



Universität St.Gallen

Institut für Internationales Management
und Diversity Management

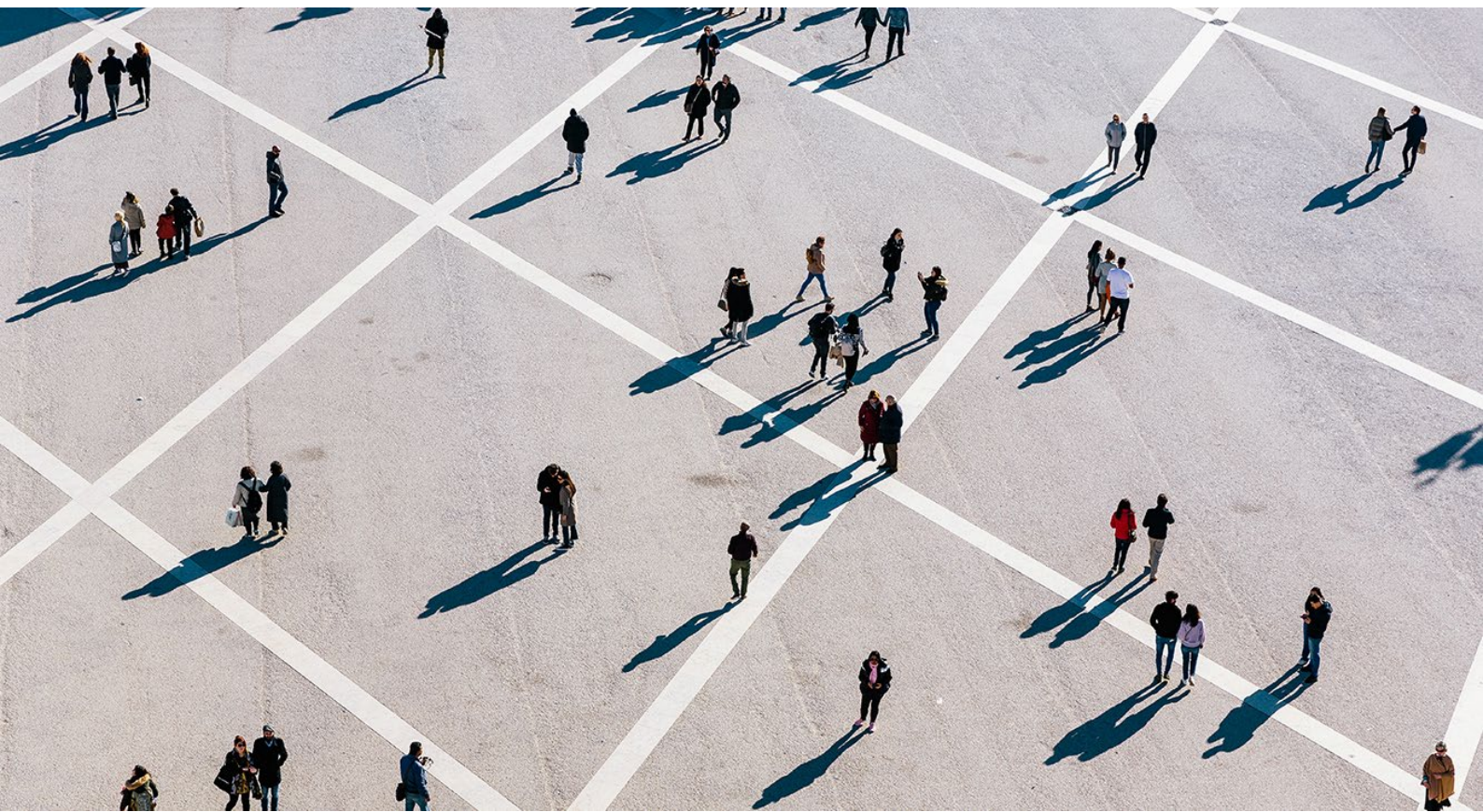
Hätte ich nur Bescheid gewusst: Familienplanung und Fertilität in der Schweiz

Autor:innen (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Anna Brzykcy, Dr. Nora Keller, Prof. Dr. Brigitte Leeners, Prof. Dr. Gudrun Sander

März 2025

Übersetzt aus dem Englischen



Inhaltsverzeichnis

1	Über dieses Whitepaper	1
2	Management-Summary	2
3	Warum das Thema relevant ist	3
4	Warum es Zeit zu handeln ist	5
4.1	Welche Folgen drohen, wenn wir nichts tun?	5
4.2	Notwendige Massnahmen für nachhaltigen Wandel	8
5	Gängige Mythen rund um (Un)Fruchtbarkeit	10
5.1	«Unfruchtbarkeit betrifft mich nicht!»	10
5.2	«In der Schweiz habe ich Zugang zur besten medizinischen Versorgung»	17
5.3	«Ich kann meine Fruchtbarkeit einfrieren, aber nicht meine Karriere»	22
5.4	«Wir bieten den Mitarbeitenden bereits die nötige Flexibilität»	27
5.5	«Unfruchtbarkeit ist etwas, worüber ich lieber nicht rede (am Arbeitsplatz)»	32
6	Was wäre, wenn ...?	37
	Literaturverzeichnis	38
	Anhang	43
	Datenbank	43
	Analytischer Ansatz	45

1 Über dieses Whitepaper

Dieses Whitepaper «Hätte ich nur Bescheid gewusst: Familienplanung und Fertilität in der Schweiz» ist das Ergebnis einer Kooperation zwischen dem *Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion (CCDI)* an der Universität St. Gallen und *Merck Schweiz*. Unsere Ziele sind folgende:

- a) die derzeitigen Hürden im Bereich von Fruchtbarkeitsbehandlungen und bei der Familienplanung in der Schweiz aus der Perspektive betroffener Personen, Arbeitgeber:innen und der Eidgenossenschaft zu verstehen,
- b) umsetzbare Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Im Folgenden betrachten wir neben der aktuellen rechtlichen Situation in der Schweiz vor allem die gängigen Einstellungen und kursierenden Mythen, welche die Entscheidungsfindung im Bereich Familienplanung und Fruchtbarkeitsbehandlungen beeinflussen.

Unser mehrdimensionaler Analyseansatz beinhaltete eine umfassende Literatur- und Politikrecherche, die Auswertung von Benchmarking-Daten der HSG sowie weiterer Sekundärdatenbanken (z. B. Daten des Bundesamts für Statistik) und die Ergebnisse halbstrukturierter Interviews mit Vertreter:innen der drei genannten Interessensgruppen.

Unser besonderer Dank gilt mehreren Fachexpert:innen, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben. Die Studie wurde geleitet und verfasst von Dr. Anna Brzykcy und Dr. Nora Keller, redigiert von Prof. Dr. Gudrun Sander und Prof. Dr. Brigitte Leeners.

2 Management-Summary

Die Schweiz verzeichnet aktuell die niedrigste Geburtenrate aller Zeiten: 1.3 Kinder pro Frau – das liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 1.46 Kindern. Eines von fünf Paaren in der Schweiz ist von Unfruchtbarkeit betroffen, d. h. bei einem Paar kommt es nach 12 Monaten regelmässigen, ungeschützten Geschlechtsverkehr zu keiner Schwangerschaft – Tendenz steigend. Zudem sind immer mehr Paare von sekundärer Unfruchtbarkeit betroffen, da sie erst im höheren Alter ein zweites Kind planen. Das durchschnittliche Alter für Familiengründung liegt mittlerweile bei über 31 Jahren, bei höher gebildeten Personen sogar noch später – was die altersbedingte Unfruchtbarkeit zusätzlich verschärft.

Obwohl dieses Thema eine zunehmende Zahl (junger) Erwachsener betrifft, geben 57% der 20- bis 26-Jährigen (Generation Z) und der 27- bis 37-Jährigen (Millennials) an, wenig bis gar nichts über Einflussfaktoren auf die eigene Fruchtbarkeit, fruchtbarkeitsbezogene Themen wie Menstruation oder Wechseljahre oder gängige Fruchtbarkeitsbehandlungen zu wissen. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass über Unfruchtbarkeit kaum gesprochen wird und viele Mythen und Fehllannahmen bestehen.

Nur wenigen ist bewusst, dass die Schweiz – ein Land, das oft als fortschrittliche und liberale Demokratie gilt – schlecht aufgestellt ist, um mit den Herausforderungen verspäteter Familienplanung und (Un-)Fruchtbarkeit umzugehen. Ein Hauptgrund ist einer der restriktivsten und diskriminierendsten Gesetzesrahmen Europas gepaart mit einem äusserst hohen Selbstkostenanteil für Behandlungen: Drei Zyklen einer In-vitro-Fertilisation (IVF), eine der häufigsten Behandlungen, können bis zu 55% des verfügbaren Jahreseinkommens eines Schweizer Haushalts kosten. Gleichzeitig mangelt es an fortschrittlichen familienpolitischen Massnahmen, was die Familiengründung zusätzlich erschwert.

In diesem Whitepaper identifizieren wir auf Basis vielfältiger Datenquellen gängige Fehllannahmen und Mythen rund um das Thema (Un-)Fruchtbarkeit in der Schweiz (z. B. «Unfruchtbarkeit betrifft mich nicht» oder «In der Schweiz habe ich Zugang zur besten medizinischen Versorgung») und analysieren die bestehenden Hürden in Bezug auf die Familiengründung und beim Zugang zu Fruchtbarkeitsbehandlungen. Daraus leiten wir Empfehlungen für Betroffene, Arbeitgeber:innen und für die Politik ab. All diese Akteure spielen eine zentrale Rolle, um die Bedingungen zu verbessern, und nur eine gute und koordinierte Zusammenarbeit aller kann echte Veränderungen bewirken. Gesetzesänderungen sind notwendig, aber sie setzen Aufklärung, Wissensvermittlung und Bewusstseinswandel voraus. In der direkten Demokratie der Schweiz spielen Einzelpersonen und zivilgesellschaftliche Gruppen eine massgebliche Rolle im politischen Prozess. Gleichzeitig stehen Arbeitgeber:innen angesichts des wachsenden Fachkräftemangels unter Druck, ihre Mitarbeitenden besser zu unterstützen. Kurz gesagt: Es braucht eine Allianz von Akteuren – möglicherweise sogar einen neuen sozialen Vertrag –, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit zunehmender Unfruchtbarkeit und Familienplanung gemeinsam anzugehen.

3 Warum das Thema relevant ist

Im Jahr 2024 verzeichnete die Schweiz die niedrigste Geburtenrate ihrer Geschichte: 1.3 Kinder pro Frau. Zum Vergleich: 1876 lag der Wert noch bei 4.4 Kindern pro Frau (BfS, 2024h). Während die Geburtenraten zwar europaweit sinken, liegt die Schweiz auch hinter dem EU-Durchschnitt von 1.46 Lebendgeburten pro Frau (BfS, 2024) zurück. Damit steht die Schweiz an einem Punkt, den eine grosse Schweizer Tageszeitung kürzlich als «Wendepunkt in der Menschheitsgeschichte» bezeichnete: dem Beginn des Zeitalters der «Entvölkerung» (Ferber, 2025).

Was bedeutet das konkret für das Leben der Menschen? Eines von sieben Paaren in der Schweiz kämpft mit Unfruchtbarkeit. 1'557'500 Personen in der Schweiz werden im Laufe ihres Lebens mit dem Thema Unfruchtbarkeit konfrontiert oder haben dies bereits erfahren (WHO, 2023). Noch erschreckender: Viele junge Menschen sind sich dessen nicht bewusst. 57% der Generation Z und der Millennials in der Schweiz wissen wenig bis gar nichts über mögliche Einflussfaktoren auf ihre Fruchtbarkeit (Switzerland Report, 2024).

Mit durchschnittlich über 31 Jahren zählen die Erstgebärenden in der Schweiz zu den ältesten in Europa. Dies ist unter anderem auf konservative gesellschaftliche Normen bezüglich Erwerbs- und Betreuungsarbeit zurückzuführen. Viele Frauen (und auch Männer) haben das Gefühl, ihre Berufstätigkeit und Karriere müsse zuerst «auf Kurs» gebracht werden, bevor eine Familiengründung in Betracht gezogen werden kann. Frauen tragen weiterhin den Hauptanteil an unbezahlter Betreuungsarbeit, während gleichzeitig wesentliche Karriereschritte im engen Zeitfenster zwischen 31 und 40 Jahren stattfinden. Teilzeitarbeit reduziert zudem die Aufstiegschancen drastisch. Staatliche Unterstützung wie bezahlbare Kinderbetreuung oder faire Elternzeitmodelle fehlen in der Schweiz weitgehend. All das führt dazu, dass die Familiengründung hinausgezögert oder ganz verworfen wird.

Das höhere Alter bei Kinderwunsch erklärt teilweise auch, warum immer mehr Menschen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Jährlich unterziehen sich 6000 bis 7000 Frauen in der Schweiz einer In-vitro-Fertilisation (IVF). Doch ausgerechnet im Bereich der medizinischen Lösungen sind Betroffene in der Schweiz deutlich benachteiligt: Die Schweiz gehört zu den Ländern mit den restriktivsten Regelungen beim Zugang zu Fruchtbarkeitsbehandlungen in Europa (European Atlas of Fertility Treatment Policies, 2024). Zudem ist die Schweiz das einzige Land in Westeuropa, in dem keine Kosten für IVF durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind. Viele Paare können sich die Behandlung daher nicht leisten oder müssen ins Ausland ausweichen. Für ein Land mit direkter Demokratie, biomedizinischer Spitzenforschung und einem hervorragenden Gesundheitssystem ist diese restriktive Haltung besonders stossend.

Kurz und knapp: Erklärung gängiger Fruchtbarkeitsbehandlungen:

Intrauterine Insemination (IUI): Das Wachstum der Follikel (Eibläschen) wird hormonell unterstützt. Kurz vor dem Eisprung wird das Sperma direkt in die Gebärmutter eingebracht.

In-vitro-Fertilisation (IVF): Auch hier wird das Wachstum der Eibläschen stimuliert. Nach Erreichen der optimalen Grösse wird der Eisprung ausgelöst und die Eizellen entnommen. Diese werden im Labor mit Spermien befruchtet. In der Regel wird ein Embryo (manchmal auch zwei) zwei bis fünf Tage später in die Gebärmutter transferiert. Eine Schwangerschaft entsteht, wenn sich ein Embryo in der Gebärmutterschleimhaut einnistet.

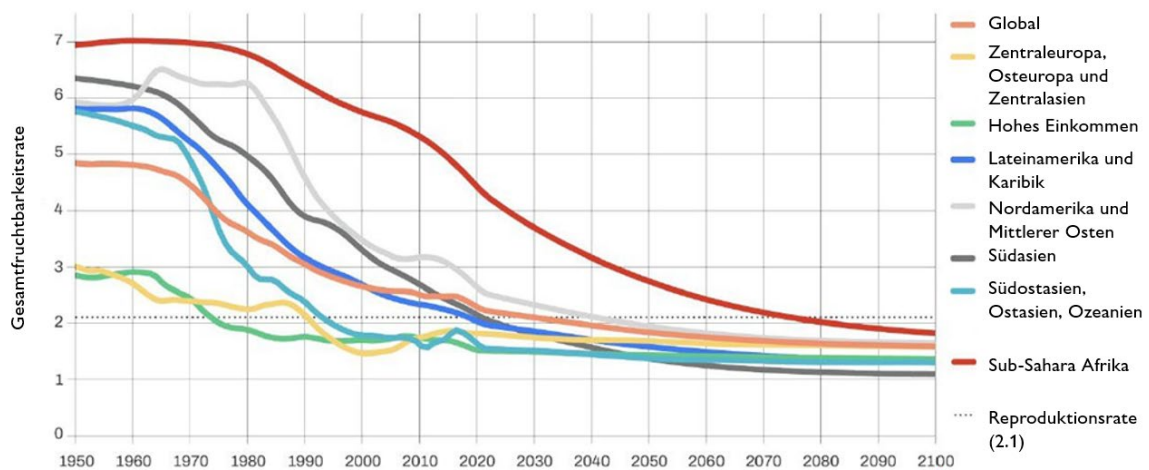
Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Eine spezielle Form der IVF, bei der bei männlicher Unfruchtbarkeit (z. B. geringer Spermienzahl oder eingeschränkter Beweglichkeit) ein einzelnes Spermium direkt in eine Eizelle injiziert wird, um die Befruchtung zu ermöglichen.

4 Warum es Zeit zu handeln ist

4.1 Welche Folgen drohen, wenn wir nichts tun?

«Das Persönliche ist politisch», wie es so schön heisst. Die Konsequenzen des Nichthandelns betreffen nicht nur Einzelne, sondern die gesamte Gesellschaft, Wirtschaft und Politik. Auf individueller Ebene wächst der sogenannte «Fertility Gap»: Obwohl sich die Mehrheit der Menschen in der Schweiz eine Zwei-Kind-Familie wünscht, bleibt dieser Wunsch für viele unerfüllt. Europäische Studien zur idealen Kinderzahl zeigen seit den 1960er Jahren einen stetigen Rückgang in den geplanten oder erwarteten Kinderzahlen (The Economist Group, 2024).

Abb. 1. Gesamtfruchtbarkeitsrate, 1950-2100, GBD-Superregion & weltweit. GBD = Global Burden of Disease



Quelle: Bhattacharjee et al. (2024).

Die politischen und gesellschaftlichen Auswirkungen aufgrund dieser demografischen Verschiebungen werden weitreichende Folgen haben. Für Westeuropa¹ prognostizieren verschiedene Modelle einen Bevölkerungsrückgang von 12% bis zum Jahr 2100. Länder wie Italien und Deutschland werden mit Rückgängen von 41% bzw. 16% rechnen müssen. Die Schweiz wird sich irgendwo dazwischen einordnen.

Die Schweiz ist zunehmend auf Zuwanderung angewiesen, um den Rückgang der einheimischen Geburten auszugleichen. Wenn wir die Zuwanderung ausklammern, schrumpft die

¹ Datenbasierte Prognosen für die Schweiz beruhen auf veralteten Zahlen (vor der COVID-Pandemie) und gehen von einer Fertilitätsrate von 1.51 aus. Da dieser Wert inzwischen weit von der Realität abweicht, wurden die Projektionen des Bundesamts für Statistik hier nicht berücksichtigt (BfS, 2020).

erwerbsfähige Bevölkerung bereits seit 2020 stetig – und dieser Trend wird sich fortsetzen (Economiesuisse, 2023). Doch auch andere europäische Länder kämpfen mit sinkenden Geburtenraten. In der Folge könnten die Bedingungen für einen Verbleib im jeweiligen Heimatland attraktiver werden, was den Migrationsdruck auf die Schweiz abschwächt. Ab den 2030er Jahren wird für Europa ein allgemeiner Bevölkerungsrückgang prognostiziert.

Abb. 2. Jährliche Differenz zwischen 65- und 20-Jährigen

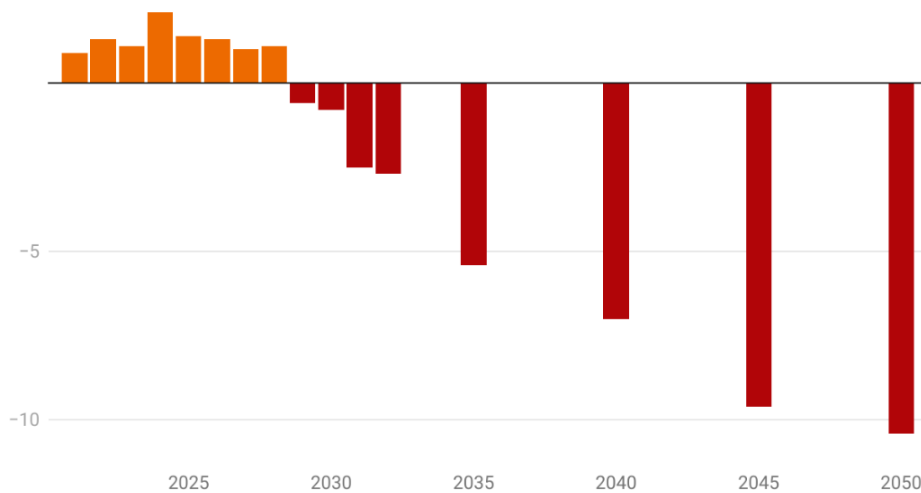


Quelle: Economiesuisse (2023)

Damit erhöht sich jedoch auch der Druck auf die Wirtschaft im Allgemeinen und auf den Service Public im Besonderen, weil die Differenz zwischen der erwerbstätigen Bevölkerung und den Pensionierten immer grösser wird. Schon 2029 wird die Zahl der Personen, die ins Rentenalter eintreten, die der Berufseinsteiger:innen um über 30'000 übersteigen. In den kommenden zehn Jahren wird die Zahl der Rentner:innen um 26% steigen – die der Erwerbstätigen lediglich um 2% (Minsch & Saurer, 2024).

In der Schweiz kamen 1948 auf eine Rentnerin oder einen Rentner noch 6.5 Erwerbstätige. 2020 lag dieses Verhältnis bereits bei 3.3:1. Im Jahr 2050 wird der sogenannte Altenquotient auf 2.2:1 sinken. Dies stellt das Umlageverfahren der AHV (1. Säule) vor massive Herausforderungen: Die Renten der Älteren werden direkt von der arbeitenden Bevölkerung finanziert. Selbst unter optimistischen Annahmen der Zuwanderung wird laut Bundesamt für Statistik bis 2050 ein Defizit von jährlich 10 Milliarden Franken drohen – sofern keine tiefgreifenden Reformen erfolgen.

Abb. 3. Vom Überschuss zum Defizit der AHV (in Mrd. Franken)



Quelle: Economiesuisse (2023)

Die sinkende Geburtenrate verschärft den bereits bestehenden Fachkräftemangel. Bis 2040 wird ein Defizit von etwa 431'000 Arbeitskräften erwartet – das entspricht rund 8% der heutigen Erwerbsbevölkerung (Economiesuisse, 2023). Zudem ist mit einem Rückgang des BIP pro Kopf ab den späten 2020er Jahren zu rechnen, obwohl die Reallöhne steigen könnten. Bis 2050 könnte das verfügbare Haushaltseinkommen um 9% sinken, bis 2080 sogar um 16% (Buchmann, 2021).

«Aber wenn diese Zahlen zurückgehen, werden Schulen schliessen. Altersheime werden eröffnet, Dörfer werden verschwinden usw. Denn wenn man in einem Dorf eine Schule schliesst, ist das ganze Dorf dem Untergang geweiht. Und dann gibt es noch einen weiteren Aspekt, den man berücksichtigen muss, nämlich den Anstieg der Lebenserwartung, der wie ein Baum ist, der den Wald verdeckt. Früher haben wir mit einem Delta gearbeitet – etwa gleich viele Geburten wie Todesfälle. Heute gibt es weniger Geburten und weniger Todesfälle – mit Ausnahme der COVID-Zeit.» – Professor für Reproduktionsmedizin

Kurz und knapp: Was steht auf dem Spiel wegen der sinkenden Geburtenraten in der Schweiz?

- **Fachkräftemangel und schrumpfende Erwerbsbevölkerung:** Selbst, wenn sich die Zuwanderung nach optimistischen Prognosen entwickelt, droht dem Schweizer Arbeitsmarkt bis 2040 ein Mangel an Arbeitskräften von rund 431'000 Personen – etwa acht Prozent der heutigen Erwerbsbevölkerung.
- **Hohe Altenquotienten (weniger junge Menschen pro ältere Person):** Bis 2050 wird der Altenquotient auf 2,2 sinken, was zu jährlichen Finanzierungslücken von bis zu 10 Mrd. Franken in der Altersvorsorge (AHV) führen könnte.
- **Steigender Druck zur Erhöhung der Zuwanderung:** Die Schweiz wird in den kommenden Jahrzehnten immer stärker auf Zuwanderung angewiesen sein. Gleichzeitig schlägt die politische Stimmung in die entgegengesetzte Richtung um. Die Schweizerische Volkspartei hat bereits die nötigen Unterschriften gesammelt, um eine Volksinitiative zur Begrenzung der ständigen Wohnbevölkerung auf 10 Millionen zu lancieren. 2024 und Anfang 2025 haben rechtspopulistische Parteien in fast allen europäischen Wahlen Zugewinne verzeichnet.

- **Soziopolitische Spannungen und Konflikte:** Durch wachsende wirtschaftliche Belastungen, Unmut über die alternde Gesellschaft, erhöhten Druck auf die Erwerbstätigen und den Widerspruch zwischen notwendiger Zuwanderung und wachsender migrationskritischer Haltung entstehen weitere soziopolitische Spannungen und Konflikte.

4.2 Notwendige Massnahmen für nachhaltigen Wandel

Um allen Menschen die Möglichkeit zu geben, die Familie zu gründen, die sie sich wünschen, müssen wir in zwei Bereichen aktiv werden: (1) die Sensibilisierung für das Thema erhöhen, Wissenslücken schliessen, Mythen aufbrechen und die Denkmuster zentraler Akteure verändern – also von Personen, die von Unfruchtbarkeit betroffen sind oder sein werden, von Arbeitgeber:innen und vom Bund – und (2) den Zugang zu Fruchtbarkeitsbehandlungen verbessern. Alle drei Akteursgruppen sind zentral für einen nachhaltigen Wandel.

Fehlannahmen und Mythen hinterfragen: Obwohl Unfruchtbarkeit – gegenwärtig oder zukünftig – das Leben vieler betrifft, haben nur wenige Menschen in der Schweiz ein fundiertes Wissen über ihre eigene Fruchtbarkeit, über die Gründe des Anstiegs von Unfruchtbarkeit oder der Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin (ART). Welche Fehlannahmen existieren – und inwiefern sind sie irreführend oder schlichtweg falsch?

- «Unfruchtbarkeit ist ein Frauenproblem.» – Falsch. Männer sind genauso häufig betroffen.
- «Moderne Medizin kann Unfruchtbarkeit immer beheben.» – Falsch. Mit Erfolgsraten, die mit zunehmendem Alter sinken, bietet die IVF zwar Chancen für eine spätere Familienplanung, kann jedoch altersbedingte Faktoren nicht ausgleichen. Tatsächlich führt eine IVF-Behandlung im Durchschnitt nur bei jeder dritten Patientin zu einer Lebendgeburt (s. ungefähre Gesamtzahl der jährlich behandelten Personen in Abb. 8).
- «Unfruchtbarkeit ist Privatsache.» – Falsch. Fruchtbarkeitsprobleme für sich zu behalten, kann den Stress erhöhen und potenziell schädliche psychologische Folgen mit sich bringen. Zudem verhindert es, dass betroffene Personen die Unterstützung erhalten, die sie von anderen – etwa Menschen mit ähnlichen Erfahrungen, Freund:innen oder Kolleg:innen – benötigen würden.
- «Nur wenige Menschen sind betroffen.» – Falsch. Fruchtbarkeitsprobleme betreffen nahezu 20% der Menschen weltweit. Nur weil kaum darüber gesprochen wird, heisst das nicht, dass die Betroffenen nicht leiden.

Ohne zunächst Einstellungen und Denkmuster zu verändern, können weder gesetzliche noch politische Reformen eine nachhaltige Wirkung entfalten.

Zugang verbessern: Der restriktive Rechtsrahmen der Schweiz schliesst viele aus. Beispielsweise ist die Eizellenspende weiterhin verboten, IVF wird weder durch die Grundversicherung noch durch einen öffentlichen Fonds abgedeckt, Gleichstellung bei Elternzeit und Kinderbetreuung ist nicht gegeben. Das hindert viele Menschen an einer rechtzeitigen Familienplanung und verstärkt somit die Krise.

«Unfruchtbarkeit ist eine Krankheit wie jede andere – nicht mehr und nicht weniger. In Europa sind 40 Mio. Menschen betroffen, weltweit 300 Mio. Aber weil es um etwas so Intimes geht – Familie, Politik, Religion –, wird kaum darüber gesprochen.» – Professor für Reproduktionsmedizin

«In der Schweizer Gesellschaft fehlt uns wirklich einfach das Bewusstsein und das Wissen, dass Unfruchtbarkeit eine Krankheit ist.» – Forscherin im Bereich Fruchtbarkeitsbehandlungen und Betreuung.

5 Gängige Mythen rund um (Un)Fruchtbarkeit

Warum ist die Schweiz so schlecht auf die Bewältigung der sinkenden Geburtenraten vorbereitet? Ein zentraler Grund liegt in weitverbreiteten Mythen und Wissenslücken rund um das Thema Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit. Diese Fehlannahmen führen dazu, dass:

- Frauen nicht genügend Wissen über die Möglichkeiten haben, wie sie ihre Fruchtbarkeit länger erhalten können, wenn sie die Familienplanung aufschieben wollen.
- Paare mit Kinderwunsch keine optimale Behandlung erhalten oder sie zu spät suchen.
- Menschen im Umfeld aufgrund der Tabuisierung nichts von den Herausforderungen der Betroffenen mitbekommen.
- Arbeitgeber:innen keine passende Unterstützung bieten.
- Politische Entscheidungen zur Verbesserung der gegebenen Bedingungen in Arbeits- und Familienpolitik ausbleiben.
- Die Zivilgesellschaft ihre Einflussmöglichkeiten nicht nutzt.

Gerade in einem Land mit direkter Demokratie wie der Schweiz, wo zivilgesellschaftliche Akteursgruppen viel bewirken können, ist dies besonders folgenreich.

Gesamtfertilitätsrate (umgangssprachlich Geburtenrate): Die durchschnittliche Anzahl von lebend geborenen Kindern, die Frauen während ihrer fruchtbaren Jahre bekommen würden, wenn sie den Fruchtbarkeitsraten eines bestimmten Zeitraums unterlägen und bis zum Ende ihrer fruchtbaren Lebensphase lebten.

Unfruchtbarkeit: Eine Erkrankung des männlichen oder weiblichen Fortpflanzungssystems, definiert durch das Ausbleiben einer Schwangerschaft bei regelmässigem ungeschützten Geschlechtsverkehr nach 12 Monaten oder mehr.

Anhand von Interviews mit Expert:innen, Arbeitgeber:innen, Politiker:innen und Betroffenen sowie einer umfassenden Literatur- und Datenanalyse konnten fünf zentrale Mythen identifiziert werden. Im Folgenden zeigen wir auf, wie sich diese Fehlannahmen auswirken – und was Einzelne, Arbeitgeber:innen und der Staat tun können, um Veränderungen zu ermöglichen.

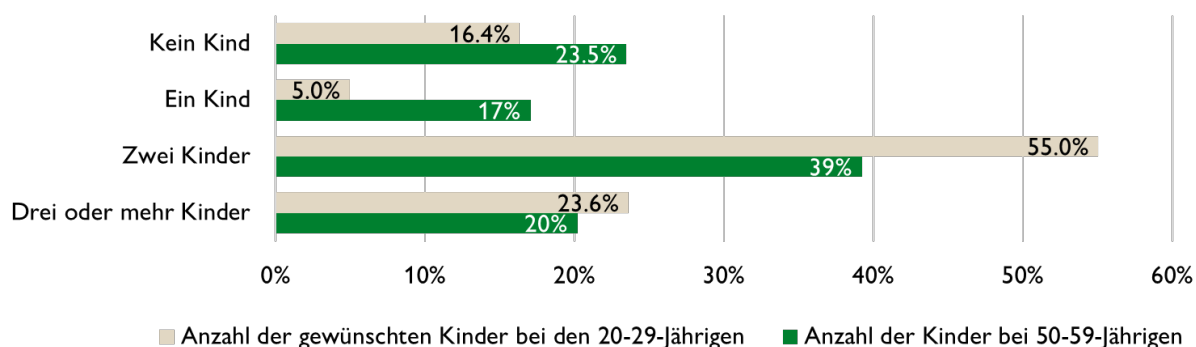
5.1 «Unfruchtbarkeit betrifft mich nicht!»

Die Zahlen sprechen eine andere Sprache: Rund 20% der Bevölkerung in der Schweiz wird im Laufe ihres Lebens mit Fruchtbarkeitsproblemen konfrontiert (Blöchinger & Mertens, 2024). Trotzdem sind sich viele Personen nicht bewusst, dass sie selbst betroffen sein könnten.

Wenn es um die Familiengründung geht, klaffen Traum und Realität weit auseinander

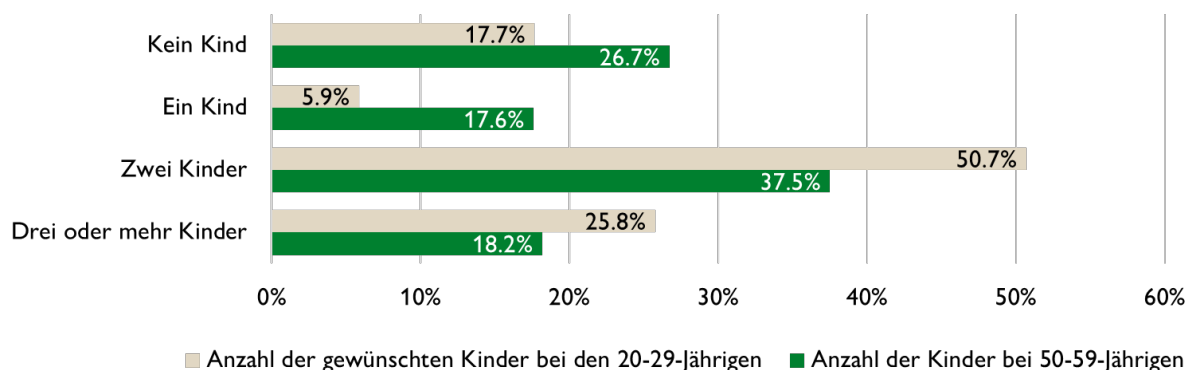
In der Schweiz bleibt der Kinderwunsch für eines von fünf Paaren unerfüllt (USZ, 2024). Mehr als 50% der Menschen wünschen sich zwei Kinder – tatsächlich erreichen das nur etwa 38%. Der sogenannte «Fertility Gap» liegt also bei rund 12% (BfS, 2024). Mit anderen Worten: Es ist inzwischen üblich, dass Paare weniger Kinder haben, als sie sich eigentlich wünschen. Die Tatsache, dass ein Paar bereits ein Kind gezeugt hat, bedeutet zudem nicht, dass es keine Schwierigkeiten haben wird, ein weiteres Kind zu zeugen. Insgesamt 6.5% der Erwachsenen in Europa erleben eine sogenannte «sekundäre Unfruchtbarkeit», d. h. Schwierigkeiten beim Versuch, ein zweites Kind zu bekommen (WHO, 2023).

Abb. 4. Kinderwunsch und tatsächliche Kinderzahl bei Frauen in der Schweiz



Quelle: BfS (2024a)

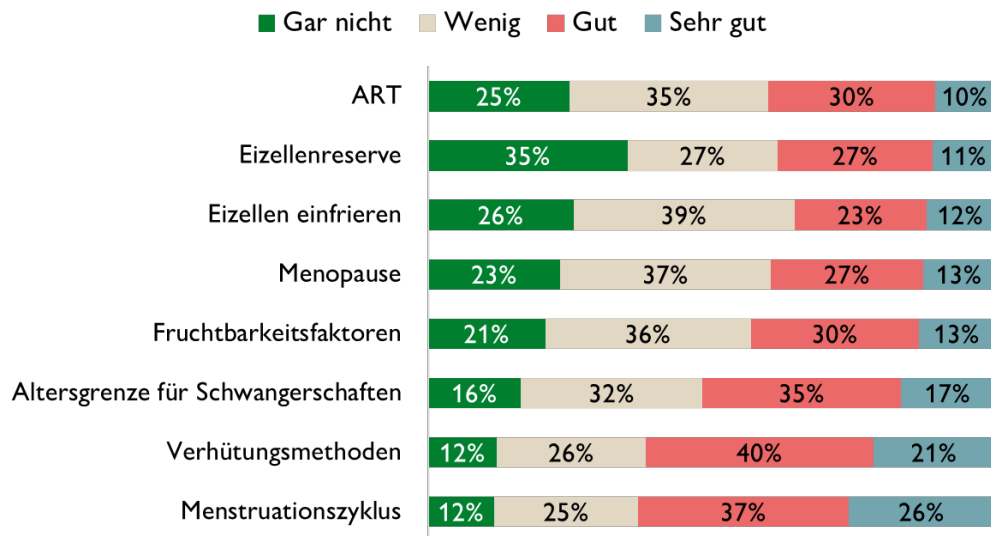
Abb. 5. Kinderwunsch und tatsächliche Kinderzahl bei Männern in der Schweiz



Quelle: BfS (2024a)

Ein wesentlicher Faktor ist das hohe Alter bei der ersten Geburt: In der Schweiz liegt dieses bei über 31 Jahren. Ab dem 35. Lebensjahr nimmt die weibliche Fruchtbarkeit deutlich ab; Schwangerschaften bei Frauen über 40 werden zunehmend seltener und sind mit grösseren Schwierigkeiten verbunden. Ab einem Alter von 45 Jahren treten natürliche Schwangerschaften nur noch äusserst selten auf, da die Eizellen vermehrt genetische Veränderungen aufweisen (Leeners et al., 2013).

Abb. 6. Wie viel wissen Sie über die folgenden Themen?



Basierend auf dem Switzerland Report (2024) mit Daten von 623 in der Schweiz lebenden Personen der Generation Z und der Generation Millennials. Detaillierte Informationen zur Datenbasis finden Sie im Anhang; ART = Assistierte Reproduktionstechniken.

Dies überrascht kaum – denn der Sexualkundeunterricht in der Schweiz konzentriert sich fast ausschliesslich auf Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten (BAG, 2024). Viele geben später an, dass sie sich im Alter zwischen 25 und 30 Jahren gewünscht hätten, besser informiert gewesen zu sein, um frühzeitiger Entscheidungen zur Familienplanung treffen zu können.

«Es fehlt in der Gesellschaft das Bewusstsein, dass Unfruchtbarkeit eine anerkannte Krankheit ist. Viele denken, sie könnten später einfach Kinder bekommen – und stellen dann fest, dass es schwierig ist. Sie hätten sich gewünscht früher informiert worden zu sein. Zwischen 25 und 30 hat ihnen niemand gesagt, dass es mit höherem Alter schwieriger werden könnte.» – Forscherin im Bereich Fruchtbarkeitsbehandlungen und Betreuung

«Im Durchschnitt hat eine von sechs Frauen Probleme, schwanger zu werden. Doch wie genau sieht es aus, wenn wir das Alter mitberücksichtigen? Mit 30 beträgt die Wahrscheinlichkeit, unfruchtbar zu sein, 1:4; mit 35 liegt sie bei 1:3, mit 40 sogar bei 1:2.» – Professor für Reproduktionsmedizin

Unfruchtbarkeit bleibt ein Tabuthema. In einer Umfrage unter 1'564 Erwachsenen in Deutschland gaben zwar 46% an, offen über Sex zu sprechen – aber nur 37% würden über Fruchtbarkeitsprobleme reden (Fertility Survey, 2024). Männer haben hiermit noch mehr Schwierigkeiten als Frauen. Viele sehen Unfruchtbarkeit als schambehaftetes Thema oder empfinden es als Angriff auf ihre Männlichkeit und ihr Selbstwertgefühl.

«Fruchtbarkeit ist nicht nur ein Thema für Frauen, sondern auch für Männer. Während Frauen an regelmässige Besuche bei Ärzt:innen gewöhnt sind, ist das bei Männern weniger der Fall. Hinzu kommen Scham und Selbstzweifel: Bin ich noch ein «richtiger» Mann? Will ich unter solchen Bedingungen überhaupt Kinder? In vielen Kinderwunschkliniken erlebe ich, dass Frauen die gesamte Organisation

übernehmen – auch wenn das Problem beim Mann liegt.» – Psychotherapeutin für Patient:innen mit Kinderwunsch

Das gilt auch für die Arztpraxen: 60% der Frauen sprechen selten oder nie mit ihrer Gynäkologin über ihre Fruchtbarkeit. Umgekehrt gehen Ärzt:innen kaum aktiv auf dieses Thema ein – oder geben nur vage Empfehlungen wie «Versuchen Sie es einfach noch ein bisschen länger»² (Lienhard et al., 2024).

«Es ist wichtig, dass Ärzt:innen und Hausärzt:innen das Thema mit Paaren und Patient:innen ansprechen. Sie sollten z.B. aktiv fragen: «Haben Sie schon über Familienplanung nachgedacht? Möchten Sie Kinder?» Es ist wichtig, dass Patient:innen über ihre sinkende Fruchtbarkeit mit steigendem Alter Bescheid wissen, damit sie gut informierte Entscheidungen treffen können. Ärzt:innen sollten die verschiedenen Optionen früh darlegen – inklusive der Möglichkeit, die Fruchtbarkeit längerfristig zu erhalten.» – ehemalige IVF-Patientin

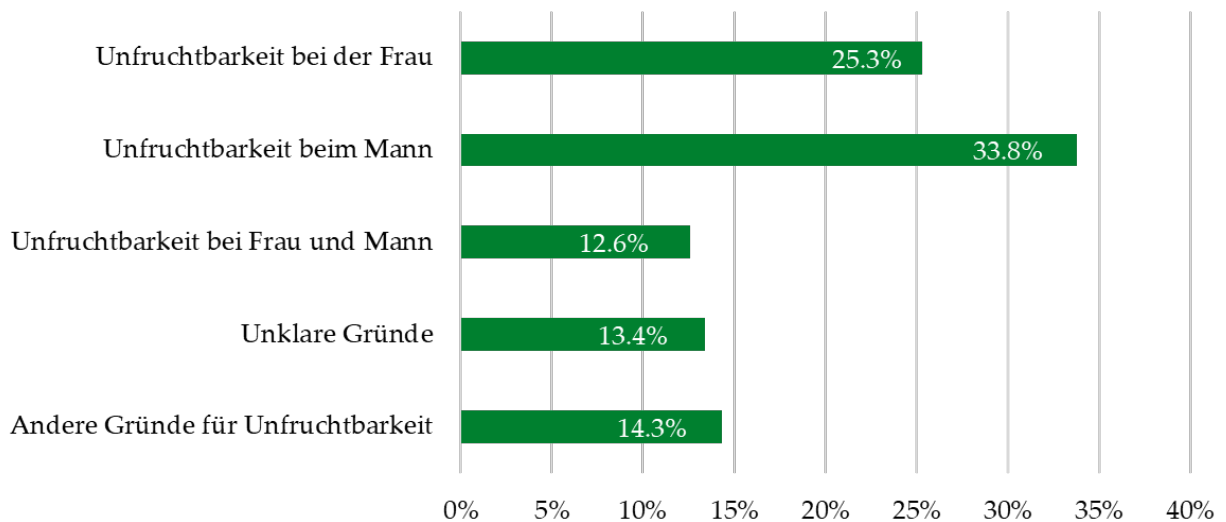
Offener über (Un-)Fruchtbarkeit zu sprechen, kann einen positiven Prozess in Gang setzen: Es regt andere dazu an, über die Grenzen der Fruchtbarkeit und die Bedeutung frühzeitigen Handelns nachzudenken. Tatsächlich lassen Menschen, deren Freund:innen oder Familienmitglieder offen über ihre Fruchtbarkeitsprobleme gesprochen haben, deutlich häufiger ihre Fruchtbarkeit im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung testen, im Gegensatz zu jenen, die niemanden im Umfeld mit solchen Schwierigkeiten haben (Fertility Survey, 2024). Wenn Letztere später im Leben selbst von Unfruchtbarkeit betroffen sind, fehlt ihnen oft jegliche Wissensgrundlage – und sie fühlen sich schon zu Beginn ihrer «(Un-)Fruchtbarkeitsreise» allein gelassen.

Unfruchtbarkeit ist kein reines Frauenproblem

Auch wenn Unfruchtbarkeit oft als «Frauenproblem» dargestellt wird, sind männliche Fruchtbarkeitsstörungen genauso häufig wie weibliche – und sogar häufiger der Auslöser für eine IVF-Behandlung (USZ, 2024).

² Entnommen aus dem Interview mit einer Forscherin im Bereich Fruchtbarkeitsbehandlungen und Betreuung

Abb. 7. Gründe für eine IVF-Behandlung



Basierend auf den Sekundärdaten des Bundesamts für Statistik aus dem Zeitraum 2007-2022 (siehe Anhang für weitere Details). IVF = In-vitro-Fertilisation.

Eine wachsende Anzahl wissenschaftlicher Studien deutet darauf hin, dass auch bei Männern eine «biologische Uhr» tickt (Muncey et al., 2025; Ku et al., 2025). Sowohl die Menge als auch die Qualität der Spermien nehmen mit zunehmendem Alter ab (Zhang et al., 2022). Mit dem steigenden Alter verlängert sich die Zeit bis zur Empfängnis – da die Fruchtbarkeit beider Partner abnimmt (Ford et al., 2000). Wie eine Interviewpartnerin (ehemalige IVF-Patientin) es formulierte: «Unfruchtbarkeit betrifft nie nur einen Teil des Paares. Das Paar ist unfruchtbar – unabhängig davon, bei wem die gesundheitliche Ursache liegt.»

«Wenn ich nicht schwanger werde, mache ich einfach IVF.»

Diese Haltung ist weit verbreitet – und problematisch. Viele überschätzen, was die moderne Medizin leisten kann, und unterschätzen Risiken und Belastungen für die Patient:innen.

«Stars, die mit Mitte 50 schwanger werden, sagen oft nicht, dass sie Eizellenspenden erhalten haben. Das vermittelt falsche Erwartungen dazu, was alles medizinisch möglich ist. Das Allgemeinwissen zu Fruchtbarkeit ist sehr limitiert.» – Ärztin und Forscherin in der Reproduktionsmedizin

«Ich habe mit vielen gut gebildeten Frauen gesprochen, die sagten: Wenn's nicht klappt, mache ich halt dann einfach IVF. Sie wissen nicht, wie oft das nicht funktioniert. Und das ist darauf zurückzuführen, dass wir nur über die Erfolgsgeschichten sprechen und nicht über die vielen erfolglosen Versuche.» – Forscherin im Bereich Fruchtbarkeitsbehandlungen und Betreuung

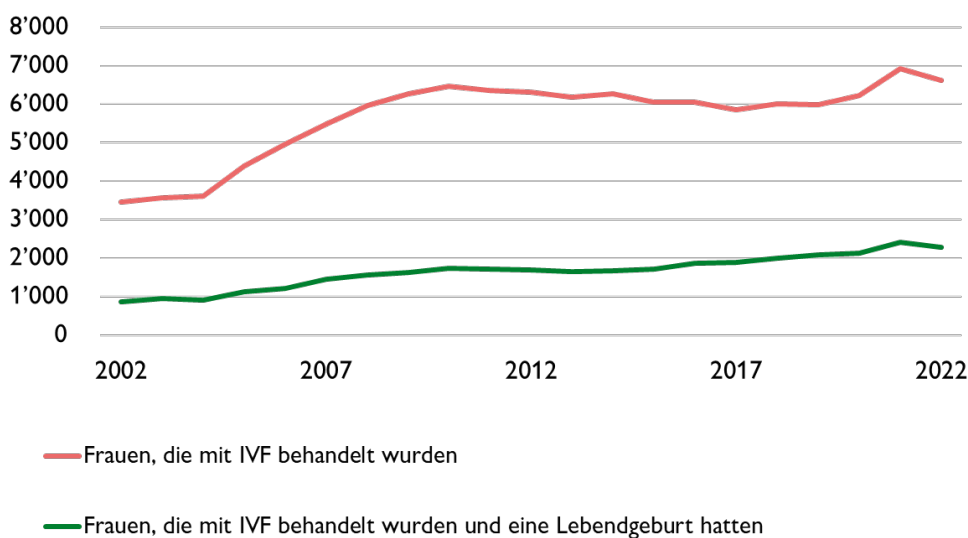
Einige Frauen betrachten die IVF-Behandlung als eine einfache Lösung, um später im Leben eine Familie zu gründen. Fruchtbarkeitsbehandlungen - wie das Einfrieren von Eizellen oder IVF -

werden häufig mit älteren, karriereorientierten Frauen assoziiert – dabei wissen viele nicht, dass 40% der Frauen, die mit einer IVF beginnen, 34 Jahre alt oder jünger sind (BAG, 2024). Zudem entsteht oft der Eindruck, dass IVF-Patientinnen älter sind, weil sie mehrere Behandlungsrunden durchlaufen müssen – und dabei natürlich älter werden.

«Menschen werden während der Behandlung älter. Diese dauert aus verschiedenen Gründen lange: psychologisch (weil man eine Pause braucht, sich nicht erneut all den Spritzen und Eingriffen aussetzen will) oder weil schwierige Entscheidungen Zeit brauchen – etwa der Wechsel von Hormontherapie zu IVF oder zu einer Eizellenspende. Das alles verstärkt den Eindruck, dass nur ältere Frauen eine IVF machen.» – Psychotherapeutin für Patient:innen mit Kinderwunsch

Die Realität sieht für viele anders aus: Weniger als ein Drittel der Frauen, die eine IVF-Behandlung beginnen, bringt am Ende ein Kind zur Welt. Hinzu kommen die hohen Kosten und eine erhebliche seelische Belastung: 40% der Frauen, bei denen der Behandlungszyklus erfolglos verläuft – sei es durch Abbruch, einen negativen Schwangerschaftstest oder eine Fehlgeburt – haben ein erhöhtes Risiko für Depressionen (Holley et al., 2012). Psychische Belastungen und Depressionen können sogar noch Jahrzehnte später bestehen bleiben (Vikström et al., 2015).

Abb. 8. Erfolgsquote bei einer IVF-Behandlung



Basierend auf den Sekundärdaten des Bundesamts für Statistik für den Zeitraum 2007–2022 (Details siehe Anhang). IVF = In-vitro-Fertilisation.

Was können wir tun?

- ✓ Um dem Rückgang der Fruchtbarkeit entgegenzuwirken und es allen Menschen zu ermöglichen, jene Familie zu gründen, die sie sich wünschen, braucht es koordinierte Anstrengungen, um die Ursachen für verzögerte Familienplanung und (Un-)Fruchtbarkeit zu verstehen. Um die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und biologischen Ebenen des Problems vollständig zu erfassen und ein breites Netzwerk von Unterstützer:innen (z. B. Bundesamt für Gesundheit, Fachgesellschaften, Bildungsakteure) zu gewinnen, muss der Bund die Initiative ergreifen und koordinieren.

- Dazu gehört die Bereitstellung zusätzlicher Mittel und Ressourcen für bestehende Forschungsprogramme im Schweizer Kontext sowie die Einbindung weiterer Disziplinen und Forschender. Besonderes Augenmerk sollte auf Unterschiede in Einstellungen, Sorgen und Herausforderungen zwischen verschiedenen Regionen der Schweiz gelegt werden (z. B. ländlich vs. urban, reformierte vs. katholische Kantone, Sprachregionen).
 - Gibt es Unterschiede beim Zugang zu medizinischer Behandlung, Kinderbetreuung, psychologischer Unterstützung? Ist Unfruchtbarkeit oder ART (assistierte Reproduktion) in bestimmten Gruppen stärker tabuisiert? Wie unterschiedlich ist der Zugang zu Behandlungen für verschiedene soziale Gruppen (z. B. homosexuelle vs. heterosexuelle Paare)? Wie viele Menschen verzichten auf eine Behandlung aufgrund der Kosten?
- ✓ Das Bundesamt für Gesundheit sollte eine öffentliche Informationskampagne unterstützen und finanzieren, die unterschiedliche Stimmen und Akteursgruppen zusammenbringt und das gesellschaftliche Stigma durchbricht.
- Ein Fokus sollte darauf liegen, dass (Un-)Fruchtbarkeit ein Thema ist, das Frauen UND Männer betrifft. Es braucht mehr öffentliche Diskussion über den Einfluss des Alters auf die Fruchtbarkeit beider Geschlechter. Menschen, die frühzeitig Entscheidungen zur Familienplanung oder Fruchtbarkeitserhaltung (z. B. das Einfrieren von Eizellen) getroffen haben, sollen als Vorbilder sichtbar gemacht werden.
 - Eine öffentliche Diskussion mit Frauen und Männern, die offen über ihre Erfahrungen mit Unfruchtbarkeit und Fruchtbarkeitsbehandlungen sprechen (mit und ohne erfolgreichen Ausgang) sollte lanciert werden. Wenn Betroffene offen über psychische und körperliche Nebenwirkungen berichten, werden Gefühle von Scham, Einsamkeit und Versagen enttabuisiert.
 - Es sollen glaubwürdige Expert:innen (z. B. Fachärzt:innen für Reproduktionsmedizin) eingebunden werden, um realistische, objektive Informationen über Fruchtbarkeitsbehandlungen bereitzustellen. Wichtige Kernbotschaften sollten sein: IVF und das Einfrieren von Eizellen sind keine «schnellen Lösungen» oder «Versicherungspolicen». Individuelle Risikofaktoren (z. B. Gerinnungsstörungen, Autoimmunerkrankungen, Depressionen) müssen im Fruchtbarkeitsverlauf berücksichtigt werden. Die Sensibilisierungskampagne soll betonen, dass nicht nur «karriereorientierte Spätgebärende» IVF nutzen: Die Hälfte der IVF-Fälle ist auf männliche Unfruchtbarkeit zurückzuführen; eine Vielzahl medizinischer Ursachen macht IVF notwendig; und Unfruchtbarkeit betrifft jedes siebte Paar.
- ✓ Die Kantone (oder eine Koalition von Kantonen) sollten den Ansatz der Sexualerziehung an Schulen überarbeiten und wissenschaftlich fundierte Informationen leicht zugänglich machen, um Schüler:innen aller Altersstufen ein ganzheitliches Verständnis von Fruchtbarkeit zu vermitteln. Das umfasst zum Beispiel:
- Lehrer:innen und Schulpsycholog:innen darin zu schulen, fundierte und altersgerechte Informationen zur Schwangerschaftsverhütung, zu sexuell übertragbaren Krankheiten, zur Fruchtbarkeitsregulation und zu altersbedingten

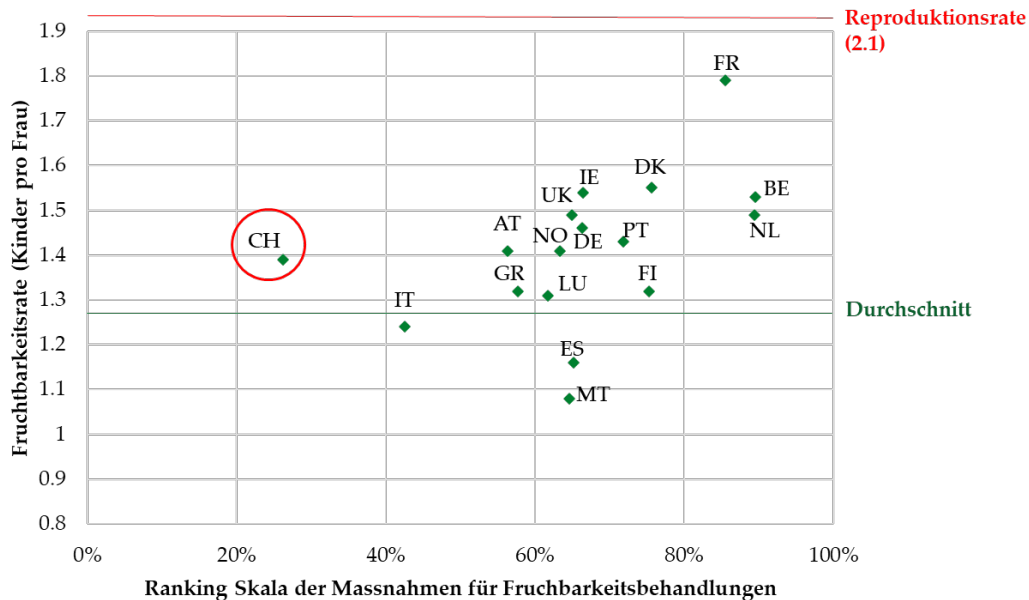
- Fruchtbarkeitsveränderungen zu vermitteln – mit altersangepassten Wiederholungen auf verschiedenen Stufen (z. B. Berufsschule, Universität).
- Informationen zu Sexualität, Fruchtbarkeit, Einwilligung etc. in leicht zugänglichen Formaten bereitzustellen – für Jugendliche, die sich scheuen, zu Hause oder in der Schule darüber zu sprechen. So werden Gespräche über einen altersbedingten Fruchtbarkeitsrückgang normalisiert; Diese [niederländische Website](https://sense.info/en) (<https://sense.info/en>) ist ein gutes Beispiel dafür.
 - Kampagnen zu «Safer Sex» zu nutzen, um zu einer rechtzeitigen Auseinandersetzung mit der Familienplanung anzuregen (z. B. «Sex geht immer – Familienplanung auch?»).
 - Verlässliche Informationen zu Fruchtbarkeitsbehandlungen allen zugänglich zu machen: Dazu gehören z. B. Anbieterlisten, rechtliche Rahmenbedingungen, spezialisierte Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Peer-to-Peer-Angebote. Dazu gehört aber auch die Aufklärung über aktuelle Erfolgsraten, Einflussfaktoren und individuelle Risiken (z. B. Vorerkrankungen, psychische Erkrankungen etc.).
- ✓ Fachpersonen im Gesundheitswesen können entscheidend dazu beitragen, dass Menschen frühzeitig über Familienplanung nachdenken und entsprechend handeln – insbesondere vor den biologisch kritischen Zeitpunkten (z. B. ab einem Alter von 35 Jahren bei Frauen). Der Staat bzw. die medizinischen Weiterbildungsanbieter sollten deshalb Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen und weitere Fachkräfte in reproduktiver Gesundheit fortbilden, um:
- Das Thema Familienplanung bzw. Fruchtbarkeitserhalt gezielt in die Gespräche mit den Patient:innen einzubinden. Sie sollen wissen, wann ein Eingriff wie das Einfrieren der Eizellen sinnvoll ist (z. B. mit 34 Jahren, wenn die Qualität der Eizellen noch höher ist als mit 38 Jahren). Sie müssen mit den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen vertraut sein (z. B. die mögliche Lagerung von Eizellen bis zu 10 Jahren, eine anschliessende Schwangerschaft bis spätestens 40);
 - Erwartungen realistisch zu managen und offen über die Grenzen und Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin aufzuklären. Entscheidend sind fundierte und rechtzeitige Entscheidungen. Präventive Massnahmen wie das Einfrieren von Eizellen sollten frühzeitig angesprochen und alle Behandlungsoptionen verständlich dargelegt werden.

5.2 «In der Schweiz habe ich Zugang zur besten medizinischen Versorgung»

Die Schweiz weist nicht nur eine unterdurchschnittliche Geburtenrate im europäischen Vergleich auf, sondern ist auch nicht gut vorbereitet, um das Problem der sinkenden Geburtenraten anzugehen. Sie verfügt über einen der restriktivsten und diskriminierendsten gesetzlichen Rahmen in Europa – verbunden mit äusserst hohen Selbstkostenanteilen für Fruchtbarkeitsbehandlungen. Dadurch wird vielen Menschen der Zugang zur benötigten medizinischen Unterstützung verwehrt.

«Es ist mir peinlich, dass ein hochentwickeltes Land wie die Schweiz mit einem so hohen BIP pro Kopf beim Zugang zu Fruchtbarkeitsbehandlungen so schlecht abschneidet.» – ehemalige IVF-Patientin

Abb. 9. Zusammenhang zwischen der Fertilitätsrate und dem Wert auf dem Ranking für Fruchtbarkeitsbehandlungen in europäischen Ländern



Erklärung der Skala: 0–30 % = äusserst schlecht (d. h. sehr eingeschränkter Zugang zu Behandlungen, keine Finanzierung); 31–49 % = sehr schlecht (d. h. eingeschränkter Zugang zu Behandlungen, schlechte oder keine Finanzierung); 50–59 % = schlecht (d. h. Zugang nur für bestimmte Gruppen, geringe Finanzierung); 60–69 % = mittelmässig (d. h. Zugang für bestimmte Gruppen, variable Finanzierung); 70–80 % = sehr gut (d. h. gute gesetzliche Rahmenbedingungen, Zugang für viele Patient:innen, relativ gute Finanzierung); 81–100 % = exzellent (d. h. gute gesetzliche Rahmenbedingungen, Zugang für die meisten Patient:innen, gute Finanzierung)

«Die Schweiz ist doch eine progressive, liberale Demokratie mit Gleichberechtigung für alle.»

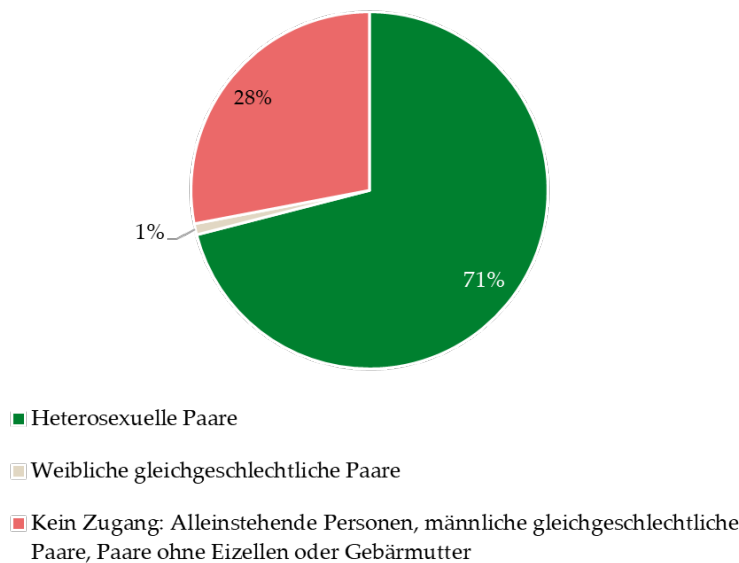
Derzeit verfügt die Schweiz über einen der restriktivsten rechtlichen Rahmen in Europa im Bereich der reproduktiven Medizin. Eine Behandlung ist nicht erlaubt, wenn:

- die Frau keine eigenen Eizellen mehr hat (Eizellenspende ist illegal);
- eine Person unverheiratet ist und Spendersamen benötigt (nur verheiratete Paare haben Zugang);
- die Frau keine Gebärmutter hat (eine Leihmutterschaft ist verboten);
- es sich um ein homosexuelles Männerpaar handelt (wegen dem Verbot von Leihmutter-schaft und Eizellenspende);
- Eizellen und Samenzellen gespendet werden müssten (Embryonenspende verboten);
- man als Einzelperson Zugang zu IUI oder IVF möchte (nur Paare haben Zugang).

Der Bundesrat hat eine Revision des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) beschlossen, das seit 2001 in Kraft ist. Diese Revision soll vermutlich die Eizellenspende legalisieren und unverheirateten Paaren den Zugang zu Samen- und Eizellenspende ermöglichen. Ausgeschlossen bleiben aber weiterhin: Frauen ohne Gebärmutter, homosexuelle Männerpaare und alleinstehende Menschen mit Kinderwunsch.

Die Gesetzesvorlage wird frühestens 2026 verfügbar sein – und mehrere politische Parteien haben bereits angekündigt, das Referendum zu ergreifen. Das bedeutet: Vor 2029 ist mit keiner Gesetzesänderung zu rechnen.

Abb. 10. Zugang zu assistierter Reproduktionstechnologie (ART) in der Schweiz



Quellen: BfS 2024f, 2024g); Sotomo (2016); ART = Assistierte Reproduktionstechnologie.

«Wir haben doch eines der besten Gesundheitssysteme der Welt.»

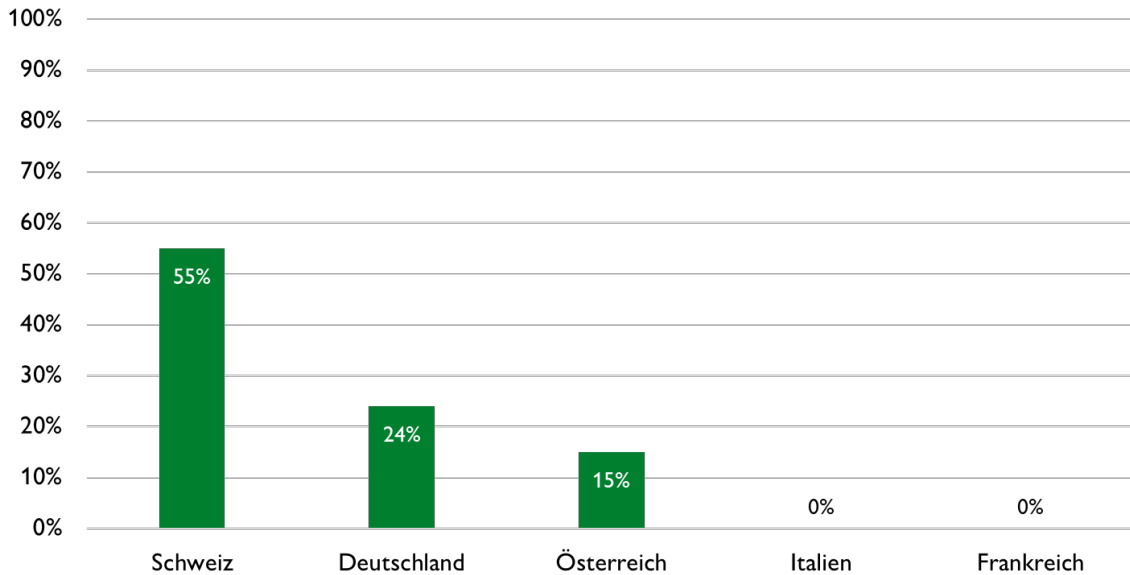
Zwar verfügt die Schweiz über ein exzellentes Gesundheitssystem und eine starke Pharmaindustrie, doch beim Zugang zur Reproduktionsmedizin ist davon kaum etwas zu spüren. Die restriktiven Gesetze behindern nicht nur die Versorgung von Betroffenen, sondern bremsen auch die Forschung und Innovation in der Reproduktionsmedizin.

«Viele können sich die Behandlung nicht leisten.»

Besonders drastisch ist die Lage bei den Kosten: Während die Grundversicherung drei Inseminationen übernimmt (aber nur bei heterosexuellen Paaren), ist die Schweiz das einzige Land in Westeuropa, in dem kein Teil von IVF- oder ICSI-Behandlungen über eine Versicherung oder einen öffentlichen Fonds gedeckt wird. In anderen Ländern Europas sind die Kosten für (mindestens) drei IVF-Versuche gedeckt – mit Ausnahme von Österreich und Deutschland, wo zumindest 50% übernommen werden.

Die Kosten für drei IVF-Zyklen in der Schweiz betragen je nach Klinik zwischen 40% und 66% des verfügbaren Jahreseinkommens eines Haushalts. Eine US-Studie zeigt, dass die Versicherungsabdeckung eine grosse Rolle bei der Nachfrage nach IVF spielt, wobei die IVF-Rate um die Hälfte zurückgeht, wenn die Behandlung nicht abgedeckt ist (Peipert et al., 2022).

Abb. 11. Erwartete Kosten von drei IVF-Zyklen und ihr Anteil gemessen am verfügbaren Jahreseinkommen in ausgewählten europäischen Ländern



Quelle:³

«Menschen mit wenig Geld stehen unter enormem Druck: Es muss beim ersten oder zweiten Versuch klappen. Danach ist kein Geld mehr da. Ich habe Frauen gesehen, die in Panik zusammengebrochen sind.» – Psychotherapeutin für Patient:innen mit Kinderwunsch

In allen anderen westlichen Ländern wird ein Teil der IVF-Kosten übernommen – ausser in der Schweiz. Warum? Das Bundesgericht entschied 1987, dass IVF eine «experimentelle Methode»

³ Die Schätzungen für die Schweiz und Deutschland beruhen auf einer Überprüfung verschiedener Fertilitätskliniken. Eine «typische» Fertilitätsklinik am oberen und unteren Ende der geschätzten Kosten wurde ausgewählt, um einen Durchschnittswert zu ermitteln. Schweiz: Kinderwunschzentrum Admira Winterthur, CPMA Centre Médicale de Fertilité Lausanne. Deutschland: Kinderwunschärzte Berlin, Fertility Center Hamburg FCH. Anhand einer rechtlichen Analyse des Versicherungsschutzes in Europa wurde ermittelt, wie hoch die Kostenübernahme ist (Seelmann, 2021). In Österreich gibt es gesetzlich festgelegte Preise für Behandlungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Ein öffentlicher Fonds deckt unter bestimmten Bedingungen 70% der Kosten, wie es im BMASGK (2023) beschrieben ist. Die Informationen für Italien und Frankreich stammen aus dem European Atlas of Fertility Policy (2024). Die Zuzahlungskosten für Besuche bei Ärzt:innen und Medikamente sind nicht berücksichtigt, da diese von den einzelnen Versicherern abhängen und in mehreren Ländern regional unterschiedlich sind. Das verfügbare Einkommen basiert auf den Schätzungen für das bereinigte verfügbare Haushaltsnettoeinkommen aus dem OECD Better Life Index (OECD, 2024).

sei und daher nicht von der Grundversicherung übernommen werden muss. Dieses Urteil wurde bis heute nicht revidiert. Die Rechtsgrundlage für Versicherungsfragen in der Schweiz basiert also auf dem Stand der IVF-Forschung von vor über 35 Jahren (Pärli & Mahrer, 2022).

«Wenn es um Leihmutterschaft geht, ist das Argument des ‹Schutzes vor Ausbeutung von Frauen› oft nur ein Lippenbekenntnis. Die Menschen gehen einfach ins Ausland. Man exportiert damit ein moralisches Dilemma und das Risiko der Ausbeutung. Gerade weil nicht reguliert, sondern nur verboten und eingeschränkt wird, findet Leihmutterschaft überwiegend in Ländern statt, in denen der Schutz viel schwächer ist.» – Expertin für Reproduktionsrecht

Die vollständige Kostenübernahme von drei IVF-Zyklen für 6000 Frauen (das entspricht der durchschnittlichen Anzahl von IVF-Behandlungen pro Jahr) würde rund 126 Millionen Franken betragen. Zum Vergleich: Die Folgekosten des Tabakkonsums betragen jährlich über 3 Milliarden Franken (ZHAW, 2019). Zudem zeigen Studien, dass ungewollte Kinderlosigkeit langfristige medizinische Kosten verursacht. Eine dänische Studie mit über 98'000 Teilnehmerinnen ergab, dass Frauen, die nach einer erfolglosen Kinderwunschbehandlung kinderlos bleiben, ein um 18% erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben (Baldur-Felskov et al., 2013). Auch die Partner:innen dieser Frauen sind häufiger auf Medikamente gegen psychische Beschwerden angewiesen (Bögl et al., 2024).

Behandlungen für Depressionen und andere psychische Erkrankungen werden von der Grundversicherung übernommen – die zugrunde liegende Ursache, ungewollte Kinderlosigkeit, jedoch widersprüchlicherweise nicht.

Was können wir tun?

- ✓ Der Staat sollte in Zusammenarbeit mit den Versicherungsgesellschaften die Finanzierung aller Formen der assistierten Reproduktionstechnologie (ART) zu einer zentralen Priorität machen – entweder im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung oder durch einen öffentlichen Fonds.
 - Die finanzielle Abdeckung von IUI, IVF und ICSI sollte an klar definierte, transparente medizinische Kriterien (z. B. Alter, Erfolgsaussichten, Anzahl der Versuche etc.) geknüpft werden. Wichtig ist, dass die Kostenübernahme auch gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Frauen offensteht.
- ✓ Ein Ende der Diskriminierung beim Zugang zu Behandlungen ist möglicherweise die wichtigste Massnahme. Aufgrund des einzigartigen Systems der direkten Demokratie in der Schweiz müssen sowohl Gesetzgebung als auch Wählerschaft gezielt angesprochen werden – wobei zivilgesellschaftliche Gruppen und Interessenvertretungen eine zentrale Rolle spielen können. Daraus ergeben sich folgende Handlungsfelder:
 - Bildung politischer Allianzen (parteienübergreifend) und Entwicklung eines konkreten Aktionsplans zur Legalisierung der Eizellenspende. Da dies mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Referendum nach sich ziehen wird, braucht es eine breite öffentliche Aufklärungskampagne über die Bedeutung der Eizellenspende und ihre langfristig positiven Effekte:

- Eine Legalisierung im Inland würde mehr Sicherheit und Regulierung bieten als der Zugang zu gespendeten Eizellen im Ausland. Eine ethisch verantwortbare Eizellenspende stellt keine Ausbeutung dar und kann sorgfältig reguliert werden – insbesondere bei einer altruistischen Spende.
- Beim Argument «Es geht um Gleichstellung – Samenspende ist legal, warum nicht auch Eizellenspende?» zeigt sich die Geschlechterungleichheit im Schweizer Reproduktionsrecht, wo Männer spenden dürfen, Frauen aber nicht. Eine aktuelle repräsentative Umfrage zeigt: 73% der Schweizer Bevölkerung sind der Meinung, dass, wenn Samenspende legal ist, auch Eizellenspende legal sein sollte (UZH, 2024).
- Aufhebung der Beschränkungen für das Social Freezing (Einfrieren von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen), damit Frauen ihre Fruchtbarkeit früher im Leben erhalten können. Dies sollte mit einer eingehenden Beratung kombiniert werden: Wann ist der beste Zeitpunkt für das Einfrieren von Eizellen? Zum Beispiel ist es oft besser, die individuelle Fruchtbarkeit zunächst zu beobachten und die Kryokonservierung erst im Alter von 32–34 Jahren vorzunehmen, statt bereits in den frühen 20er Jahren – auch wegen der maximalen Lagerdauer der Eizellen von 10 Jahren. So stehen Frauen genau dann qualitativ hochwertige Eizellen zur Verfügung, wenn sie sie wirklich brauchen.
- Den Zugang zu ART auch für alleinstehende Frauen ermöglichen.
- Aufklärung von Politiker:innen und der Öffentlichkeit zum Thema Leihmutter-schaft, um Mythen zu entkräften und medizinische, ethische und soziale Aspekte zu beleuchten – insbesondere den fehlenden rechtlichen Schutz für Leihmütter im Ausland. Der Staat sollte sich mit altruistischer Leihmutterschaft auseinandersetzen, bei der Leihmütter nur für medizinische und damit verbundene Ausgaben entschädigt werden. Leitsatz: Nicht verbieten – sondern regulieren!
- ✓ Für nachhaltige Veränderung braucht es ein strategisches, systematisches Vorgehen unter Führung des Bundes. Dazu sollte eine interdisziplinäre Expert:innengruppe aus der Schweiz und dem Ausland einberufen werden, um eine langfristige nationale Strategie für die Schweiz zu entwickeln. Die Gruppe sollte bestehen aus: Jurist:innen, Expert:innen für öffentliche Gesundheit, Forschenden aus der Reproduktionsmedizin, Ärzt:innen, Soziolog:innen, Psycholog:innen und Vertreter:innen der Schweizer Politik.
- ✓ Eine nationale Strategie rund um Familienplanung sollte Prioritäten und konkrete Empfehlungen auf Bundesebene und/oder für Kantonsregierungen enthalten, z. B.: Gleichberechtigter Zugang zu Fruchtbarkeitsbehandlungen, Anreize für frühzeitige Familienplanung, gleich lange Elternzeiten für Männer und Frauen und bezahlbare Kinderbetreuung. Frankreich entwickelt derzeit einen solchen nationalen «Fruchtbarkeitsplan» – und kann wertvolle Einblicke aus der laufenden Umsetzung bieten.

5.3 «Ich kann meine Fruchtbarkeit einfrieren, aber nicht meine Karriere»

In der Schweiz gehören Erstgebärende mit einem Durchschnittsalter von 31.2 Jahren zu den ältesten in Europa – rund 1.5 Jahre über dem EU-Durchschnitt (BfS, 2024b). Dies liegt daran, dass

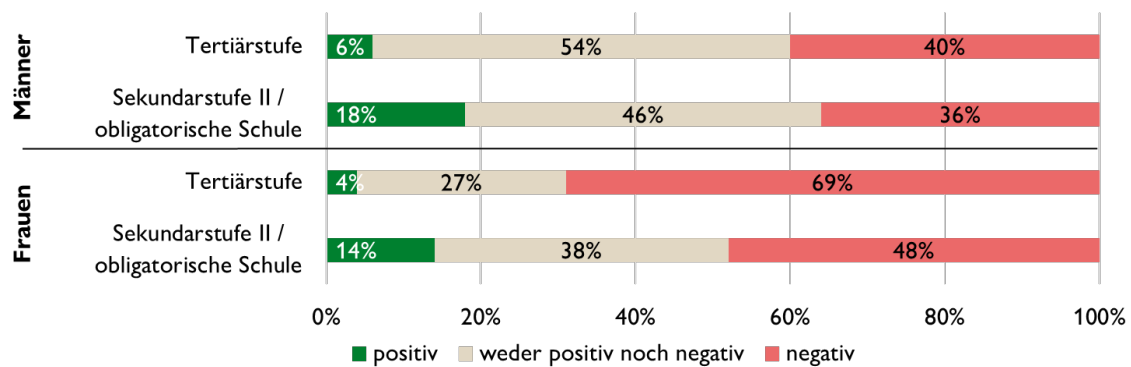
traditionelle Normen zur Erwerbs- und Familienarbeit viele Frauen dazu drängen, sich zuerst beruflich zu etablieren, bevor sie eine Familie gründen.

«Es wäre besser, Kinder nicht erst zu bekommen, wenn die Karriere läuft – sondern umgekehrt. Aber dann müssten Unternehmen klare Karrierepfade bieten, die das ermöglichen, und deutlich signalisieren, dass sie Elternschaft unterstützen.» – Professorin für Soziologie

Beruflicher Aufstieg kollidiert mit der «Familien-Hochphase»:

Aufgrund enger Karrierewege und einer überwiegenden Vollzeit-Kultur besteht für Frauen ein Anreiz, Kinder später zu bekommen, um erste berufliche Schritte erreicht zu haben. Eine Umfrage des Bundesamts für Statistik zeigt: 69% der Frauen mit Hochschulabschluss (und 40% der Männer) erwarten, dass sich Kinder negativ auf ihre Karrierechancen auswirken.

Abb. 12. Wie wirkt sich die Geburt eines Kindes auf meine Karrierechancen aus?



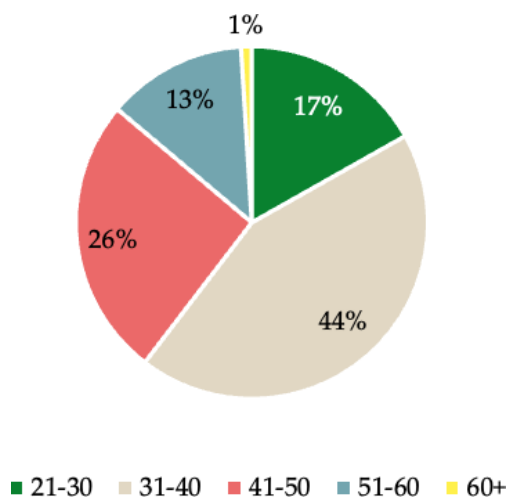
Angaben basieren auf den Sekundärdaten des Bundesamts für Statistik (BfS, 2024c).

Diese Ängste vor negativen Auswirkungen der Familienplanung auf die eigene Karriere sind nicht unbegründet:

- Aus anonymisierten HR-Daten von 370'000 Mitarbeitenden in 90 Schweizer Organisationen geht hervor: Fast die Hälfte aller Beförderungen entfällt auf die Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen.
- Wer bis zum 40. Lebensjahr nicht in eine Führungsposition aufsteigt, hat später kaum Chancen dazu.
- Frauen sind in Machtpositionen generell unterrepräsentiert – ihre Chancen sind mit über 40 noch-mals deutlich geringer.

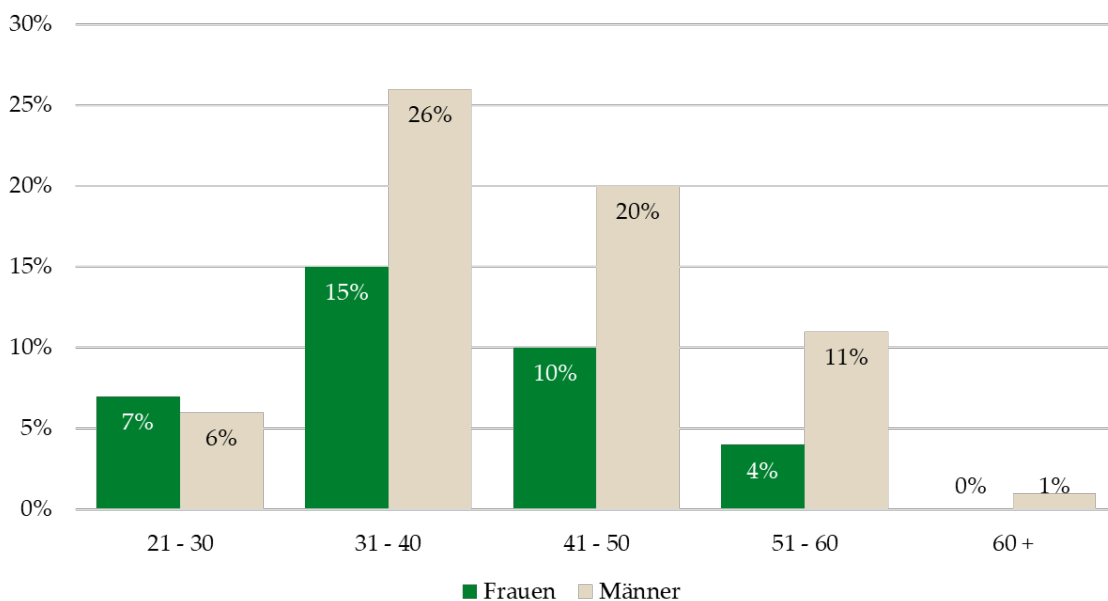
Während 15% der Führungsbeförderungen an Frauen zwischen 31 und 40 Jahren gehen, sind es bei den 41- bis 50-Jährigen nur noch 10%, bei 51- bis 60-Jährigen nur noch 4%. Männer hingegen profitieren in allen Altersgruppen.

Abb. 13. Anteil der Beförderungen nach Alter – alle Mitarbeitenden



Auswertung basierend auf Benchmarking-Daten 2024 der HSG aus über 90 Unternehmen in der Schweiz. Weitere Informationen zur Datenbasis und Analyse siehe Anhang.

Abb. 14. Anteil der Beförderungen in Machtpositionen nach Alters- und Geschlechtergruppen



Auswertung basierend auf Benchmarking-Daten 2024 der HSG. Weitere Informationen zur Datenbasis und Analyse siehe Anhang.

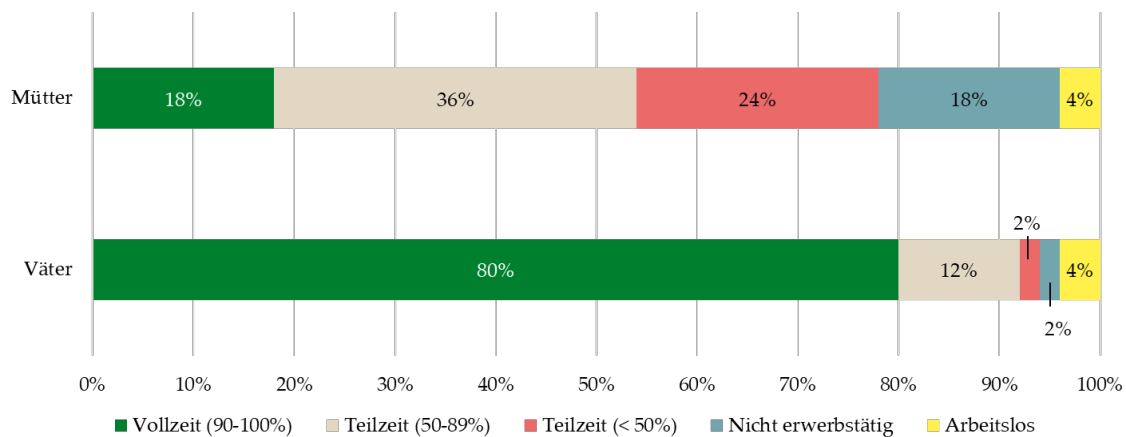
«Eltern zu werden schadet der Karriere der Frauen – nicht jener der Männer.»

Traditionelle Rollenverteilungen bei der Betreuungsarbeit sind in der Schweizer Gesellschaft immer noch tief verwurzelt. Dies erklärt zum Teil das hohe Alter der Mütter in der Schweiz, insbesondere bei gut ausgebildeten Frauen. Sobald Kinder da sind, übernehmen die Mütter in der Schweiz den Grossanteil der Betreuungsarbeit: In 56% der Haushalte übernehmen die Mütter

den Hauptteil der Betreuungsarbeit; die Väter übernehmen nur in 3% der Haushalte die Mehrheit der Betreuungsaufgaben (BfS, 2023).

Es überrascht daher nicht, dass viele Frauen ihren Anteil an der Erwerbsarbeit reduzieren, sobald sie Kinder haben: Nur 18% der Mütter mit Kindern bis 12 Jahren arbeiten Vollzeit, gegenüber 79% der Väter. 46% der Mütter arbeiten weniger als 50% oder gar nicht, verglichen mit 9% der Väter (BfS, 2024d). Leider ist in der Schweiz die Teilzeitarbeit immer noch ein Karrierekiller. Arbeitnehmer:innen, die weniger als 80% arbeiten, machen 12% aller Arbeitnehmenden aus, aber ihr Anteil an Beförderungen liegt bei nur 5%. Zudem wirkt sich die Denkweise, dass Frauen sich immer noch zwischen Karriere und Familie entscheiden müssen, negativ auf das frühe Kinderkriegen aus.

Abb. 15: Erwerbssituation von Eltern mit Kindern unter 12 Jahren



Auswertung basierend auf den Sekundärdaten des Bundesamts für Statistik (BfS, 2024d).

«Eizellen einfrieren ist nur etwas für karriereorientierte Frauen.»

Das ist ein Mythos. Studien zeigen, dass die häufigsten Gründe für das Einfrieren von Eizellen folgende sind: (a) fehlender Partner und (b) Wunsch nach genetischer Elternschaft im klassischen Familienmodell. Das Klischee der karrieregetriebenen Frau ist also unzutreffend. Es gibt zudem medizinische Gründe für das Einfrieren von Eizellen, etwa wenn Frauen vor einer Krebsbehandlung stehen, die ihre Fruchtbarkeit gefährden könnte.

Eine weitere Fehlannahme ist der Glaube, dass Eizellen gleichermassen auch zu einem späteren Zeitpunkt eingefroren werden können. Medizinisch gesehen ist dieses Vorgehen jedoch nicht optimal. Die Qualität der Eizellen ist bei Frauen im Alter von 25 Jahren am höchsten, bleibt bis ca. 32–34 Jahre stabil – danach sinkt sie deutlich. Je älter eine Frau ist, desto höher ist der Anteil genetisch veränderter (anormaler) Eizellen. Auch die aktuelle gesetzliche Begrenzung der Kryokonservierung auf zehn Jahre (also das Einfrieren und Lagern von Eizellen) sollte bei der Entscheidung zur Fruchtbarkeitserhaltung berücksichtigt werden. Da mütterliche und fetale Risiken ab einem Alter von 46 Jahren stark zunehmen, sollte eine Schwangerschaft idealerweise vor diesem Alter realisiert werden (Sheen et al., 2018).

Wir sollten Frauen die Möglichkeit geben, Kinderwunsch und Familie und die damit einhergehende Fruchtbarkeit proaktiv und individuell passend zu planen. Der Staat und die Arbeitgebenden spielen dabei eine zentrale Rolle.

Was können wir tun?

- ✓ Arbeitgeber:innen können nur profitieren, wenn sie das Karrierefenster über die «Familien-Hochphase» hinaus erweitern und Beförderungen für Frauen und Männer aller Altersgruppen ermöglichen. Die folgenden Massnahmen können dies unterstützen:
 - Arbeitgeber:innen sollten analysieren, welche vielversprechenden Talente sie verlieren, wenn sie zentrale Karriereschritte auf Mitarbeitende in ihren 30ern beschränken – um so eine wirtschaftliche Argumentation für breitere Karrierefenster zu schaffen. Zusätzlich können Unternehmen gleiche Elternzeitregelungen für alle Mitarbeitenden, unabhängig vom Geschlecht, unterstützen.
 - Ziele für Beförderungen über 40 sollten gesetzt werden. Arbeitgeber:innen sollten Frauen (und Männer), die aufgrund der Familienphase ihr Arbeitspensum reduziert haben, ermutigen, dieses in späteren Jahren (z. B. um das Alter 40) wieder zu erhöhen – und mit einer Beförderungsperspektive auf Basis klarer Leistungskriterien zu kombinieren.
 - Nutzung aller verfügbaren Kommunikationsplattformen, um vielfältige Karrierewege sichtbar zu machen: Rollenvorbilder auf allen Hierarchieebenen sollten identifiziert und sichtbar gemacht werden, welche ihre Best Practices zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie teilen.
 - Flexible, lebensphasenorientierte Karrierewege anbieten, die den unterschiedlichen Bedürfnissen von Mitarbeitenden gerecht werden – einschliesslich jener mit Fruchtbarkeitsproblemen. Zum Beispiel: Möglichkeiten für Sabbaticals, temporäre Reduktionen des Arbeitspensums, interne Seitwärtskarrieren usw.
 - Familienplanung und Elternschaft als normalen Bestandteil der Karrieren von Frauen und Männern positionieren, z. B. durch folgende Massnahmen:
 - Die aktive Ermutigung der Männer, ihre volle Elternzeit zu nehmen und gleichberechtigt ihren Anteil an den Betreuungsaufgaben zu übernehmen.
 - Aktives Managen von Elternschaft und Fruchtbarkeit, die Schulung und Sensibilisierung von HR- und Führungskräften, um Mitarbeitende mit Kindern gezielt zu unterstützen.
 - Unterstützung von Frauen und Männern in den «Rush Hours of Life» (zeitlich herausfordernde Lebensphasen), um Schlüsselpositionen im Jobsharing-Modell zu behalten oder mit reduziertem Pensum weiterhin im Talentpool zu bleiben. Eine aktive Gestaltung – z. B. durch Task Crafting (vorübergehende Anpassung von Aufgaben und Zuständigkeiten im Stellenprofil) unterstützt ein selbstbestimmtes Verändern der Positionen.
- ✓ Der Staat sollte Anreize schaffen, damit Arbeitgebende – insbesondere kleine und mittlere Unternehmen – Lösungen für ihre Mitarbeitenden anbieten können (z. B. längere Elternzeit für Männer, bezahlte Freistellung für Fruchtbarkeitsbehandlungen, ein ev. finanzieller Zuschuss an Fruchtbarkeitsbehandlungen, der – ähnlich wie das

Mutterschaftsgeld – kleinere Arbeitgebende entlastet und sie in die Lage versetzt, ihre Mitarbeitenden bestmöglich zu unterstützen).

- ✓ Nicht zuletzt sollte auch die Öffentlichkeit auf die notwendigen gesetzlichen Änderungen drängen, die oben beschrieben wurden, um rechtlichen Schutz und Unterstützung für Eltern sowie die wachsende Zahl von Menschen in Fruchtbarkeitsproblemen zu gewährleisten.

5.4 «Wir bieten den Mitarbeitenden bereits die nötige Flexibilität»

Menschen mit Fruchtbarkeitsproblemen übernehmen neben ihrer Erwerbsarbeit auch eine hohe «reproduktive Zusatzarbeit». Die Herausforderungen dabei sind vielschichtig und komplex und können körperlicher, psychischer, organisatorischer, sozialer und finanzieller Natur sein. Arbeitgeber:innen können Betroffene aktiv unterstützen – oder ihnen das Leben zusätzlich erschweren (Wilkinson et al., 2023). Derzeit fehlt es in der Schweiz weitgehend an gezielter betrieblicher Unterstützung für Mitarbeitende mit Kinderwunschbehandlungen. Zudem gibt es kaum Schutz gegen Diskriminierung in solchen Fällen.

Familienfreundliche Massnahmen gelten nach der Geburt des Kindes, aber nicht davor

Nur sehr wenige Unternehmen in der Schweiz bieten gezielte Unterstützung für Mitarbeitende an, die mit Fruchtbarkeitsproblemen zu kämpfen haben. Nach unserem besten Wissenstand gewähren lediglich zwei Unternehmen in der Schweiz finanzielle Leistungen im bei Fruchtbarkeitsbehandlungen (z. B. Kostenerstattung für Behandlungen bis zu 40'000 CHF), und eine kleine Anzahl bietet andere Unterstützungsformen an – etwa Webinare zum Thema Fruchtbarkeit, Beratungen oder Spezialsprechstunden. Im Gegensatz dazu unterstützen die meisten Unternehmen schwangere Mitarbeitende oder Eltern nach der Geburt. Das zeigen auch die Ergebnisse unserer jährlichen Umfrage unter 90 Diversity- und HR-Fachpersonen aus grossen Unternehmen und Organisationen in der Schweiz: 65% der Arbeitgebenden unterstützen die Kinderbetreuung (z. B. durch subventionierte Kitas oder eigene Betreuungseinrichtungen); 53% bieten Unterstützung für Eltern an (z. B. durch Coaching oder die Möglichkeit, Aufgaben oder das Arbeitspensum vorübergehend zu reduzieren; rund ein Drittel verfügt über interne Netzwerke oder sogenannte Employee Resource Groups für Eltern (Implemented D&I Measures Questionnaire, 2024). Rechtlich geniessen schwangere Mitarbeitende in der Schweiz Kündigungsschutz und haben Anspruch auf 14 Wochen bezahlten Mutterschaftsurlaub.

Arbeitgebende, die finanzielle Unterstützung anbieten, sehen positive Reaktionen von ihren Mitarbeitenden. (*«Fantastisch! Ich hoffe, dass das Programm bald auch in anderen Ländern angeboten wird. Ich bin stolz, Teil dieses Unternehmens zu sein.»*)⁴ Angesichts des Fachkräftemangels in bestimmten Branchen lohnt es sich für Unternehmen durchaus dies in Betracht ziehen.

⁴ Basierend auf den Antworten von Angestellten auf Social-Media-Posts eines Arbeitgebenden über die finanzielle Unterstützung von Fruchtbarkeitsbehandlungen.

Nicht alle Massnahmen zur Erfüllung des Kinderwunsches sind jedoch gleichermassen sinnvoll und zugänglich. In den letzten zehn Jahren sorgten Unternehmen wie Google oder Meta für Schlagzeilen, weil sie ihren weiblichen Angestellten anboten, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Doch das kann zu problematischen Dynamiken führen, indem es Mitarbeitende dazu verleitet werden, ihre Familienplanung noch weiter hinauszuzögern und sich einem schmerzhaften medizinischen Eingriff zu unterziehen, der möglicherweise medizinisch gar nicht notwendig gewesen wäre.⁵ Das Bezahlen des Einfrierens von Eizellen (ob medizinisch indiziert oder freiwillig) durch Unternehmen adressiert zudem nicht die strukturellen Ursachen, warum so viele Frauen das Kinderkriegen aufschieben. Führungskräfte, die wir interviewt haben, betonten die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes für Fruchtbarkeit und Familienplanung:

- ✓ Die Förderung einer Unternehmenskultur, die die Gründung einer Familie unterstützt (z. B. durch Massnahmen zur Stressreduzierung) ist zentral.
- ✓ Die Anpassung der Karrierewege an unterschiedliche Lebensphasen: Unternehmen sollten es den Mitarbeitenden ermöglichen, ihren Beschäftigungsgrad beispielsweise vorübergehend zu reduzieren oder einen Teil ihrer Verantwortung für eine bestimmte Zeit abzugeben. Dies könnte für frischgebackene Eltern oder Mitarbeitende, die mit der Familienplanung beschäftigt sind, ein attraktives Angebot sein.
- ✓ Unternehmen sollten das Karrierefenster erweitern und somit Mitarbeitende unter 30 und über 40 dazu befähigen, wichtige berufliche Schritte zu unternehmen.

«Arbeitgebende und Führungskräfte stehen in der Verantwortung, die richtigen familienfreundlichen Rahmenbedingungen zu bieten. Aktuell gibt es kaum aktive Unterstützung für die Beschäftigten, wenn es um Familienplanung geht. Die Rolle der Manager:innen ist es, den Mitarbeitenden nahe zu sein, sie auch in schwierigen Lebenssituationen zu unterstützen, eine gute Work-Life-Balance zu ermöglichen sowie den Wiedereinstieg nach der Schwangerschaft zu unterstützen.» – Führungskraft

Bestehende flexible Arbeitsmodelle reichen nicht aus

Flexibles Arbeiten ist längst die neue Normalität in der Schweizer Arbeitswelt – zumindest auf dem Papier: In unserer HSG-Benchmarking-Stichprobe bieten alle Unternehmen teilweises Telearbeiten an, 93% ermöglichen flexible Arbeitszeiten und 44% gewähren die Möglichkeit, zusätzliches Ferienguthaben zu erwerben. Doch decken diese Massnahmen tatsächlich die Bedürfnisse von Mitarbeitenden ab, die sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung wie einer IVF unterziehen?

Gerade in den Tagen vor der Eizellenentnahme stehen häufig kurzfristige Termine bei Ärzt:innen an – etwa Ultraschall- und Blutkontrollen, die kaum im Voraus planbar sind. Wie eine Betroffene berichtet: *«Das Krankenhaus setzt einen Termin fest, den Sie nicht absagen können und für den es keinen Ausweichtermin gibt.»*⁶ Solche Restriktionen zeigen, dass bisherige Flexibilitätsangebote an ihre

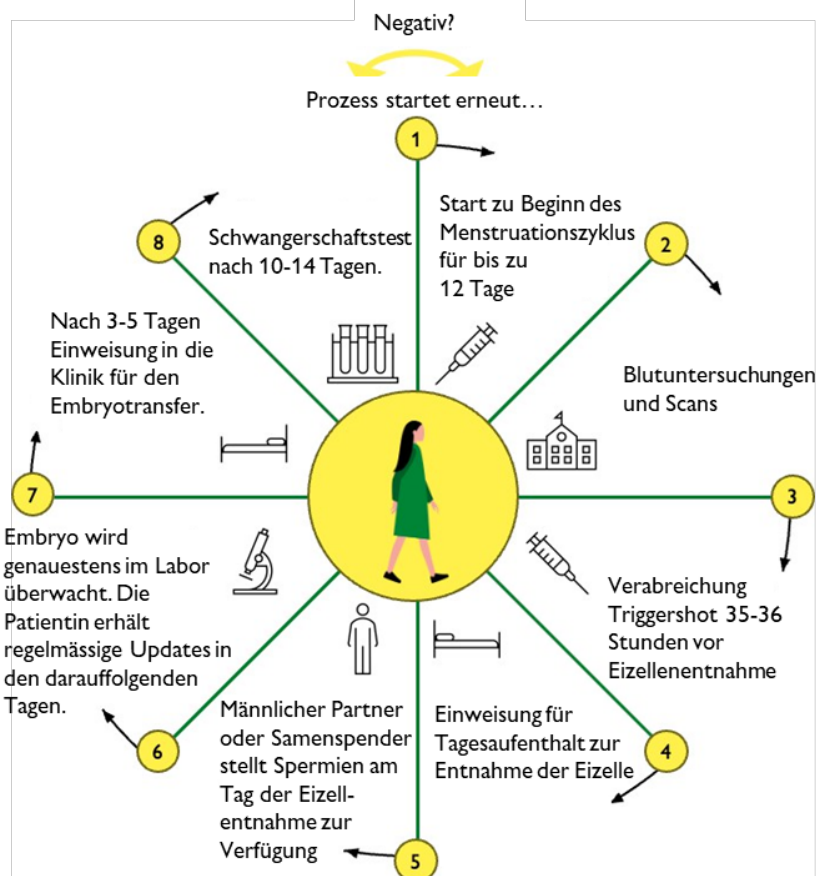
⁵ Da in der Schweiz die Aufbewahrungsfrist für kryokonservierte Eizellen auf zehn Jahre begrenzt ist, frieren einige Frauen ihre Eizellen zu früh ein, um ihr „fruchtbare Fenster“ sinnvoll zu verlängern.

⁶ Aus dem Interview mit einer ehemaligen IVF-Patientin.

Grenzen stossen, wenn es darum geht, die besonderen Anforderungen bei Fruchtbarkeitsbehandlungen angemessen zu unterstützen.

Während der Vorbereitungsphase der Behandlung erleben viele Frauen Stimmungsschwankungen. Diese Phase wird gefolgt von einer 9- bis 13-tägigen Stimulationsphase, in der täglich abends Medikamente zur Follikelreifung gespritzt werden. In dieser Zeit sind die Nebenwirkungen meist gering. Je näher jedoch die Eizellenentnahme rückt, desto stärker werden die Auswirkungen der Medikamente – was zu Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheitsgefühl) und verminderter Leistungsfähigkeit führen kann, wenn keine Arbeitsanpassungen möglich sind. Nach der Eizellenentnahme erhalten die Frauen regelmässig Updates zur Entwicklung der Eizellen oder Embryonen. Schliesslich kommt das wohl emotional belastendste Update: der Schwangerschaftstest. All das ist psychologisch äusserst fordernd. Eine Schwangerschaft wird bei etwa 35–40% der Frauen festgestellt, die mit der Behandlung begonnen haben. Davon erleben wiederum 20–30% eine Fehlgeburt. Das bedeutet, dass insgesamt nur rund 28–32% der Frauen, die mit einer Behandlung beginnen, tatsächlich Mütter werden. Die langfristigen Folgen gescheiterter IVF-Versuche sind besonders gravierend – dazu zählen ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Probleme in der Partnerschaft (Filetto & Makuch, 2005). Diese negativen Effekte verstärken sich, wenn es vor, während und nach der Behandlung keine ausreichende Unterstützung gibt.

Abb. 16. Ablauf eines typischen IVF-Zyklus



Ablauf basierend auf «Fertility Matters at Work» und Expert:inneninterviews für dieses Whitepaper. Bitte beachten: Dies ist ein mögliches Szenario eines IVF-Zyklus – der Ablauf kann je nach Person, medizinischem Team oder Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, unterschiedlich sein.

Fruchtbarkeitsbehandlungen wie IVF erfordern eine grosse Flexibilität, um den Arbeitstag während des etwa zweiwöchigen Behandlungszyklus individuell planen zu können (z. B. keine oder nur sehr eingeschränkte Dienstreisen). Mehr Flexibilität ist entscheidend, um den Stress während der Behandlung zu bewältigen. 19% der Frauen, die eine IVF durchlaufen haben, geben an, dass der Zwang, Urlaub für Untersuchungstermine zu nehmen, der belastendste Aspekt bei der Vereinbarkeit von Behandlung und Beruf war (Zurich UK, 2022).

Was hilft betroffenen Mitarbeitenden wirklich? (laut CIPD-Studie, UK, 2023)

- ✓ Bezahlte Freistellung für Arzttermine
- ✓ Verständnis durch Vorgesetzte
- ✓ Sonderurlaub (z. B. bei Misserfolg)
- ✓ Flexible Arbeitszeiten
- ✓ Homeoffice-Möglichkeiten während des Behandlungszyklus

Natürlich weiss eine Person zu Beginn ihrer Fruchtbarkeitsbehandlung oft noch nicht, wie sie sich fühlen wird – und wann sie welche Unterstützung braucht. Idealerweise, so eine Interviewpartnerin, die während der Arbeit eine IVF-Behandlung durchlief, sollte man es den Menschen *«selbst überlassen, wie viel sie arbeiten – je nachdem, wie sie sich fühlen»*; *«es kann zu kurzfristigen Leistungseinbrüchen kommen»*, und in bestimmten Phasen der Behandlung *«braucht es volle Flexibilität während der zwei Wochen des Zyklus.»*⁷ Der rechtliche Status der Unfruchtbarkeit in der Schweiz ist nicht eindeutig geklärt. Viele Mitarbeitende durchlaufen diese Prozesse mit der Unsicherheit, ob ihre Arbeitgebenden ihre Situation überhaupt als legitimes medizinisches Anliegen betrachten.

Präsentismus, Leistung und Fluktuation

Es ist im Interesse des Unternehmens, das Thema Fruchtbarkeit ernst zu nehmen. Wenn Mitarbeitende mit Fruchtbarkeitsproblemen nicht unterstützt werden, hat das negative Auswirkungen auf Fehlzeiten, Präsentismus, Leistung, Engagement und Bindung. Beispielsweise ergab eine Umfrage aus dem Vereinigten Königreich aus dem Jahr 2023, dass 18% der Personen, die sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterzogen, ihren Job wegen der Belastungen durch die Behandlung aufgaben (Kearns et al., 2024). In einer Umfrage von Fertifa und Fertility Network UK (2023) gaben 75% der Befragten an, dass ihre Produktivität durch Fruchtbarkeitsprobleme stark beeinträchtigt war – und mehr als ein Drittel sagte, dass sie kaum oder gar keine Unterstützung durch ihren Arbeitgeber erhalten hätten. 63% der Teilnehmenden einer weiteren Umfrage zur Frauengesundheit am Arbeitsplatz (ebenfalls im Vereinigten Königreich) berichteten ebenfalls von Leistungseinbrüchen und sagten, dass sie während der Behandlung Schwierigkeiten hatten, sich zu konzentrieren, Aufgaben zu priorisieren oder fokussiert zu arbeiten (Wilkinson et al., 2023).

«Arbeitgebende sollten Menschen mit Kindern oder mit Kinderwunsch sichtbar und strukturell unterstützen und es ihnen soweit wie möglich ermöglichen, Kinder zu haben. Freistellungen aufgrund von reproduktionsmedizinischen Behandlungen würden das Thema aus der Tabuzone holen.» – Expertin für Reproduktionsrecht

⁷ Aus dem Interview mit einer ehemaligen IVF-Patientin.

Ein rechtlicher Rahmen ist notwendig, um faire Bedingungen für alle zu schaffen.

Derzeit gibt es weltweit nur drei Länder mit gesetzlichen Regelungen zu bezahlten, auch längeren Absenzen aufgrund von Fruchtbarkeitsbehandlungen oder Diskriminierungsschutz in diesem Kontext: Malta, Südkorea und Japan. Die Unterstützung dem Ermessen einzelner Arbeitgebender zu überlassen, ist problematisch und könnte zu einer zunehmenden «reproduktiven Ungleichheit» führen, bei der einige Menschen unterstützt werden, Kinder zu bekommen und eine Familie zu gründen – während andere allein aufgrund ihres Arbeitsplatzes davon ausgeschlossen werden (Wilkinson et al., 2023).

«Ich denke, der Staat sollte die Verantwortung dafür übernehmen, Menschen mit Fruchtbarkeitsproblemen zu unterstützen. Wenn das Recht auf Fruchtbarkeits- oder Reproduktionsurlaub direkt von Arbeitgebenden gewährt wird, würde sich der Staat seiner Verantwortung entziehen, und es würde zu Ungleichbehandlung kommen. Der Zugang zu solchen Freistellungen oder zu assistierten Reproduktionstechnologien würde davon abhängen, wo man arbeitet – das ist unfair.» – Expertin für Reproduktionsrecht

Was können wir tun?

- ✓ Arbeitgebende oder Arbeitgeberverbände sollten formelle Richtlinien für Familienplanung und Fertilitätsbehandlungen entwickeln, damit Mitarbeitende sofort wissen, welche Unterstützung ihnen zur Verfügung steht. Die Inanspruchnahme sollte möglich sein, ohne dass direkte Vorgesetzte oder Kolleg:innen involviert werden müssen. Die Richtlinie sollte u. a. folgende Punkte umfassen:
 - Verlässliche und wirksame Informationen zu Fruchtbarkeit und Behandlungen, anonym zugänglich (z. B. Webinare, live oder als Download). Dieses Angebot ist kombinierbar mit weiteren Themen rund um Familienplanung und Fertilität wie z. B. Menopause.
 - Externe Beratungs- und/oder medizinische Angebote, die anonym und vertraulich in Anspruch genommen werden können. Beispiel: (a) medizinische Fachstellen, bei denen Mitarbeitende ihre Behandlung melden können, (b) Kommunikationsschnittstelle zur Führungskraft. Ob die Art und der Inhalt der Behandlung offengelegt werden, entscheidet die betroffene Person.
 - Unbezahlter Urlaub für Personen mit Fruchtbarkeitsthemen (einschliesslich Berücksichtigung von starken Nebenwirkungen bei Menstruation und/oder Menopause) oder während einer Behandlung. Wichtig: Diese Option sollte auch nach fehlgeschlagenen Versuchen verfügbar sein.
 - Flexible Arbeitsmodelle (z. B. volle Flexibilität bei der Tagesgestaltung, Homeoffice, keine oder eingeschränkte Dienstreisen während der Behandlung). Mitarbeitende sollten selbst entscheiden können, wie viel sie während einer bestimmten Phase der Behandlung arbeiten möchten.
 - Flexible Karrieregestaltung (z. B. geteilte Führungspositionen, Job Crafting).
 - Finanzielle Unterstützung für Kinderbetreuung.
 - Finanzielle Unterstützung bei Fruchtbarkeitsbehandlungen: Beispielsweise beim Einfrieren von Eizellen und Aufklärung über den idealen Zeitpunkt (z. B. vor dem 35.

Lebensjahr, wenn die Eizellenqualität noch hoch ist). Gleichzeitig sollte der Hinweis geliefert werden, warum eine Kryokonservierung in den frühen 20ern oft noch zu früh ist (wegen der geltenden 10-Jahres-Lagerfrist). Parallel dazu sollte man Alternativen aufzeigen (z. B. Fruchtbarkeitscheck, rechtzeitige ärztliche Beratung).

- ✓ Begleitende Prozesse und Massnahmen, um die tatsächliche Nutzung von Unterstützungsangeboten durch die Mitarbeitenden zu erhöhen:
 - Leistungsmessung nach Output und klaren Zielen – nicht nach Präsenz oder geleisteten Stunden.
 - Systeme zur Nachverfolgung von Fortschritt und Leistung im Home-Office oder in flexiblen Arbeitszeitmodellen.
 - Führungskräfte werden in wirkungsvoller Kommunikation mit Mitarbeitenden im Homeoffice oder in flexiblen Modellen («Check-in» statt «Kontrolle») geschult.
 - Sichtbare Rollenvorbilder, die bestehenden Arbeitsnormen herausfordern (z. B. Väter in Führungspositionen mit Elternzeit oder Teilzeitmodellen). Dies hilft, das Thema als legitim sichtbar zu machen und die Unternehmenskultur langfristig zu verändern.
 - Bei Schichtarbeit: Einrichtung eines «Flexpools» – ein interner und/oder externer Pool flexibel einsetzbarer Arbeitskräfte, die bei Abwesenheit (z. B. durch Behandlung oder Reduktion des Pensums) kurzfristig einspringen können.
- ✓ Der Bund sollte die Voraussetzungen für faire Bedingungen für alle Mitarbeitenden schaffen. Dazu gehören:
 - Gesetzliche Anpassungen, die die geltenden Regelungen zum Mutterschutz im Betrieb spiegeln.
 - Eine klare Einordnung des rechtlichen Status von Unfruchtbarkeit im Verhältnis zu Krankheit oder Schwangerschaft – damit das Recht auf bezahlte Freistellung für ärztliche Termine und angemessene Arbeitsanpassungen nicht infrage gestellt wird.
 - Expliziter Diskriminierungsschutz bei Fruchtbarkeitsproblemen.

«Das Problem ist: Selbst, wenn man eine bestimmte Art von Freistellung aufgrund von reproduktionsmedizinischen Behandlungen einführt – wenn sich die Unternehmenskultur nicht verändert und die betroffene Person, die ein Recht auf diese Freistellung hat, nicht das Gefühl hat, sie auch sicher in Anspruch nehmen zu können, weil sonst negative Konsequenzen im Job drohen ... dann stehen wir wieder ganz am Anfang.» – Expertin für Reproduktionsrecht

5.5 «Unfruchtbarkeit ist etwas, worüber ich lieber nicht rede (am Arbeitsplatz)»

Fehlgeburten und ein unerfüllter Kinderwunsch gehören nach wie vor zu den grössten Tabus in der Arbeitswelt – das damit verbundene Schweigen ist sogar stärker als bei Themen wie Sexualität oder Menstruation (Fertility Survey, 2024). Viele Menschen sprechen aus Angst vor Stigmatisierung, Mitleid oder Benachteiligung nicht über ihre Fruchtbarkeitsprobleme – weder mit ihren Kolleg:innen noch mit den Vorgesetzten. Eine Umfrage im Auftrag eines Kinderwunschzentrums in Deutschland zeigt, dass über 50% der Patient:innen nicht offen mit ihrem Arbeitgebenden über ihren Kinderwunsch oder Fruchtbarkeitsprobleme sprechen (Family Forward, 2024). In einer

aktuellen Umfrage im Vereinigten Königreich gaben weniger als die Hälfte der Personen in Behandlung an, dass sie ihre Vorgesetzten darüber informiert haben – sie betrachteten das Thema als Tabu am Arbeitsplatz (CIPD, 2023).

Offenlegen oder nicht?

Es gibt viele Gründe, warum Frauen und Männer nicht offenlegen möchten, dass sie eine Fruchtbarkeitsbehandlung durchlaufen. Schwangerschaft und kleine Kinder gelten in vielen Schweizer Unternehmen noch immer als «Karrierekiller». Studien zeigen, dass Mütter bei Beförderungen und bei der Auswahl für Führungspositionen benachteiligt werden (Heilman & Okimoto, 2008). Der «Maybe-Baby»-Bias betrifft sogar Frauen ohne Kinder: Frauen Anfang 30 werden häufig als Risiko eingestuft und als (Schwangerschafts-)«Unannehmlichkeit» betrachtet. Männer hingegen gelten als «sichere Wahl» (Gloor et al., 2018; Peterson Gloor, 2022). Kinderlose Frauen im Alter von 25–39 Jahren erhalten deshalb häufiger befristete Arbeitsverträge, kürzere Beschäftigungszeiten oder Absagen bei langfristigen, gut abgesicherten Stellenangeboten.

In einer Umfrage im Vereinigten Königreich wurden 131 Frauen befragt, die sich bewusst dagegen entschieden, ihre Fruchtbarkeitsprobleme am Arbeitsplatz zu offenbaren. Der häufigste Grund war der Wunsch nach Privatsphäre (64%). Weitere Gründe waren die Angst vor dem Bekanntwerden eines fehlgeschlagenen Versuchs (30%), das Stigma rund um das Thema (27%) sowie mögliche Auswirkungen auf die Karriere (26%) (CIPD, 2023).

Dieses Schweigen am Arbeitsplatz hat allerdings reale Kosten – Stress, sinkende Produktivität bzw. Qualität der Arbeit, Isolation im Team. Dieses sogenannte «Infertility Disclosure Dilemma» wird oft im Verlauf des IVF-Zyklus zunehmend belastend. Je weiter die Behandlung fortschreitet (siehe Ablauf eines typischen IVF-Zyklus), desto schwieriger wird es, Beruf und Privatleben zu vereinbaren. Das Nicht-Offenlegen kann auch für Arbeitgebende schwerwiegende Folgen haben: Präsentismus, Fluktuation und weitere negative Effekte.

Das Offenlegen von Fruchtbarkeitsproblemen erfordert ein sicheres Umfeld und eine Kultur des Vertrauens. Frauen sind von Benachteiligung in Bezug auf ihre Karriere betroffen, selbst wenn der Arbeitgeber nur vermutet, dass sie bald Kinder wollen (Peterson Gloor et al., 2022). Tatsächlich glaubt ein Drittel der Frauen mit kürzlich durchgeführter IVF im Vereinigten Königreich, dass eine Offenlegung ihren Job gefährden würde. 26% befürchten, dass ihre Engagement infrage gestellt wird, 16% sorgen sich um Ausgrenzung bei Projekten, 23% erwarten Nachteile für ihre Karriere (Zurich UK, 2022). Eine britische Studie zeigt: 24% der Beschäftigten, die ihre IVF offengelegt haben, wurden danach unfair behandelt (Pregnant then Screwed, 2023). Viele Betroffene fühlen sich gezwungen, ihren (Un-)Fruchtbarkeitsstatus geheim zu halten. Die Entscheidung eines Schweizer Versicherungsunternehmens, zusätzliche Urlaubstage für Behandlungen und Fehlgeburten zu gewähren, dürfte von Betroffenen sehr positiv aufgenommen worden sein (Tages Anzeiger, 2025).

Ein Gespräch mit einer nicht einfühlsamen oder nicht unterstützenden vorgesetzten Person kann das Stressempfinden und das Gefühl von Isolation verstärken. Fruchtbarkeitsprobleme offenzulegen ist eine komplexe Entscheidung – und für manche Personen schlicht keine Option. Fazit: Verschwiegenheit, respektive Einsamkeit in dieser Situation helfen weder den Arbeitgebenden

noch den Mitarbeitenden. Aber viel zu wenige Unternehmen schaffen die notwendige Vertrauenskultur und die strukturellen Rahmenbedingungen, die nötig wären, damit Mitarbeitende offen über das Thema sprechen können – ohne Angst vor negativen Konsequenzen.

«Es ist schon schwer genug, mit der eigenen Familie über dieses Thema zu sprechen. Wie schwierig muss es dann sein, mit dem Arbeitgeber darüber zu reden?» – Schweizer Parlamentarierin

«Führungskräfte sollten wissen, dass Betroffene ständig Medikamente überprüfen, häufig mit der Klinik kommunizieren, emotional stark belastet sind (Gedanken wie: «Wachsen meine Eizellen? Warum so wenige?»). Arbeitgebende können hier durch mehr Flexibilität und Freistellung konkret unterstützen.» – ehemalige IVF-Patientin

«Stigmatisierung abbauen und Bewusstsein schaffen. Die Einsamkeit in solchen Situationen verhindern. Über fehlgeschlagene Versuche wird kaum gesprochen – genau das müsste sich ändern.» – Führungskraft

Führungskräften fehlt es an Wissen über (Un-)Fruchtbarkeit

Es fällt vielen Beschäftigten schwer, sich im beruflichen Kontext zu Themen wie (Un-)Fruchtbarkeit zu äussern – ebenso herausfordernd ist es jedoch für Führungspersonen, sensibel und angemessen darauf zu reagieren. Nur 35% der Betroffenen gaben an, dass ihre Führungskraft wusste, wie sie konkrete Unterstützung leisten kann; lediglich 7% trauten dies der Personalabteilung zu (Wilkinson et al., 2023).

Wie viele Menschen verfügen auch Führungspersonen häufig über unzureichendes Wissen zu (Un-)Fruchtbarkeit, was eine konstruktive Reaktion auf entsprechende Offenlegungen in vertraulichen Gesprächen erschwert. Dies ist kritisch, da eine unterstützende und reflektierte Reaktion zentral für die gemeinsame Entwicklung nachhaltiger Lösungen ist.

«Menschen in Behandlung haben ein höheres Risiko für psychische Probleme. Arbeitgebende tragen Verantwortung, sie zu unterstützen – auch weil sie langfristige Folgen vermeiden möchten. Dafür müssen sie aber wissen, dass jemand betroffen ist. Die Offenlegung liegt in der Entscheidung der Mitarbeitenden. Im Idealfall sagen Arbeitgebende: «Wir stehen hinter dir – das ist eine Krankheit wie jede andere und wir unterstützen dich entsprechend.»» – Forscherin im Bereich Fruchtbarkeitsbehandlungen und Betreuung

Führungskräfte reagieren unterschiedlich – je nachdem, wie sie ihre Rolle in Bezug auf dieses Anliegen vonseiten der Mitarbeitenden verstehen. Ist es Teil meines Jobs, mich um solche Themen zu kümmern? Die meisten Unternehmen in der Schweiz beantworten diese Frage noch mit «nein» – deshalb setzen familienfreundliche Massnahmen meist erst nach der Geburt an (D&I Measures Questionnaire, 2024).

Einige Unternehmen entwickeln bereits kreative Ansätze: Eine ehemalige Patientin und deren Führungskraft schlugen gemeinsam ein Modell vor, bei dem Mitarbeitende ihre Bedürfnisse einer internen Vertrauensperson (z. B. einer ärztlichen Fachkraft) mitteilen können – diese koordiniert

dann den organisatorischen Aspekt mit der Führungskraft, ohne das genaue Thema offenlegen zu müssen.

«Führungskräfte müssen das Thema verstehen: Wie man Betroffene in der Behandlung unterstützt – z. B. Arzttermine, starke Nebenwirkungen durch Hormone, Notwendigkeit von Freistellung, eingeschränkte Leistungsfähigkeit trotz Anwesenheit. Bei Frauen mit kleinen Kindern ist dieses Verständnis oft selbstverständlich (mein Kind ist krank und niemand stellt dies infrage) – bei Frauen in Behandlung leider nicht. Hier braucht es viel mehr Unterstützung. Es kann seitens Arbeitgeberin viel mehr getan werden, um den ganzen Behandlungsprozess weniger schwierig und schmerzhaft zu gestalten.» – ehemalige IVF-Patientin

Was können wir tun?

- ✓ Neben der öffentlichen Aufklärung über Unfruchtbarkeit und dem Abbau von Tabus ist die Rolle von Führungspersonen zentral. Sie beeinflussen massgeblich das Wohlbefinden von Mitarbeitenden mit Kinderwunsch oder in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Der Impuls muss dabei von oben kommen: Führungspersonen sollten klar kommunizieren, dass sie Familienplanung und Fruchtbarkeitsbehandlungen als bedeutende Lebensereignisse anerkennen, die das Wohlbefinden und die Arbeitsleistung von Beschäftigten erheblich beeinflussen können.
- ✓ Arbeitgebende sollten Mitarbeitende dazu ermutigen, ihre Situation offenzulegen – sofern sie sich dabei sicher fühlen. Wie kann das konkret umgesetzt werden?
 - Einführung eines Tools zur Entscheidungsfindung, ob und wem Mitarbeitende ihre Fruchtbarkeitsprobleme mitteilen möchten. Das Tool könnte Reflexionsfragen enthalten wie: «Mein:e Vorgesetzte:r ist empathisch» oder «Menschen mit gesundheitlichen Herausforderungen werden fair beurteilt» – sowie Informationen zu internen und externen Unterstützungsangeboten, unabhängig davon, ob eine Offenlegung erfolgt. Ein entsprechendes Tool wird derzeit vom Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion (CCDI) der Universität St. Gallen entwickelt. Weitere Informationen finden sich auf folgender [Website](https://safe-space.io/home) (<https://safe-space.io/home>).
 - Für Mitarbeitende, die nicht mit der Führungskraft darüber sprechen möchten, sollten Unternehmen anonyme Unterstützungsstellen einrichten – z. B. eine Ombudsstelle oder externe Partner-institutionen.
- ✓ Arbeitgebende sollten klar definieren, wie und in welchem Umfang Führungskräfte Mitarbeitende mit sensiblen Anliegen unterstützen (z. B. medizinisch, psychisch). Formelle Führungsgrundsätze können Orientierung bieten und signalisieren, dass dies ein prioritäres Thema ist. Für nachhaltige Veränderung – z. B. bei Fruchtbarkeitsfragen – sind folgende Massnahmen sinnvoll:
 - Schulungen für Führungskräfte, um sensible Gespräche führen zu können (z. B. konstruktives Verhalten bei Offenlegung, gute Einzelgespräche führen).
 - Aufklärung über Fruchtbarkeitsthemen im Arbeitskontext: Führungskräfte sollten wissen, wie häufig Unfruchtbarkeit auftritt, welche Folgen sie hat und welche internen/externen Angebote es gibt.
 - Führungskräfte sollten dafür verantwortlich sein, eine psychologisch sichere Kultur im Unternehmen zu schaffen (d. h. Mitarbeitende können sensible Themen angstfrei

ansprechen, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen) (Edmondson & Lei, 2014).

- ✓ Ein sicheres und inklusives Arbeitsumfeld betrifft alle im Unternehmen. Alle Mitarbeitenden sollten ermutigt werden, einen positiven Beitrag zu leisten. Dazu könnten Trainings zur kollegialen Unterstützung angeboten werden – vergleichbar mit Erste-Hilfe-Kursen für psychische Gesundheit (Mental Health First Aid, MHFA, 2025). Sie vermitteln praktisches Wissen und Handlungskompetenz im Umgang mit psychisch belasteten Kolleg:innen, die sich aktuell in Behandlung befinden.

6 Was wäre, wenn ...?

Dieses Kapitel lädt zu einem Perspektivenwechsel ein. Es stellt eine einfache, aber tiefgreifende Frage: Was würde sich ändern, wenn wir (Un-)Fruchtbarkeit folgendermassen behandeln würden: als gesellschaftlich relevante, medizinische, wirtschaftliche und politische Herausforderung?

Und was würde sich verändern, wenn...

... die Schweiz eine umfassende, längerfristige Strategie zum Thema Familienplanung und Fruchtbarkeit hätte?

... sowohl die sexuelle als auch die reproduktive Gesundheit an Schulen und Universitäten gelehrt würden?

... die meisten Frauen in der Schweiz im Alter von 25 Jahren zum ersten Mal ein Kind bekämen?

... das Karrierefenster für Menschen ausserhalb der Altersspanne von 31-40 Jahren offen wäre?

... Eltern und Familien die Unterstützung erhalten würden, die sie für die Betreuung ihrer Kinder benötigen?

... Unfruchtbarkeitsbehandlungen (z. B. vier IVF-Zyklen) von der Versicherung übernommen würden?

... den Arbeitnehmenden rechtlich die nötige Flexibilität garantiert würde, während sie sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterziehen, und sie sich zudem sicher und ausreichend unterstützt fühlten, ihre Fruchtbarkeitsbehandlung am Arbeitsplatz offenzulegen?

Literaturverzeichnis

- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). ATLAS.ti (version 23.2.1) [Qualitative data analysis software]. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://atlasti.com>
- Baldur-Felskov, B., Kjaer, S. K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., ... & Jensen, A. (2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Human reproduction*, 28(3), 683-690.
- Beale, G., & Mawhinney, S. (2024, Juni). Suffering in Silence. Making the case for reproductive health in Australia. Abgerufen am 28. Februar 2025, von [Suffering-in Silence-making-the-case-for-reproductive-leave-in-Australia-web-compressed.pdf](#)
- Berner Zeitung (BZ) (2022, 5. November). Sollen Krankenkassen für den Kinderwunsch bezahlen? Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.bernerzeitung.ch/sollen-krankenkassen-fuer-den-kinderwunsch-bezahlen-432076698863>
- Bhattacharjee, N. V., Schumacher, A. E., Aali, A., Abate, Y. H., Abbasgholizadeh, R., Abbasian, M., ... & Bahri, R. A. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The lancet*, 403(10440), 2057-2099.
- Blöching, B., & Mertens, M. (2024, 5. Mai). Schweizer:innen offen gegenüber dem «Nachhelfen» beim Kinderkriegen. Abgerufen am 19. Februar 2025, von https://www.news.uzh.ch/de/articles/news/2024/assistierte_reproduktion.html
- Bögl, S., Moshfegh, J., Persson, P., & Polyakova, M. (2024). The economics of infertility: Evidence from reproductive medicine (No. w32445). National Bureau of Economic Research.
- Buchmann, M. (2021). Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Schweizer Arbeitsmarkt. *Wirtschaftswissenschaftliche Insights*. Universität Basel, Schweiz. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://wwz.unibas.ch/de/wwzinsights/>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2024a, 2. August). Sexuality education. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheits-in-kindheit-und-jugend/sexualaufklaerung.html>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2024b, 5. Dezember). Verfahren der Fortpflanzungsmedizin. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-fortpflanzungsmedizin/medizinische-praxis-im-bereich-fortpflanzung/verfahren-der-fortpflanzungsmedizin.html>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2020, Mai). Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone: Szenarien 2020-2050. Abgerufen am 11. März 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/BfS/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024a, 31. Juli). Kinderwunsch, Elternschaft. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/BfS/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien/kinderwunsch-elternschaft.html>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024b, 7. März). Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/31726522>

- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024c, 31. Juli). Wie würde sich die Geburt eines Kindes auswirken auf...? Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/32348833>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024d, 26. September). Erwerbssituation nach Geschlecht und Familiensituation. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/32331899>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024e, 10. Oktober). Bevölkerung: Panorama. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/33027163>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024f, 2. Oktober). Familien und Generationen Webpublikation. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/32647098>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024g, 2. Oktober). Beziehungsstatus, Personen im Alter von 18–80 Jahren – 2013, 2018, 2023. Abgerufen am 18. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/asset/de/32567899>
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2024h, 5. Juni). Geburtenhäufigkeit. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.BfS.admin.ch/BfS/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.html>
- Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2023). Wir möchten ein Baby – Information über Kostenübernahme für medizinisch unterstützte Fortpflanzung durch den IVF-Fonds. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/IVF-Fonds.html>
- Centre médical de fertilité Lausanne (CPMA) (2025). Cost of Treatments. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.cpma.ch/fr-fr/TreatmentsandMAP/Costsoftreatments>
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2023, Mai). Workplace support for employees experiencing fertility challenges, investigations or treatment. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.cipd.org/globalassets/media/knowledge/knowledge-hub/reports/2023-pdfs/2023-fertility-treatment-report-8382.pdf>
- Economiesuisse (2023, 26. Juni). Demographische Entwicklung: Die Pensionierungswelle reisst grosse Lücken auf. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://economiesuisse.ch/de/dossier-politik/demografische-entwicklung-der-schweiz-und-weltweit>
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 23-43.
- European Atlas of Fertility Treatment Policies (2024, 3. Dezember). Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://fertilityeurope.eu/atlas2024/>
- Eurostat (2024). Fertility Statistics. Abgerufen am 21. Februar 2025, von https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics
- Faas-Fehervary, P., & Busser Weiss, B. (2024). 50 Antworten rund ums Einfrieren von Eizellen. Zürich: Beobachter-Edition.
- Family Forward (2024, 29. April). Empowering family planning, together. Presentation from the launch event.
- Ferber, M. (2025, 7. März). Wendepunkt in der Geschichte der Menschheit. Das Zeitalter der Entvölkerung naht. Abgerufen am 3. März 2025, von <https://www.nzz.ch/wirtschaft/demografie-das-zeitalter-der-depopulation-naht-industrielaendern-droht-der-bevoelkerungs-kollaps-ld.1873817>

- Fertifa and Fertility Network UK (2023). Fertility in Focus: The UK's largest survey on the impact of fertility challenges in the workplace. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.fertifa.com/surveys/fertility-in-focus-the-impact-of-fertility-challenges-at-work>
- Filetto, J. N., & Makuch, M. Y. (2005). Long-term follow-up of women and men after unsuccessful IVF. *Reproductive biomedicine online*, 11(4), 458-463.
- Ford, W. C. L., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M. G. R., & Golding, J. (2000). Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction*, 15(8), 1703-1708.
- Gloor, J. L., Li, X., Lim, S., & Feierabend, A. (2018). An inconvenient truth? Interpersonal and career consequences of "maybe baby" expectations. *Journal of Vocational Behavior*, 104, 44-58.
- Heilman, M. E., & Okimoto, T. G. (2008). Motherhood: a potential source of bias in employment decisions. *Journal of applied psychology*, 93(1), 189.
- Holley, S. R., Passoni, M. R., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., Adler, N. E., & Pasch, L. A. (2012). Rates of major depression following IVF failure. *Fertility and Sterility*, 98(3), 234.
- Kearns, B., Heuclin, C., Wilkinson, K., Smee, H. & Thorogood, L. (2024). The impact of fertility challenges in the workplace. The case for action and legislative change. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://fertilitynetworkuk.org/wp-content/uploads/2024/03/White-Paper-ONLINE-VERSION.pdf>
- Kinderwunschzentrum Admira Winterthur (2025). Kosten | Admira Winterthur. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.admira.ch/de/kinderwunsch/kosten/>
- Ku, C. W., Pek, J. W., Cheung, Y. B., Melissa, D., Durgahshree, O. T., Chan, M., ... & Loy, S.L. (2025). Investigating male factors and their relationships with reproductive health outcomes: a case- control study protocol for Towards Optimal Fertility, Fathering, and Fatherhood study (TOFFFY) in Singapore. *BMJ open*, 15(1), e088143.
- Leeners, B., Geraedts, K., Imthurn, B., & Stiller, R (2013). The relevance of age in female human re- production – Current situation in Switzerland and pathophysiological background from a comparative perspective. *Gen Comp Endocrinol*, 188:166-174, Abgerufen am 18. März 2025, von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23523998/>
- Lienhard, M., Gafner, D., & Bernet, M. (2024). Bedürfnisse von betroffenen Personen während einer Kinderwunschbehandlung und deren Erwartungen an die pflegerische Betreuung (Vol. 11, Issue 2). *Medical Update Marketing & Media*. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://arbor.bfh.ch/handle/arbor/44547>
- MHFA (2025). Mental Health First Aid. Abgerufen am 18. März 2025, von <https://www.mental-healthfirstaid.org/take-a-course/what-you-learn/>
- Minsch, R., & Saurer, G. (2024, 1. Januar). Die erbarmungslose demographische Entwicklung. Abgerufen am 12. März 2025, von <https://www.economiesuisse.ch/de/artikel/die-erbarmungslose-demografische-entwicklung>
- Muncey, W., Scott, M., Lathi, R. B., & Eisenberg, M. L. (2025). The paternal role in pregnancy loss. *Andrology*, 13(1), 146-150.
- OECD (2024). Income. OECD Better Life Index. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/income/>

- Pärli, K., & Mahrer, D. (2022, April). Fortpflanzungsmedizin für alle? Sozialversicherungsrechtliche Aspekte Möglichkeiten und Grenzen der Sozialversicherung. Working Paper, URPP Human Reproduction Reloaded. Abgerufen am 21. Februar 2025, von www.seismoverlag.ch/site/assets/files/19187/wp_h2r_00422_paerli_et_mahrer.pdf
- Peipert, B., Montoya, M., Bedrick, B., Seifer, D., & Jain, T. (2022). Impact of in vitro fertilization state mandates for third party insurance coverage in the United States: a review and critical assessment. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 20(111).
- Peterson Gloor, J. L., Okimoto, T. G., & King, E. B. (2022). "Maybe baby?" The employment risk of potential parenthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 52(8), 623–642.
- Pregnant then Screwed (2023). One in four women undergoing fertility treatment experience unfair treatment at work. Press release and research. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://pregnantthenscrewed.com/one-in-four-women-undergoing-fertility-treatment-experience-unfair-treatment-at-work/>
- Schmid, J. J., Weber, S., & Ehlert, U. (2025). Who freezes her eggs and why? Psychological predictors, reasons, and outcomes of social egg freezing. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 23(1), 7.
- Seelmann, K. (2021). Rechte auf Versicherungsleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (2020), im Auftrag des BAG. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/fortpflanzungsmedizin/stellungnahmen-gutachten.html>
- Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., ... & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(4), 390-e1.
- Sotomo (2016). Sex in der Schweiz. Abgerufen am 18. März 2025, von <https://sotomo.ch/site/projekte/sex-in-der-schweiz/>
- Tagesanzeiger (2025, 31. Januar). Axa-Mitarbeitende bekommen frei bei künstlicher Befruchtung und Fehlgeburten. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.tagesanzeiger.ch/fehlgeburt-oder-kuenstliche-befruchtung-wann-gibt-es-in-schweizer-unternehmen-ferien-207940154225>
- The Economist Group (2024). Fertility policy and practice: A toolkit for Europe. Abgerufen am 28. Februar 2025, von https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/ei_fertility_policy_and_practice_a_toolkit_for_europe_final.pdf
- Universität Zürich (UZH) (2024, 24. April). Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study. Welle 1. Department of Sociology, URPP Human Reproduction Reloaded. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.humanreproduction.uzh.ch/en.html>
- Universitätsspital Zürich (USZ) (2024, 6. August). Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.usz.ch/en/disease/infertility-in-men-and-women/>
- US News & World Report (2024, 10. September). 10 countries with the best public health systems. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://www.usnews.com/news/best-countries/slideshows/countries-with-the-most-well-developed-public-health-care-system>
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ open*, 5(10), e009426.
- Wilkinson, K., Mumford, C., & Carroll, M. (2023). Assisted Reproductive Technologies and work, employment and society: extending the debate on organizational involvement

- in/responsibilities around fertility and reproduction. *Work, Employment and Society*, 37(5), 1419-1433.
- World Health Organization (WHO) (2023, 3. April). Infertility prevalence estimates 1990-2021. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.who.int/publications/i-item/978920068315>
- Zhang, C., Yan, L., & Qiao, J. (2022). Effect of advanced parental age on pregnancy outcome and off- spring health. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 39(9), 1969-1986.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) (2019, 10. September). Neue WIG Studie zeigt die enorme Krankheitslast des Rauchens. Abgerufen am 21. Februar 2025, von <https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2019/09/10/neue-wig-studie-zeigt-die-energie-krankheitslast-des-rauchens/>
- Zurich UK (2022, 22. Oktober). Women are hiding IVF treatment from their bosses for fear of losing their jobs, research finds. Abgerufen am 28. Februar 2025, von <https://www.zurich.co.uk/media-centre/women-are-hiding-ivf-treatment-from-their-bosses-for-fear-of-losing-their-jobs-research-finds>

Anhang

Datenbank

In diesem Abschnitt beschreiben wir unsere Datenbasis und die analytischen Ansätze für die Auswertungen. Die Datenbasis besteht aus einer Kombination von quantitativen Daten und qualitativen Interviewdaten. Die nachstehende Tabelle fasst die Datenbasis und die Untersuchungss Stichproben im Einzelnen zusammen.

Quantitative Daten

HSG Benchmarking Data 2024	• Anonymisierte Personal­daten von 370'000 Mitarbeitenden aus 90 Unternehmen und Organisationen in der Schweiz (7% der Schweizer Erwerbsbevölkerung), die jährlich vom <i>Competence Centre for Diversity and Inclusion (CCDI)</i> der Universität St. Gallen erhoben werden. • 138'000 der Beschäftigten sind in Führungspositionen. • Gemäss den Schweizer Datenschutzbestimmungen können Organisationen Mitarbeiterdaten nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Ausbildung, Nationalität und Sprache erheben. Die Daten entsprechen dem Stand vom 31.12.2023.
D&I Measures Questionnaire 2024	• Fragebogendaten von 89 D&I-Verantwortlichen oder HR-Fachleuten aus Unternehmen und Organisationen in der Schweiz, die jährlich vom Competence Centre for Diversity and Inclusion (CCDI) an der Universität St. Gallen erhoben werden. Jede Fachperson berichtete über z. B. welche DE&I-Massnahmen im Unternehmen bereits durchgeführt werden oder für die Zukunft geplant sind. • Datenerhebung im Februar und März 2024.
Daten vom Bundesamt für Statistik	• Daten, die 2023 im Rahmen der Umfrage «Familien und Generationen» bei 10'000

	in der Schweiz lebenden Personen erhoben wurden. • Daten zur medizinischen Praxis in der Reproduktionsmedizin werden jährlich in der ganzen Schweiz erhoben und stammen von Organisationen wie der FIVNAT, dem BAG und dem EAZW, wobei das Monitoring durch direkte Befragungen erfolgt. • 71,6% der Frauen und 73,1% aller Schweizer:innen leben in einer Beziehung, davon 71,4% in einer heterosexuellen Beziehung. • 2,4% bezeichnen sich als homosexuell (basierend auf einer Online-Umfrage von Sotomo zwischen dem 29.07.2016 und 28.08.2016 mit 29'350 Personen).
Switzerland Report 2024	• 623 Mitglieder der Generation Z und Millennials, die in der Schweiz leben. • 35% Generation Z (20-26 Jahre), 65% Millennials (27-37 Jahre). • 51% Frauen, 49% Männer. • 46% Universitätsabschluss, 38% Sekundarschulabschluss, 16% Primar- oder Grundschulabschluss. • Die Daten wurden per Online-Umfrage im März und April 2024 von einem Marktforschungsunternehmen im Auftrag von Merck Schweiz erhoben.
Geburtenerhebung 2024	• 1564 Personen, die in Deutschland leben, wurden befragt. • 787 Frauen, 777 Männer. • 25-30 Jahre alt = 33%, 31-35 Jahre alt = 34%, 36-40 Jahre alt = 33%. • 54% Hochschulabschluss, 28,5% Berufsausbildung. • Datenerhebung per Online-Umfrage im Mai 2025 durch einen Marktforschungsanbieter im Auftrag von Merck Deutschland.
Interview Daten	
HSG Benchmarking-Daten 2024	• Anonymisierte Personaldaten von 370'000 Mitarbeitenden aus 90 Unternehmen und Organisationen in der Schweiz

(7% der Schweizer Erwerbsbevölkerung), die jährlich vom *Competence Centre for Diversity and Inclusion (CCDI)* der Universität St. Gallen erhoben werden.

- 138'000 der Beschäftigten sind in Führungspositionen.
- Gemäss den Schweizer Datenschutzbestimmungen können Organisationen Mitarbeiterdaten nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Ausbildung, Nationalität und Sprache erheben. Die Daten entsprachen dem Stand vom 31.12.2023.

Analytischer Ansatz

Die zwei primären Ziele dieses Whitepapers waren folgende: Erstens wollten wir die wichtigsten Mythen und Fehlannahmen der drei Stakeholder-Gruppen (d. h. Betroffene, Arbeitgeber:innen/Führungskräfte, Schweizer Regierung) zu (Un-)Fruchtbarkeit und Familienplanung in der Schweiz identifizieren. Zweitens war es unser Ziel, konkrete Handlungsempfehlungen für alle drei Stakeholder zu formulieren. Zu diesem Zweck haben wir für die Analysen einen Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der quantitative und qualitative Methoden integriert, um die Ergebnisse zu überprüfen und die Robustheit der Schlussfolgerungen zu erhöhen.

Bei den qualitativen Methoden wurden zunächst 14 halbstrukturierte Interviews mit 18 Personen mit unterschiedlichem Hintergrund und Fachgebiet geführt, um ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven zu erfassen. Die Interviewdaten wurden anschliessend mit der qualitativen Datenanalysesoftware ATLAS.ti (2023, Version 23.2.1) kodiert und auf gemeinsame Themen hin analysiert. Während einige der Kodierungskategorien vor der Analyse entwickelt wurden, war ein Grossteil der Analysen induktiv und zielte darauf ab, (a) die Daten zu erforschen und (b) die falschen Vorstellungen über (Un-)Fruchtbarkeit und Familienplanung zu bestätigen, die wir in einer detaillierten Literaturübersicht identifiziert hatten. Insgesamt stellten wir fest, dass die meisten der aus der Literatur abgeleiteten Fehlannahmen von den Befragten angesprochen wurden. Die Daten und der Austausch mit den Expert:innen halfen uns, einige Besonderheiten dieser Fehlannahmen im Schweizer Kontext besser zu verstehen.

Zweitens führten wir deskriptive Analysen der quantitativen Daten durch und konzentrierten uns dabei in erster Linie auf Indikatoren der zentralen Tendenz (z. B. Mittelwert, Median, Häufigkeiten) und der Variabilität (z. B. Spannweite, Standardabweichung).