

3. Medizinische und rechtliche Ausgangslage

Wunscheltern agieren innerhalb eines Umfelds, welches einerseits durch medizinische Möglichkeiten, andererseits durch rechtliche Vorgaben geprägt ist. Diese Ausgangslagen für den Kontext Schweiz zu kennen, ist Voraussetzung für das Verständnis der Ausführungen in diesem Buch.

3.1 Medizinische Grundlagen und Möglichkeiten

3.1.1 Begriffe

Im reproduktionsmedizinischen Diskurs finden sich die drei Begriffe »Infertilität/Unfruchtbarkeit«, »Sterilität« und »Subfertilität«, wobei häufig darauf verwiesen wird, dass die Begriffe synonym verwendet werden. Streng genommen bezeichnet »Unfruchtbarkeit« bzw. »Infertilität« die nicht realisierbare Möglichkeit, ein lebendes Kind zu gebären, was sich beispielsweise durch wiederkehrende Fehlgeburten bemerkbar macht. »Sterilität« hingegen meint den Umstand, dass sich keine Schwangerschaft einstellen kann. Damit wird folglich ein absoluter Zustand markiert, was sich in der Empirie nur äusserst selten so zeigt. Meistens führt die Konstellation eines heterosexuellen Paares zu deren »Subfertilität«. Wenn sowohl die Frau als auch der Mann Einschränkungen hinsichtlich der Fertilität aufweisen, kann es zur Verzögerung der Empfängnis kommen. Verfügt nur eine der beiden Personen über solche Einschränkungen, kann es sein, dass sich die Subfertilität in der Paarkonstellation gar nicht zeigt. »Subfertilität« ist damit ein relationales und kein absolutes Konzept (vgl. Ludwig/Diedrich/Nawroth 2020). In diesem Buch wird der Begriff der »Unfruchtbarkeit« bzw. »Infertilität« verwendet, um den akuten Zustand der erschwerten Empfängnis oder aber der Fähigkeit, ein lebendes Kind zu gebären, zu benennen. Das Verhältnis zwischen »fruchtbar« und »unfruchtbar« wird dabei nicht als binär verstanden, sondern als ein Kontinuum.

Wichtiger als die medizinischen Feinheiten in den Begriffen erweist sich der Unterschied zwischen der Auffassung von Unfruchtbarkeit als Krankheit und eines unerfüllten Kinderwunsches als soziale Kondition. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche in diesem Kontext häufig zitiert wird, spricht von der Krankheit »Unfruchtbar-

keit«, wenn nach zwölf Monaten ungeschützten Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft erzielt werden konnte.¹ Wunschertern jedoch sehen sich selten als »krank«, sondern sprechen viel eher von einer unverschuldeten physischen Behinderung (»disability«) (vgl. Tjørnhøj-Thomsen 2005: 75) bzw. nicht von dem *Vorhandensein* einer pathologischen Kondition, sondern von der *Abwesenheit* einer erwünschten Kondition (vgl. Greil 1991: 47). In den vorliegenden Daten bezeichnen sich die Wunschertern eher als »von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen«, denn als »krank«. Wenn von »Krankheit« die Rede war, dann meistens in Bezug auf diejenigen Konditionen, welche die Unfruchtbarkeit *verursachen*, nicht jedoch die Unfruchtbarkeit selbst (z. B. eine Endometriose, s. u.).

3.1.2 Statistiken, mögliche Ursachen und Therapiemöglichkeiten

In ihrem Vortrag an der Universität Basel führt die Reproduktionsmedizinerin Brigitte Leeners aus, dass die weibliche Fruchtbarkeit mit ungefähr 25 Jahren abzunehmen beginne. Das zunehmende Durchschnittsalter der Eltern – insbesondere der Frau – bei der Familiengründung ist ein entscheidender Faktor, der einen unerfüllten Kinderwunsch bedingen kann. In der Schweiz sind schätzungsweise 10–15 Prozent aller Paare davon betroffen. 2,56 Prozent aller Neugeborenen im Jahr 2019 wurden durch eine künstliche Befruchtung gezeugt (vgl. Leeners 2022).²

Neben dem Alter kommen weitere entscheidende medizinische Faktoren hinzu, die einen biologisch bedingten unerfüllten Kinderwunsch wahrscheinlich machen können. Das Universitätsspital Zürich nennt als mögliche Ursachen bei Männern insbesondere die Spermienqualität: Spermien können zu wenig beweglich, fehlgebildet oder in ihrer Quantität unzulänglich sein. Dies kann in einem Kinderwunschzentrum mittels eines sog. Spermioграмms untersucht und vergleichsweise rasch und unkompliziert festgestellt werden. Biologisch weiblich bedingte Ursachen sind vielfältiger und komplexer in der Diagnose. Zunächst sind diverse hormonelle Erkrankungen zu nennen, die eine Störung der Eizellreifung hervorrufen können – im vorliegenden Sampling stellten beispielsweise das PCOS (Polyzystisches Ovar-Syndrom) oder ein tiefer AMH-Wert (Anti-Müller-Hormon, welches Auskunft über die Eizellreserve gibt) eine solche Störung dar. Hinzu kommen mechanische Einschränkungen wie fehlende, blockierte oder beschädigte Eileiter, die es verunmöglichen, dass die Spermien die Eizelle erreichen. Schliesslich ist auch Endometriose häufig mitverantwortlich für eine sich nicht einstellende Schwangerschaft – Gebärmuttererschleimhaut sammelt sich im gesamten Bauchraum an und beeinträchtigt aufgrund dadurch entstehender Vernarbungen und Zysten die Funktion der reproduktiven Organe. Häufig wird davon ausgegangen, dass ein unerfüllter Kinderwunsch in 30 Prozent der Fälle auf den Mann, in 30 Prozent auf

1 Vgl. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

2 Vgl. für die Aufarbeitung internationale Zahlen und Statistiken z. B. Inhorn (2021); Paes de Almeida Ferreira Braga et al. (2018); Ullrich (2022). Weltweit sind je nach Statistik bis heute zwischen fünf und acht Millionen Menschen mithilfe einer künstlichen Befruchtung gezeugt worden.

die Frau und in 30 Prozent auf beide zurückzuführen ist. In ungefähr 10–20 Prozent der Fälle kann nicht ergründet werden, worauf die Situation zurückzuführen ist.³

Obwohl sich in den Daten gezeigt hat, dass jeder Fall individuell ist und sich der unerfüllte Kinderwunsch aufgrund diverser Faktoren oder deren Kombinationen ergibt, existiert unabhängig von der konkreten medizinischen Diagnose ein Behandlungsplan, der immer ähnlich ist. Auf der Homepage einer gynäkologischen Praxis⁴ werden die Therapieformen als »Stufen« benannt, die in der Regel nacheinander durchlaufen werden – jede Stufe ist etwas invasiver als die vorherige. Die erste Stufe umfasst ein Zyklusmonitoring. Mithilfe eines Ultraschalls wird der Zeitpunkt des Eisprungs ermittelt, sodass der Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt stattfinden kann.⁵ Etwas invasiver wird die zweite Stufe, bei der zur Unterstützung des »natürlichen Zyklus« Hormone in Form von Tabletten oder Spritzen (sog. »Auslösespritzen«) zum Einsatz kommen – etwa, um den Eisprung auszulösen oder die Gelbkörperhormonproduktion anzuregen. Die »Intrauterine Insemination« (meist auch »IUI« oder einfach »Insemination« genannt) ist die dritte Stufe. Dabei muss der Mann eine Spermaprobe abgeben, diese wird aufbereitet und danach über einen Schlauch direkt in die Gebärmutter gespritzt. Diese Prozedur dauert nur ungefähr zehn Minuten. Die vierte Stufe hat sich in den vorliegenden Daten als diejenige erwiesen, die die Interviewten am stärksten herausgefordert hat – sowohl hinsichtlich der Entscheidung dafür oder dagegen wie auch in Bezug auf die Behandlung selbst, die mit vielen körperlichen, psychischen und finanziellen Folgen einhergehen kann (vgl. 7. Kapitel): die künstliche Befruchtung (auch »IVF«, »In-Vitro-Fertilisation« genannt). Dabei werden der Frau Hormone verabreicht, die in den Eierstöcken zu einer Überproduktion an Eibläschen (Follikel) führen. Für die Frau bedeutet dies, dass sie sich über einen gewissen Zeitraum selbst Spritzen setzen und mehrmals im Kinderwunschzentrum vor Ort sein muss, um das Follikelwachstum überprüfen zu lassen. Mittels eines Ultraschalls und unter einer Kurznarkose werden ihr dann die reifen Eizellen entnommen. Die:der Reproduktionsmediziner:in sticht mit einer Nadel in den Eileiter, welchen sie:er durch die Vagina erreicht. Die Follikel werden nacheinander durchstoßen (»punktiert«) und ausgesogen. Bei einer »klassischen« künstlichen Befruchtung werden die Eizellen mit aufbereiteten Spermien zusammengebracht, sodass sich diese im besten Fall befruchten lassen. Häufiger jedoch wird eine Variante der IVF angewandt, die ICSI (sprich »Ixi«, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion). Dabei wird ein ausgewähltes Spermium direkt in die Eizelle injiziert. Sofern sich eine oder mehrere Eizellen haben befruchten lassen und sich normgemäß weiterentwickelt haben, wird der Frau nach drei bis fünf Tagen eine von diesen sog. »Blastozysten« eingesetzt (sog. Embryotransfer), in der Regel ohne Narkose. Nach ungefähr zwei Wochen kann mittels eines Bluttests ermittelt werden, ob die Behandlung erfolgreich war und sich eine Schwangerschaft eingestellt hat (vgl. ausführlich zum idealtypischen Ablauf einer Fertilitätsbehandlung Gerrits 2016: 257–268). Die Blastozysten, die in diesem Zyklus nicht zum Ein-

3 Vgl. ausführlicher <https://www.usz.ch/kinderwunsch/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

4 Vgl. <https://gyn-health.ch/de/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch-stufenkonzept>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

5 »VZO«, »Verkehr zum Optimum«, in den Daten wird darauf auch durch den Ausdruck »Geschlechtsverkehr nach Plan« referiert.

satz kommen, können bei minus 196 Grad Celsius kryokonserviert und für einen späteren Zeitpunkt aufgehoben werden (vgl. Czarnecki 2022: 90; Ullrich 2022: 279).

In der Schweiz beginnen gemäss Bundesamt für Statistik⁶ jedes Jahr gut 3000 Frauen eine IVF-Behandlung. Im Jahr 2022 waren insgesamt 6'609 Frauen in Behandlung, wobei 12'439 Zyklen durchgeführt wurden. 34,6 Prozent der behandelten Frauen gebären im selben Jahr ein Kind, wobei sich aus den Zahlen nicht herauslesen lässt, nach wie vielen Zyklen sich die bleibende Schwangerschaft eingestellt hat (vgl. zur Schwierigkeit, solche Daten zu erheben bzw. zu interpretieren 7.3.1).

Als letzte Stufe des Eingriffs wird die Behandlung im Ausland genannt. Dabei geht es vor allem darum, dass in der Schweiz rechtlich stärkere Restriktionen gelten als in den meisten anderen europäischen Ländern (s.u.). In ihrem Vortrag über Reproduktionstourismus führt Carolin Schurr (2021) aus, dass im Jahr 2019 in der Schweiz 519 Fälle registriert wurden, in denen Schweizer:innen ins Ausland reisten, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. In der Realität dürften es weitaus mehr sein. Ein beliebtes Land, etwa für Eizellspende, ist Spanien, an zweiter Stelle kommen Italien, Tschechien und – insbesondere für Leihmutterchaft – die USA (vgl. zu den medizinischen Möglichkeiten mittels Drittparteien ausführlich Inhorn 2021: 220–223).

3.2 Rechtlicher Kontext

Nicht alles, was reproduktionsmedizinisch möglich wäre, ist in der Schweiz erlaubt. Der rechtliche Rahmen wird dabei durch den Artikel 119 »Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich« der Schweizerischen Bundesverfassung⁷ definiert und durch das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)⁸ konkretisiert. Die normativen Texte untersagen explizit jegliche Eingriffe in das Erbgut menschlicher Keimzellen, das Klonen, Embryonenspenden, Leihmutterchaft sowie eine Kommerzialisierung von Embryonen. Ausserdem muss gewährleistet sein, dass jede Person Zugang zu den Daten über ihre Abstammung hat. Implizit sind damit anonyme Spenden von Dritten untersagt. Am 1. September 2017 wurde das FMedG in Folge einer Volksinitiative umfassend revidiert. Seit diesem Zeitpunkt ist die Präimplantationsdiagnostik (PID) unter gewissen Umständen erlaubt (etwa, um vererbare Veranlagungen für schwere Krankheiten zu erkennen), es dürfen mehr als nur drei Embryonen pro Zyklus entwickelt werden und deren Kryokonservierung wurde ermöglicht (bisher war es nur erlaubt, sogenannte »imprägnierte Eizellen«, also solche im Vorkernstadium, zu kryokonservieren) (vgl. Kentenich et al. 2021: 156). Zugang zu Spenden haben weiterhin Verheiratete. Seit es gleichgeschlechtlichen Paaren in Folge der Volksinitiative »Ehe für alle« jedoch möglich ist, zu heiraten, sind diese seit 2022 nicht mehr durch diese Regelung benachteiligt.

6 Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

7 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand am 3. März 2024, vgl. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de#art_119, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

8 Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG), Stand am 1. Juli 2023, vgl. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Matthias Bürgin führte in seinem Vortrag an der Universität Basel im Rahmen eines juristischen Workshops aus, dass gegenwärtig die Lockerung einiger weiterer Regelungen zur Debatte steht – allen voran die Legalisierung der Eizellspende. Bereits 2021 hat das Parlament den Bundesrat mit einer Motion beauftragt, das Fortpflanzungsmedizingesetz entsprechend anzupassen. Mit der Umsetzung dieser Vorgabe hat der Bundesrat im Januar 2025 begonnen.⁹ Auch die Beschränkung des Zugangs zur Samenspende auf Ehepaare sowie der Ausschluss alleinstehender Frauen zur Fortpflanzungsmedizin stehen zur Debatte (vgl. Bürgin 2022).

Auch sozialversicherungsrechtliche Aspekte sind für Wunscheltern relevant. Die schweizerischen Krankenversicherungen bezahlen maximal drei Inseminationen und an den künstlichen Befruchtungen beteiligen sie sich gar nicht. Die Krankenkassen begründen dies damit, dass sie nur Leistungen übernehmen, die wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind. Die künstliche Befruchtung gilt aufgrund ihrer niedrigen Wirksamkeit in diesem Sinne nicht als eine wissenschaftlich anerkannte Methode. Entsprechend müssen Patient:innen den grössten Teil der Kosten selbst tragen, wobei pro Zyklus je nach Schätzung mit 4'000-9'000 Franken gerechnet werden muss (vgl. Pärli/Mahrer 2022). Diese Schätzung muss sich auf Fälle beziehen, bei denen wenig Komplikationen auftreten. Die von mir interviewten Personen sprachen von anderen Summen. Das Ehepaar Anja/Tim etwa, das einen verhältnismässig »günstigen« Fall repräsentiert, weil die erste ICSI erfolgreich war, bezahlte 13'000 Franken. Olivia hingegen stellt einen »ungünstigen« Fall dar, weil sie und ihr Partner die Embryonen einer genetischen Testung unterzogen, um die Vererbung einer schweren Krankheit zu verhindern. Sie gab an, bisher knapp 60'000 Franken ausgegeben zu haben. Dies ist auf die Fragmentierung der einzelnen Schritte der Reproduktion zurückzuführen, die sich kostenmässig summieren: Am teuersten seien die Medikamente. Hinzukommen aber auch die Kosten für die Ultraschalle, die Anästhesie, die Eizellentnahme, das Einfrieren der Embryonen, die PID (die pro Embryo berechnet wird), die Transfers sowie die Bluttests zur Überprüfung der Schwangerschaft. Pro Versuch bedeutete das für Olivia und ihren Partner eine finanzielle Belastung von rund 25'000 Franken.

9 Vgl. <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=103995>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.