Rekordtiefe Geburtenrate: Was sie für das Gesundheitswesen bedeutet und wo Reproduktionsmedizin ansetzen kann

Sinkende Geburtenzahlen: Herausforderungen und Möglichkeiten

Die Schweiz verzeichnet mit 1.28 Kindern pro Frau die tiefste Geburtenrate ihrer Geschichte. Gleichzeitig verschiebt sich die Familiengründung immer weiter nach hinten und stösst dabei zunehmend an biologische Grenzen. Für das Gesundheitswesen ergeben sich daraus langfristige Fragen, aber auch konkrete Ansatzpunkte.

Im Juni 2026 hat das Bundesamt für Statistik die definitiven Zahlen für 2025 publiziert: 78 200 Geburten, eine zusammengefasste Geburtenziffer von 1.28 Kindern pro Frau und damit der vierte Rückgang in Folge. Zum Vergleich: 2021 waren es noch rund 89 600 Geburten. Das Reproduktionsniveau von 2.1 Kindern pro Frau hat die Schweiz seit über vier Jahrzehnten nicht mehr erreicht.

Parallel dazu wurde 2025 eine demografische Schwelle überschritten, die lange angekündigt war. Erstmals leben in der Schweiz mehr Menschen über 65 Jahren (1.81 Millionen) als unter 20 Jahren (1.80 Millionen). Der Bundesrat hat im November 2025 mit dem Bericht «Demografische Entwicklung der Schweiz» erstmals eine kohärente Auslegeordnung vorgelegt.

Diese Entwicklung wird in der öffentlichen Debatte meist gesellschafts- und familienpolitisch verhandelt. Für Akteure im Gesundheitswesen lohnt sich jedoch ein zweiter Blick. Denn ein Teil des Rückgangs hat medizinische Ursachen, die bislang wenig systematisch adressiert werden. Genau diese Schnittstelle stand im Zentrum des diesjährigen Cada Circle, der Konferenz für Reproduktionsmedizin, an der sich über 150 Fachpersonen aus Reproduktionsmedizin, Gynäkologie, Andrologie und Endokrinologie in Zürich austauschten.

Die demografische Herausforderung wird sichtbar

Die Alterung der Schweizer Bevölkerung ist in erster Linie eine Folge der hohen Lebenserwartung und der geburtenstarken Jahrgänge, die nun ins Rentenalter kommen. Die aktuell tiefe Geburtenrate wirkt sich demgegenüber erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung aus, nämlich dann, wenn die heute nicht geborenen Kinder





Über 150 Fachpersonen aus Reproduktionsmedizin, Gynäkologie, Andrologie und Endokrinologie diskutierten am Cada Circle 2026 die Zukunft der reproduktiven Gesundheit in der Schweiz.

als Erwerbstätige und Beitragszahlende fehlen würden. Beide Effekte überlagern sich in den kommenden Jahrzehnten.

Die Szenarien des Bundesamts für Statistik illustrieren die Grössenordnung. Der Altersquotient, also die Zahl der über 65-Jährigen pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter, lag 2020 bei 30.9. Bis 2050 dürfte er im Referenzszenario auf 51.7 steigen. Das Referenzszenario rechnet dabei mit einer angenommenen Geburtenziffer von 1.4, also spürbar über dem aktuellen Wert.

Mögliche Folgen für Versorgung und Finanzierung

Welche konkreten Auswirkungen sich daraus für das Gesundheitswesen ergeben, lässt sich nicht abschliessend beziffern. Einzelne Entwicklungen sind jedoch bereits gut dokumentiert und dürften sich durch die demografische Verschiebung tendenziell verstärken.



Beim Pflegepersonal weist das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) auf eine erhebliche Lücke hin. Nach den Prognosen des Obsan-Berichts 71 werden bis 2030 rund 43 000 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe benötigt, während im gleichen Zeitraum etwa 29 000 ausgebildet werden dürften. Für die Alters- und Langzeitpflege erwartet das Obsan bis 2040 einen Nachfrageanstieg von rund 56 Prozent, was etwa 37 000 zusätzlichen Pflegebetten entspräche.

Auch bei den Sozialversicherungen zeichnen sich Verschiebungen ab. Das Bundesamt für Sozialversicherungen rechnet im Referenzszenario mit einem Umlagedefizit der AHV von rund 5.7 Milliarden Franken bis 2040. Die Reform AHV 2030 wurde im Mai 2026 in die Vernehmlassung geschickt und wird explizit als Antwort auf den demografischen Druck begründet.

Ob und in welchem Ausmass eine höhere Geburtenrate diese Entwicklungen abfedern könnte, ist unter Fachleuten umstritten. Internationale Erfahrungen zeigen, dass familienpolitische Massnahmen die Geburtenrate zwar beeinflussen, den langfristigen Trend aber in keinem europäischen Land umgekehrt haben. Norwegen etwa hat trotz konsequentem Ausbau der Kinderbetreuung einen Rückgang von 2.0

auf 1.4 Kinder pro Frau zwischen 2009 und 2022 verzeichnet. Realistisch geht es deshalb weniger um Trendumkehr als darum, vermeidbare Hürden abzubauen.

Ein immer späterer Kinderwunsch trifft auf biologische Grenzen

Hier setzt der medizinische Teil der Diskussion an. Das durchschnittliche Alter von Müttern bei der ersten Geburt lag 2024 bei 31.3 Jahren und damit im europäischen Spitzenfeld. Fast jede dritte Frau in der Schweiz ist bei der ersten Geburt über 35 Jahre alt.

Dem steht eine biologische Realität gegenüber, die in der breiten Wahrnehmung systematisch unterschätzt wird. Die Wahrscheinlichkeit, pro Zyklus auf natürlichem Weg schwanger zu werden, liegt mit 30 Jahren bei rund 30 Prozent, mit 35 Jahren bei etwa 15 Prozent und mit 40 Jahren nur noch bei circa 5 Prozent. Der Grund liegt nicht allein in der abnehmenden Zahl der Eizellen, sondern auch in ihrer genetischen Qualität: Ab einem mütterlichen Alter von 38 Jahren ist über die Hälfte aller Embryonen chromosomal auffällig, ab 43 Jahren sind es über 80 Prozent. Eine hormonelle Stimulation kann die Anzahl gewonnener Eizellen steigern, an dieser altersgebundenen Qualität ändert sie nichts.

Weltweit ist laut Weltgesundheitsorganisation rund jede sechste Person im Laufe des Lebens von Unfruchtbarkeit betroffen. Neben dem Alter spielen dabei Erkrankungen wie Endometriose, hormonelle Störungen sowie Lebensstil- und Umweltfaktoren eine Rolle.

Deutlich zu wenig Beachtung findet nach wie vor der männliche Faktor, der in rund 40 bis 50 Prozent aller Fälle eines unerfüllten Kinderwunsches beteiligt ist. Eine internationale Metaanalyse dokumentiert für den Zeitraum 1973 bis 2018 einen Rückgang der durchschnittlichen Spermienkonzentration um 51.6 Prozent, mit beschleunigter Dynamik nach dem Jahr 2000. Die Schweizer Daten fügen sich in dieses Bild: In einer Untersuchung an über 2500 jungen Männern erfüllten nur 38 Prozent alle drei WHO-Referenzwerte für Spermienkonzentration, Beweglichkeit und Morphologie.



Prof. Dr. Samir Hamamah, Reproduktionsmediziner am Universitätsspital Montpellier und Mitverfasser des französischen Fertilitätsplans, am Cada Circle 2026 in Zürich.



Dr. med. Maddalena Masciocchi, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin bei Cada in Zürich.

Reproduktionsmedizin als unterschätzter Versorgungsbereich

Die Reproduktionsmedizin leistet in der Schweiz bereits heute einen messbaren Beitrag. 2023 wurden gemäss Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung 6513 Paare mit IVF oder ICSI behandelt, 2511 Kinder kamen auf diesem Weg zur Welt. Das entspricht rund drei Prozent aller Geburten in der Schweiz. Zum Vergleich: In sechs europäischen Ländern mit gut zugänglicher Kostenübernahme liegt dieser Anteil bei über fünf Prozent.

Auffällig ist die Entwicklung bei der Kryokonservierung von Eizellen. Die Zahl der Frauen, die diesen Schritt gehen, hat sich zwischen 2019 und 2023 von 841 auf 2551 verdreifacht. Das deutet auf ein wachsendes Bewusstsein hin, aber auch darauf, dass viele Frauen die Lücke





zwischen sozialem und biologischem Zeitfenster selbst überbrücken müssen.

Ein struktureller Faktor bleibt dabei die Finanzierung. In der Schweiz übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Sterilitätsabklärung sowie bis zu drei Inseminationszyklen, nicht aber die IVF-Behandlung selbst. Die Selbstkosten liegen je nach Verfahren typischerweise zwischen 6000 und 8000 Franken pro Zyklus, häufig mehr. Frankreich deckt demgegenüber bis zu vier IVF-Versuche vollständig, Belgien bis zu sechs Zyklen, Deutschland hälftig bis zu drei Versuche. Die Schweiz gehört damit zu den restriktivsten Regimes Westeuropas. Studien aus den USA zeigen, dass eine Ausweitung der Kostenübernahme die Inanspruchnahme erheblich steigert.

ExpertInnen bringen es auf den Punkt

«Political willingness to act is key.»
Prof. Dr. Samir Hamamah, Universitätsspital Montpellier

«Eine höhere Geburtenrate lässt sich nicht verordnen. Die Schweiz kann aber bessere Voraussetzungen schaffen, damit ein bestehender Kinderwunsch nicht an fehlendem Wissen, vermeidbaren gesundheitlichen Risiken oder einem zu späten Zugang zur medizinischen Versorgung scheitert.»
Dr. med. Maddalena Masciocchi, Cada

«Der Rückgang der Spermienkonzentration ist eine wissenschaftliche Debatte. Die Bedeutung der männlichen Fertilität ist keine Debatte.»
Dr. med. Noémie Lautenbach, Andrologie, am Cada Circle 2026

Frankreich als Referenzrahmen

Frankreich hat auf eine vergleichbare Entwicklung mit einer nationalen Strategie reagiert. Der «Plan de lutte contre l'infertilité» wurde im Februar 2026 offiziell lanciert und umfasst vier Handlungsfelder mit sechzehn ersten Massnahmen. Er baut auf einem Expertenbericht auf, den Prof Dr. Samir Hamamah, Reproduktionsmediziner am Universitätsspital Montpellier, mitverfasst hat.

Der Plan verbindet Prävention, Aufklärung, Diagnostik und Forschung. Reproduktive Gesundheit wird ab der Sekundarstufe thematisiert, alle 29-Jährigen erhalten seit Februar 2026 eine Information zu reproduktiver Gesundheit, ein nationales Referenzportal wurde aufgeschaltet, und die Infertilitätsprävention wird in die Ausbildung von Ärztinnen, Apothekern, Hebammen und Pflegefachpersonen integriert. Über das Programm France 2030 fliessen rund 30 Millionen Euro in die Fertilitätsforschung.

Als Hauptredner am Cada Circle 2026 (Konferenz für Reproduktionsmedizin in Zürich) ordnete Hamamah die Entwicklung ein: «Political willingness to act is key.» Die Rahmenbedingungen der beiden Länder unterscheiden sich, doch einzelne Elemente des französischen Ansatzes liessen sich auf die Schweiz übertragen.

Ansatzpunkte für die Schweiz

Aus der Diskussion am Cada Circle und dem Vergleich mit Frankreich lassen sich vier Handlungsfelder ableiten, die ohne grundlegenden Systemumbau zugänglich wären.

Erstens verständliche Information zur altersabhängigen Fruchtbarkeit. Eine internationale Erhebung zeigt, dass Menschen im Durchschnitt nur rund 57 Prozent der Fragen zu Fruchtbarkeit korrekt beantworten. Aufklärung wirkt, verliert allerdings ohne Wiederholung nach einigen Monaten an Wirkung.

Zweitens ein niederschwelliger Zugang zu Beratung und Diagnostik. Eine Fruchtbarkeitsanalyse ist risikofrei und liefert eine belastbare Grundlage für die weitere Planung. Sie sollte nicht erst dann zugänglich sein, wenn bereits ein Behandlungsbedarf besteht.

Drittens eine bessere Vernetzung der Disziplinen. Hausarztmedizin, Gynäkologie, Urologie, Andrologie und Reproduktionsmedizin arbeiten heute weitgehend nebeneinander. Gerade beim männlichen Faktor kann das zu vermeidbaren Verzögerungen bei einem unerfüllten Kinderwunsch führen.

Viertens eine Klärung, welchen Stellenwert reproduktive Gesundheit im Leistungskatalog künftig einnehmen soll. Der Bundesrat hat im Januar 2025 Eckwerte zur Legalisierung der Eizellspende festgelegt und damit eine erste Debatte eröffnet.

Fazit

Eine höhere Geburtenrate lässt sich nicht verordnen, und ob und wann Menschen eine Familie gründen, bleibt eine persönliche Entscheidung. Was das Gesundheitswesen beeinflussen kann, sind die Voraussetzungen. Reproduktive Gesundheit sollte deshalb nicht länger als private Randfrage behandelt, sondern als Bestandteil von Prävention und Versorgung mitgedacht werden. Der Aufwand dafür ist im Vergleich zu anderen gesundheitspolitischen Baustellen überschaubar, der potenzielle Nutzen für die betroffenen Menschen erheblich.

Weitere Informationen

www.cada.com