https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/3366

Gen-ethischer Informationsdienst

Eine Hand wäscht die andere

Reproduktionsmedizin und Demorafie

AutorIn
Tiziana Ratcheva

Dass in der Bundesrepublik Kinderwünsche oft unerfüllt bleiben und wegen der Bevölkerungszusammensetzung politisch gegengesteuert werden muss, ist eine vertraute Argumentationsfigur. Auch die Reproduktionsmedizin macht sich diese demografiepolitische Programmatik zunutze.

Seit langem werden wir immer wieder an das vermeintliche demografische Problem erinnert: Deutschland hat zu wenig Kinder, die Nation altert und schrumpft. Bereits in den 1990er Jahren wurde die Zusammensetzung der Bevölkerung in der vereinten Bundesrepublik thematisiert, vor allem als Problem für die Rentenentwicklung. Seit Anfang der 2000er aber verschiebt sich die Semantik dieses Diskurses. Frauen sollen nun ihren Beitrag leisten unter dem Motto: Geburtenrate steigern, Fertilität erhöhen, Kinder als Humankapital fördern. Aufgabe der Familienpolitik sei es, die BRD familienfreundlicher zu machen.

Wesentlich bestimmt wird dieser Diskurs von bevölkerungswissenschaftlicher Forschung und Politikberatung. Think Tanks wie das *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung* (BIB), das *Max-Planck-Institut für demografische Forschung* (MPIDR) oder das private *Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung* (BI) betonen zwar immer wieder, dass die Entscheidung für oder gegen eine Familie Privatsache sei und durch politische Maßnahmen nicht beeinflusst werden könne. Zugleich stellen sie aber die Frage, warum „die Deutschen“ so wenig Kinder bekommen und suchen nach Ansatzpunkten, die Geburtenrate zu erhöhen und Deutschland zu „verjüngen“ - also eben doch nach Einflussnahme auf die Privatsache Familiengründung.

Zeitgemäßer Pronatalismus

Dabei setzen die meisten bevölkerungswissenschaftlichen Think Tanks voraus, dass ein Großteil der Deutschen Kinder *will*, die Rahmenbedingungen aber nur für wenige günstig genug seien. „Die im internationalen Vergleich sehr niedrige Geburtenrate in Deutschland“, so etwa das BI, erkläre sich „zu einem erheblichen Teil aus der hohen Zahl unerfüllter Kinderwünsche“.1

Die Annahme einer Diskrepanz zwischen tatsächlicher und gewünschter Kinderzahl - der so genannte *Fertility Gap* - steht im Zentrum heutiger bevölkerungspolitischer Programmatik. Bevölkerungswissenschaft und Demografieforschung können sich so von pronatalistischer staatlicher Einmischung abgrenzen, zugleich

aber nach Möglichkeiten suchen, Geburten zu fördern. Der Fertility Gap gilt zwar als extrem schwer zu messen, bietet aber als These die Möglichkeit, statt auf staatliche Eingriffe in die Familienplanung auf die Verwirklichung unerfüllter Kinderwünsche zu setzen.

Das BIB beispielsweise empfiehlt unter anderem, „die Arbeitswelt familienfreundlicher werden zu lassen“ und „das Vereinbaren von Familien- und Erwerbsleben zu erleichtern“, um Entscheidungen pro Nachwuchs zu ermöglichen.2 Andere sehen im Ausbau von Kindertagesstätten und Ganztagsschulen oder in Geldleistungen wie dem Elterngeld wichtige Maßnahmen; auch Erwägungen, wie familienfreundlichere Werte vermittelt werden könnten, sind Bestandteil dieser Programmatik.

Programmatische Allianzen

Ein Element in diesem Strauß von familienpolitischen Maßnahmen ist die Reproduktionsmedizin. Schließlich sollen die Assistierten Reproduktionstechnologien (ART) Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zu Kindern verhelfen. Während die Bevölkerungswissenschaft den unerfüllten Kinderwunsch vor allem mit sozialen Bedingungen erklärt, geht es in der Reproduktionsmedizin allerdings in erster Linie um die medizinische Behandlung individueller Konsument*innen.3

Dennoch hat die Lobby der Reproduktionsmedizin das Thema Demografie dankend aufgenommen, um damit Interessenspolitik zu betreiben. „Wir prangern die Veralterung der Gesellschaft an, dabei könnten wir 10.000 Babys mehr auf die Welt bringen“, so beispielsweise Jan Steffen-Krüssel, Vorstandsmitglied der *Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin*.4 Demografisch argumentiert wird insbesondere gegen die Einschränkung der Kassenleistungen für In-Vitro-Fertilisation (IVF) im Jahr 2004: In Anbetracht dessen, „wie groß der gesamtgesellschaftliche Nutzen dieser Entscheidung zum Kind ist“, würden diese Beschränkungen „völlig unverständlich erscheinen“.5

Auch Demograf*innen sprechen sich für mehr finanzielle Förderung der Reproduktionsmedizin aus. Die mangelnde Finanzierung sei ein Grund dafür, dass ART sich bisher nur geringfügig auf die Geburtenrate auswirkten: Seit den Sparmaßnahmen 2004 sei die Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen stark eingebrochen.6 In Dänemark mit seiner größeren Verfügbarkeit von ART, so die Argumentation, sei vor allem die IVF ein relevanter demografischer Faktor, der Anteil der so geborenen Kinder liege bei zirka vier Prozent der Geburtenrate.7

Nicht alle Bevölkerungswissenschaftler*innen lassen sich aber vor den Karren der Reproduktionsmedizinlobby spannen. Demografieexpert*innen und Mediziner*innen des Kooperationsprojektes „Zukunft mit Kindern“ etwa betonen, dass Lobbyarbeit von Seiten der Reproduktionsmedizin nicht zugelassen wurde. Sie sprechen sich gegen eine einseitige Fokussierung familienpolitischer Konzepte auf die Geburtenrate aus und verweisen auf die Grenzen der Reproduktionsmedizin: Mit steigendem Alter nehmen die Erfolgschancen der ART rapide ab, sie stellten somit keine Garantie für Nachwuchs dar. Die meisten Menschen würden ihren Kinderwunsch immer weiter nach hinten verschieben und sich zu sehr auf ART verlassen. Eine bessere reproduktive Lebenslaufplanung sei daher nötig.

Wessen Kinder?

Auch wenn ART als Teil einer Strategie gegen den demografischen Wandel umstritten bleiben: Reproduktionsmedizin ist Teil des demografischen und familienpolitischen Diskurses geworden. Verbunden sind damit konkrete Erfolge für Befürworter*innen von ART: Mittlerweile übernehmen die Krankenkassen bis zu 50 Prozent der Kosten von IVF- und ICSI-Behandlungen für Ehepaare. Schon 2009 schlug die damalige Familienministerin Ursula von der Leyen vor, Bund und Länder sollten sich die staatliche Bezuschussung von ART teilen, um sie langfristig bundesweit zu etablieren.8 Ihre Nachfolgerin Kristina Schröder setzte den Vorschlag 2012 um, sodass Bund und Länder sich gemeinsam mit bis zu 25 Prozent an

den nicht von den Krankenkassen getragenen Kosten beteiligen, beim vierten Behandlungszyklus gar mit bis zu 50 Prozent.9 Und die amtierende Familienministerin Manuela Schwesig ermöglichte 2016 Zuschüsse auch für *unverheiratete* Paare mit der Begründung: „Der Kinderwunsch von Eltern darf nicht am Geld scheitern.“ 10

So können nun zwar seit diesem Jahr auch Unverheiratete eine staatliche Bezuschussung von ART beantragen, jedoch nur bei einer „auf längere Zeit und Dauer angelegten Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau“.11 Zu Monogamie oder Heteronormativität alternative Beziehungsformen bleiben also außen vor.

Aber nicht nur bei der Bezuschussung von ART wird sichtbar, dass Ausschlüsse - entgegen der politischen Rhetorik - das demografisch angeleitete Projekt der Kinderwunscherfüllung kennzeichnen. Vom Elterngeld als zentraler familienpolitischer Maßnahme einer „bevölkerungsorientierten Familienpolitik“ etwa sind Hartz-IV-Empfänger*innen sowie Personen ohne sicheren Aufenthaltsstatus komplett ausgeschlossen. Es ist also kaum emanzipatorisches Potenzial zu erkennen in der Demografiepolitik.

- 1Vgl. Sabine Sütterlin, Iris Hoßmann: Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007, S. 18. In Veröffentlichungen der Think Tanks finden sich durchaus widersprüchliche Aussagen zu dieser Annahme; so schreibt beispielsweise das BIB in einer Studie, Kinderlosigkeit sei „zu einem großen Teil gewollt oder (bei den jüngeren Befragten) zumindest vorläufig gewollt“. Die Auswertung der Befragungen in derselben Studie kommt dann aber lediglich auf „weniger als ein Fünftel der Kinderlosen“, die das auch wollen. Vgl. Martin Bujard, Jürgen Dorbritz, Evelyn Grünheid et al.: (Keine) Lust auf Kinder? Geburtenentwicklung in Deutschland, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2012, S. 42 und S. 46.
- 2Ebd., S. 8.
- 3Biologische Unfruchtbarkeit von heterosexuellen Paaren wird seit 1967 durch die WHO als Krankheit definiert, wenn innerhalb eines Jahres unverhüteten Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eingetreten ist. Vgl. Heike Trappe: Reproduktionsmedizin. Rechtliche Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Relevanz und ethische Implikationen, in: Yasemin Niephaus, Michaela Kreyenfeld, Reinhold Sackmann (Hg.): Handbuch Bevölkerungssoziologie, Wiesbaden 2016, S. 395.
- 4Eva Maria Bachinger: Gebären um jeden Preis?, Zeit Online, 25.06.15, www.zeit.de oder www.kurzlink.de/gid237_i.
- 5Deutsches IVF-Register e.V.: Jahrbuch 2014, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 12. Jg., Sonderheft 2015, S. 7.
- 6Vgl. Trappe, a.a.O., S. 398.
- 7Vgl. Sütterlin/Hoßmann, a.a.O., S. 42.
- 8Dorothea Siems: Von der Leyen will künstliche Befruchtung erleichtern, Die Welt, 16.02.09, im Netz unter www.welt.de oder www.kurzlink.de/gid237_l.
- 9Vgl. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion, BMFSFJ, 29.03.12.
- 10Unterstützung bei Kinderwunschbehandlungen auch für unverheiratete Paare, BMFSFJ, 07.01.16, www.bmfsfj.de oder www.kurzlink.de/gid237_h.
- 11Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion, BMFSJ, 23.12.15, S. 2.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 237 vom September 2016
Seite 31 - 32