wenn möglich, für Israel, Frankreich, Dänemark und Spanien für 2010, 2015, 2020 und 2025 angeben)?
19. Welche Kosten verursacht nach Kenntnis der Bundesregierung die Bezuschussung der IVF- bzw. ICSI-Zyklen in Deutschland (bitte nach Möglichkeit für die Jahre seit 2010 aufschlüsseln)?
20. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse darüber vor, welche Kosten in anderen Ländern für die öffentliche Hand (Staat, Krankenversicherungen und ggf. andere) durch die Unterstützung der Reproduktionsmedizin entstehen, und wie lauten diese ggf. (bitte, wenn möglich, für Israel, Frankreich, Dänemark und Spanien für 2010, 2015, 2020 und 2025 angeben)?
21. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, ob bzw. inwiefern eine verstärkte öffentliche Finanzierung von Maßnahmen der Reproduktionsmedizin auch unter volkswirtschaftlichem Aspekt angebracht sein könnte, und wie lautet diese gegebenenfalls?

22. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, inwiefern es in Deutschland bzw. in anderen Staaten, in denen die Reproduktionsmedizin stärker öffentlich unterstützt wird, zu ihrer Überförderung gekommen sein könnte, und wenn ja, wie lautet diese?
23. Sieht die Bundesregierung ggf. bei der in den Fragen 21 und 22 angesprochenen Thematik weiteren Forschungsbedarf, wenn ja, wie beabsichtigt sie, darauf zu reagieren, und wenn nein, warum nicht?
24. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Infertilität in Deutschland bzw. weltweit in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen, wenn ja, aus welchen Gründen bzw. betrachtet sie diese Entwicklung ggf. als Herausforderung für die Politik, und wie handelt sie gegebenenfalls?
25. Ist der Bundesregierung die in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierte Metastudie bekannt, in der 223 Einzelstudien ausgewertet wurden, dass die Spermienzahl bei Männern, insbesondere in der westlichen Welt, in den letzten 50 Jahren um 50 Prozent je Milliliter zurückgegangen sei, in den letzten 20 Jahren doppelt so schnell wie in den 30 Jahren davor, und wenn ja, inwiefern teilt sie diese Auffassung gegebenenfalls?
26. Hält die Bundesregierung die Ergebnisse der in Frage 25 zitierten Metastudie für hinreichend belegt, wenn ja, zieht sie daraus ggf. Rückschlüsse für ihr politisches Handeln, wenn nein, warum nicht, und sieht sie ggf. Anlass für weitere Studien?
27. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, inwiefern die nach der Metastudie deutlich zurückgehende Spermienzahl zur Infertilität von Paaren wesentlich beitragen könnte, wenn ja, wie lautet diese, und wenn nein, warum nicht?
28. Wie schätzt die Bundesregierung ggf. die Chancen ein, dass sich die Zahl der Lebendgeburten je Zyklus zukünftig weiter erhöht, insbesondere für Frauen, die das 40. Lebensjahr überschritten haben, und welche Voraussetzungen müssten hierfür ihres Erachtens erfüllt sein?
29. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, inwiefern die Verfügbarkeit von Reproduktionsmedizin Paare zum Aufschub ihres Kinderwunsches verleiten könnte, wenn sich diese der Gefahren der deutlich sinkenden Fruchtbarkeit ab etwa dem 30. Lebensjahr nicht bewusst sind, wie die Fragesteller verschiedentlich gehört haben, wenn ja, wie lautet diese, und wenn nein, warum nicht?
30. Hat sich die Bundesregierung eine Haltung dazu erarbeitet, dass die Verfügbarkeit von Reproduktionsmedizin Paare dazu veranlasst, Unterstützung bei auftretender Infertilität früher in Anspruch zu nehmen, und wenn ja, wie lautet diese (<https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/17686/1/YSSP%20Report-Lazzari.pdf>, S. 11 f.)?
31. Ist der Bundesregierung der Inhalt einer Studie bekannt, die konstatiert, dass sich die Anzahl der Lebendgeburten pro Zyklus in den vergangenen zehn Jahren nicht erhöht habe, und wenn ja, wie schätzt sie ggf. diese Information ein (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028223000511, S. 475)?
32. Hat die Bundesregierung den Eindruck, dass die Bevölkerung hinreichend über die Tatsache informiert ist, dass die Fruchtbarkeit von Frauen ab etwa dem 30. Lebensjahr deutlich sinkt, und wenn nein, woran liegt diese nicht hinreichende Information nach ihrer Auffassung?

33. Betrachtet es die Bundesregierung als ihre Aufgabe, die Bevölkerung darüber zu informieren, dass die Fruchtbarkeit von Frauen ab etwa dem 30. Lebensjahr deutlich sinkt, wenn ja, wie kommt sie dieser nach, wie schätzt sie den Erfolg ihrer Bemühungen ein, und wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 13. November 2025

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

