

11. Partnerschaftliche und geschlechterbezogene Aushandlungen

Im vorliegenden Sampling fand der unerfüllte Kinderwunsch stets im Kontext einer heterosexuellen Beziehung statt.¹ Für Wunscheltern wird dementsprechend die Zugehörigkeit zu zwei verschiedenen »Gruppen« relevant. Einerseits möchten sie ihren Kinderwunsch *als Paar* mit ihrer:m Partner:in erfüllen, andererseits erleben sie sich zugehörig zur spezifischen Gruppe ihres Geschlechts. Einen unerfüllten Kinderwunsch *als Frau* zu erleben, bedeutet in den allermeisten Fällen etwas grundlegend anderes, als ihn *als Mann* zu erleben. Diese Herausforderungen und Aushandlungsprozesse, denen sich Wunscheltern im Kontext der jeweils diskursiv dominanten Diskurse stellen, sind Inhalt dieses Kapitels. Religion und religiöse Wertvorstellungen, so hat sich gezeigt, stellen in vielen Belangen ein klares Skript des Umgangs zur Verfügung, wo es in einem allgemeinen Diskurszusammenhang häufig fehlt. Das bezieht sich beispielsweise auf den hohen Stellenwert, der der Ehe zugeschrieben wird oder auf die traditionellen Geschlechterrollen, die auch den Ehemännern eine klare Aufgabe in als Krisen erlebten Situationen zuweisen. Diese Skripte werden von evangelikalischen Wunscheltern im vorliegenden Sampling mehrheitlich als Ressource gedeutet.

Unter 11.1 und 11.2 werden paarbezogene Interaktionen näher beleuchtet; und zwar der erfahrene Einfluss eines unerfüllten Kinderwunsches sowie die Involvierung von Reproduktionsmedizin auf die erlebte Paarsexualität (11.1) und die verhandelte (neue) Paaridentität, wenn eine der beiden Partner:innen sich in der medizinischen Verantwortung für die Situation sieht (11.2).

11.3 und 11.4 widmen sich den geschlechterspezifischen Deutungen und Handlungen. 11.3 zeigt auf, inwiefern Unfruchtbarkeit auch von diskursiven Konstrukten geprägt ist, welche weibliche Identitäten auf andere Art und Weise bedrohen als dies bei männlichen Identitäten der Fall ist. Daraus ergeben sich andere Konsequenzen und nicht-diskursive (d.h. »erlebbare«) Manifestationen für Wunschmütter und -väter. So gibt es »männliche« und »weibliche« Zuständigkeiten, Strategien des Umgangs und zu besetzende Rollen (11.4).

1 Vgl. zu queeren Praktiken der Reproduktion Dionisius (2021); Hecht (2022) und zur Praxis des »Single Mother by Choice« Layne (2021); Volgsten/Schmidt (2023).

Die Auswertungen der Daten zu diesem Kapitel haben sich als anschlussfähig für Diskurse rund um das Thema *Gender* erwiesen. Daher soll unter 11.5 aufgezeigt werden, inwiefern die Ergebnisse für eine genderbezogene Religionswissenschaft relevant sind und was sie für die Debatte zwischen konstruktivistischen und stärker körper- und materiebezogenen Ansätzen bedeuten. Konkret sollen die Ausführungen der empirischen Kapitel im Kontext der Kritik Barbara Dudens an Judith Butler verortet werden.

11.1 Sexualität zwischen Selbstzweck und Mittel zum Zweck

Aus soziologischer Perspektive wird Sexualität weitaus mehr zugeschrieben als eine bloße Zweckerfüllung – »Sexualität ist bedeutungsvoll« (Giddens/Fleck/Egger de Campo 2009: 119), sie stiftet Identität und wird häufig als Ausdruck einer gut funktionierenden Beziehung gedeutet (vgl. Imeson/McMurray 1996: 1017). Im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches jedoch verändern Wunscheltern ihr Verhältnis zu ihr – sie wird zur »Aufgabe«, die mit Angst vor Scheitern verbunden sein kann, zum »tool for baby-Making«: »sex² had become an instrument for conception rather than something to be enjoyed« (Luk/Loke 2019: 117). Partnerschaftliche Intimitäten, so könnte man argumentieren, sind einem Wandel unterworfen. Sie geschehen nicht (mehr) aus einer intrinsischen Motivation heraus (wie etwa dem Erfüllen von Lust). Der Selbstzweck (»to experience pleasure«, Meston/Buss 2007: 477)³ wird ersetzt durch eine neue, meist ausschliesslich extrinsische Motivation: das »Machen« eines Babys. Wie dieser Wandel von Wunscheltern verhandelt wird und welche Coping-Mechanismen sie sich dabei schaffen, wird im Folgenden ausgeführt.

11.1.1 Zurückerlangen der Deutungsmacht

ich habe jetzt wirklich gesagt, wir verhüten wieder die nächsten zwei, drei Monate, weil ich einfach, ich kann nicht mehr, (1) ich kann nicht abschalten (Vera t1)

wenn wir sagen »hey, ich habe mein fruchtbares Fenster und wir MÜSSEN jetzt einfach, sonst ist der Zyklus verschwendet«, dann macht er mit, auch wenn wir beide keine Lust haben [Original: wenns üs beidi ahschisst] irgendwie, (1) also wir haben auch schon Zyklen gehabt, da haben wir es wirklich mit der Menstasse probiert, [...] unser Sexleben leidet sehr, also es ist wirklich eine Katastrophe, (1) als wir letztes Jahr Pause hatten, war es besser, (1) dann ist es eigentlich wieder normal geworden, aber kaum haben wir wieder begonnen, war im 2. Zyklus wieder tote Hose (Vera t2)

-
- 2 Die Definition von »Sex« im Kontext von Reproduktionszwecken wird logischerweise auf vaginale Penetration reduziert (vgl. zu verschiedenen Verständnissen von »Sexualität« in diversen religiösen Kontexten Heller 2024).
 - 3 Ausser einem Selbstzweck kann Sex selbstverständlich auf andere Ziele als die der Reproduktion ausgerichtet sein, so etwa Stressabbau, Aufwertung des Selbstwertgefühls, Beziehungspflege, Abenteuerlust, Erfüllen von Pflichtgefühlen, Machtausübung (vgl. Meston/Buss 2007: 477f.). In den Interviews wurde jedoch ausschliesslich der Gegensatz von *Sex zum Spass* und »*erzwungene*« *Sex zu Reproduktionszwecken* relevant.

Diese beiden Ausschnitte aus den Interviews mit Vera, die im Abstand von einem Jahr geführt wurden, veranschaulichen mehrere Aspekte der Sexualität als partnerschaftlich relevantes Interaktionsmoment im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches. Zunächst erscheint es offensichtlich, dass Unfruchtbarkeit mit einem Verlust von Freude und Lust an Sexualität innerhalb der Partnerschaft einhergehen kann («tote Hose»). In quantitativen Studien wird dieser Befund, der auch auf Männer zutrifft, bestätigt (vgl. z.B. Luk/Loke 2019: 112). Je länger eine Betroffenheit anhält, desto eher assoziieren Wunscherlern mit nicht zu Reproduktion führender und in diesem Sinne »erfolgloser« Sexualität Konflikte mit dem (sexuellen) Selbstwert- und Identitätsgefühl, Scham, Frust, Angst bis hin zu Depressionen und Stigmatisierung (vgl. ebd. und Peterson et al. 2007: 911). Paare passen ihren Alltag dem weiblichen Zyklus an oder, wie Maria es im Interview ausdrückte, »leben in diesem Zyklus«, um auf keinen Fall einen fruchtbaren Tag zu »verschwenden« (Vera t2); auch Lorena berichtet im Interview davon, sich wie in einem »Produktionszyklus« vorgekommen zu sein.

Was die beiden Interviews mit Vera jedoch auch aufzeigen, ist der *Umgang* mit der herausfordernden Situation. Im ersten Interview erklärte sie, dass sie wieder zu verhüten begonnen habe – weil sie es nicht aushalte, jeden Monat Hoffnung aufzubauen, nur um dann doch wieder enttäuscht zu werden. Ein Jahr später erzählte sie, dass sie sehr bedaure, dass ihr Sexleben so sehr leiden würde unter der Situation, weil es jeden Monat »erzwungen« werden müsse. Um dies zu vermeiden und dennoch die fruchtbaren Tage nicht zu verpassen, nutzen sie und ihr Partner die Menstruationstasse,⁴ die sie von ihrer primären Funktion als Hygieneprodukt entfremden. Die Tasse fungiert hier wie bei einer institutionell-medizinisch durchgeführten Insemination als Auffangbehälter für das Sperma. Die volle Tasse wird in die Vagina bis vor den Muttermund eingeführt, ehe die Frau eine Sitz- oder Liegeposition einnimmt, die es dem Sperma erleichtert, in die Gebärmutter einzudringen. Die Tasse soll dabei auch verhindern, dass das Ejakulat die Vagina unverrichteter Dinge wieder verlässt. Reproduktion wird hier also auch ohne sexuelle Interaktion zwischen Mann und Frau ermöglicht. Interessant und relevant daran ist, dass Vera und ihr Partner damit ein Stück weit Selbstbestimmung in ihrem Sexleben zurückerlangen, indem sie bestimmen, wann Sex aus lustvollen Gründen und wann zu Reproduktionszwecken stattfinden soll. In der ersten Situation, so berichtete Vera im ersten Interview, verwendete das Paar eine Verhütungsmethode, im zweiten Fall nutzen sie ein Hilfsmittel, um den Akt der Reproduktion gänzlich von der Sexualität zu entkoppeln. Anders ausgedrückt: Vera und ihrem Partner gelingt es zumindest teilweise, *Sex als Mittel zum Zweck* von *Sex als Selbstzweck* zu differenzieren und damit die Deutungshoheit über ihre partnerschaftlichen Intimitäten zu wahren. Von einem ähnlichen Fall berichten die Autor:innen der qualitativen Studie von Webb/Daniluk (1999). Nachdem ein Paar ein Kind adoptiert hatte, entschied es sich gemeinsam für eine Vasektomie. Indem sie damit endgültig mit dem Wunsch nach biologisch verwandten Kindern abschlossen, erlangten sie ein Gefühl der Kontrolle über die partnerschaftliche Sexualität zurück (vgl. 17).

4 Die Menstruationstasse ist zum Zweck entwickelt worden, das Austreten des Bluts während der Periode zu verhindern und stellt damit eine Alternative zum Tampon dar. Anders als dieser ist die Tasse abwaschbar und damit wiederverwendbar. Sie *fängt* das Blut auf, statt es *aufzusaugen*.

Ein weiteres Charakteristikum von Sexualität im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches verdeutlicht der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit Anja und Tim, die darüber retrospektiv berichten:

A: ja dann ging es los mit »Geschlechtsverkehr nach Plan«

[...]

A: und dann hiess es wieder »SO, heute Abend dann bitte einmal Sex«, (1) ähm, <lacht> ja das war dann so semi-erotisch, oder <lacht>

T: ja das war dann so »okay, (2) wir haben heute Abend eigentlich überhaupt keine Zeit, beide haben etwas vor«

A: und wir haben keine Lust oder was auch immer

T: aber das zählt dann wie nicht <lacht>

A: aber glücklicherweise haben wir es eigentlich meistens hingekriegt, ich glaube, einmal haben wir wirklich gesagt »nein, nee [Original: na-a], jetzt ist es uns wirklich einfach zu dumm«

Anjas Formulierung »und dann hiess es wieder »SO, heute Abend dann bitte einmal Sex« verweist auf eine dritte Stimme, eine störende, sich ausserhalb der intimen Zweisamkeit befindende und damit als Fremdkörper wahrgenommene Instanz, die sich in ihre Beziehung einmischt. Diese dritte Stimme, die die von Anja angestrebte Erotik verhindert, kann als metaphorische Darstellung der involvierten Biomediziner:innen interpretiert werden. So sprechen Anja und Tim denn auch von Sex als »Geschlechtsverkehr nach Plan«⁵ – sie verstehen ihn als Aufgabe, wie ein Medikament, das ihnen einzunehmen verordnet worden ist. Dieses Framing korreliert mit den Ergebnissen von quantitativen Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass sich die negativen Auswirkungen auf das Sexleben nochmals intensivieren, sobald sich ein Paar in einer Kinderwunschlinik angemeldet und mit der Inanspruchnahme biomedizinischer Behandlungen begonnen hat (vgl. Luk/Loke 2019: 109). Die Autor:innen der besagten Studie geben keine Erklärung dafür ab, woran dies genau liegen könnte. Eine These stellt Greil (1991) auf: Dadurch, dass ein Paar seine Kinderlosigkeit zu einem medizinischen Problem macht, wird es entsprechend in einen Kontext eingebettet, in welchen nicht mehr nur sie beide involviert sind. Sexualität hört damit auf, ein Thema zu sein, das rein privat zwischen den beiden Wunscheltern verhandelt werden kann. Die Ärzt:innen geben vor, wann ein Paar penetrativen Sex zu haben hat (vgl. 123). Die klassischen hierarchischen Rollenverteilungen im biomedizinischen System (vgl. 7.2) implizieren, dass sich Patient:innen an

5 Im Original sprechen beide Schweizerdeutsch, den Ausdruck »Geschlechtsverkehr nach Plan« hingegen sprechen sie konsequent im ganzen Interview auf Standarddeutsch aus. Das impliziert eine bestimmte Distanz zu diesem Akt, mit dem sie sich wenig identifizieren können und den sie als maximal unerotisch verhöhnen.

die »Spielregeln« halten; dass sie dazu beitragen, optimale Bedingungen für eine Genesung herbeizuführen – kurz: dass sie »gute« Patient:innen sind (vgl. Vogd 2012). Das bedeutet, dass zur eigenen Motivation, Sex zum richtigen Zeitpunkt zu haben, ein zusätzlicher Druck kommen kann, sich »richtig« zu verhalten. Was quantitative Studien auch hier wieder nicht zu ergründen vermögen, ist der paarinterne Umgang mit »ärztlich verordnetem Geschlechtsverkehr«. Meistens haben Anja und Tim es »hingekriegt«, einmal hingegen haben sie dagegen aufbegehrt und es sein lassen. Interessant dabei ist, dass Anja zwar die ihnen auferlegten Regeln ihres Intimlebens als übergriffig und auch als handlungsleitend beschreibt, daraus jedoch keine Passivität ihrerseits ableitet. Sie sagt nämlich *nicht*, dass sie und Tim es dieses Mal nicht »geschafft« hätten, dass sie »gescheitert« wären oder »aufgegeben« hätten – ein Framing, das durchaus auch denkbar gewesen wäre. Stattdessen beschreibt sie sich und Tim als handelnde Akteur:innen. Es sei ihnen »zu dumm« gewesen, in dieser Situation »Geschlechtsverkehr nach Plan« zu haben, und entsprechend dieser Deutung der Situation haben sie gehandelt. Sie haben ihre eigene Interpretation – dass Sex erotisch und nicht nur »semi-erotisch« sein soll – dieses eine Mal *über* die ärztliche Verschreibung gestellt.

So lässt sich hier vorerst festhalten, dass – anders als dies quantitative Studien vermuten liessen – nicht alle Wunschertern der herausfordernden Situation hilflos ausgeliefert waren. Auch Handlungen, die auf den ersten Blick womöglich nichtig erscheinen, verhelfen ihnen zu subversiven Wegen des Umgangs. Damit zeigt sich, dass die durch biomedizinische Intervention implizierte Wandlung von Sexualität vom Selbstzweck zum Mittel zum Zweck nur bedingt vollzogen wird und die Individuen die Deutungshoheit bewahren oder neu erlangen, indem sie situationsbedingt entscheiden, wozu Sex in ihrem Verständnis gut sein soll – und wozu gerade nicht.

11.1.2 Sexualität als abwesendes Thema

Es scheint an dieser Stelle wichtig anzumerken, dass das Thema Sexualität nicht in allen Interviews zur Sprache kam. Auch diesem Befund und der Frage nach möglichen Ursachen soll hier Rechnung getragen werden, denn auch die Abwesenheit eines eigentlich zu erwartenden Themas in einem Interview kann als bedeutungsvoll interpretiert werden (vgl. Poland/Pederson 1998).

Die offensichtliche Erklärung besteht darin, dass Details um das eigene Sexleben als zu persönlich verstanden wurden, um sie im Rahmen eines Interviews mit mir zu teilen – trotz der grundsätzlich auffallenden Bereitschaft aller meiner Interviewpartner:innen, mir intime Einblicke in ihr Leben zu gewähren. Dabei ist auch denkbar, dass mein eigener Zugang zum Thema in den Interviews die Interviewten beeinflusst hat. So wurde das Thema von mir nicht exmanent eingebracht, weil es mir als potenziell übergriffig erschien.⁶ Meine Herangehensweise an die Datenerhebung reicht jedoch nicht alleine als Erklärung für die Abwesenheit des Themas in vielen der Interviews aus, was die qualitative Untersuchung von Grunberg et al. (2021) zeigt. Diese stellten fest, dass auch in

6 Es wurde also von den Interviewten selbst (immanent) in das Gespräch eingebracht, etwa als Bestandteil ihrer Antwort auf meine Frage, inwiefern die ungewollte Kinderlosigkeit einen Einfluss auf ihre Partnerschaft hatte.

Selbsthilfe-Onlinegruppen wenig über Sexualität gesprochen wurde (vgl. 12). So liegt die Vermutung nahe, dass die Thematik von vielen Wunscheltern ganz grundsätzlich als zu privat verstanden wird, um sie mit Dritten zu teilen. Eine zweite Erklärung könnte sein, dass sie schlicht als zu wenig relevant betrachtet wurde. Womöglich erscheint ein wenig befriedigendes Sexleben im Angesicht der als fundamentalen Krise erlebten Situation des unerfüllten Kinderwunsches als vergleichsweise nur wenig beachtenswert. Das wird dadurch verstärkt, dass Sexualität in Bezug auf den Kinderwunsch für viele von ihnen sowieso an Bedeutung verloren hat. Wer bereits körperlich invasivere Formen der Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen hat – wie eine Insemination oder eine künstliche Befruchtung –, für den erfolgte eine Entkopplung von Sex und Reproduktion durch deren Auslagerung in das biomedizinische Setting. Möglicherweise erachteten diese Interviewten das Thema Sexualität folglich gar nicht mehr als sonderlich relevant im Kontext ihrer Kinderwunsch-Erfahrungen.⁷

Auffallend ist, dass Sexualität insbesondere von den evangelikalen Interviewpartner:innen ausgespart wurde. Dies kann in Zusammenhang mit evangelikalen Deutungen von Sexualität und Ehe stehen. So beschreibt Hoberg (2017a), dass Sexualität in evangelikalen Kontexten häufig als Angelegenheit verstanden wird, die exklusiv innerhalb einer Ehe zu geschehen hat. Das zeigt sich auch in der häufig kritischen Einstellung Evangelikaler gegenüber Sex vor der Eheschliessung (vgl. 219f., vgl. auch Favre 2014: 177). Dementsprechend wäre es naheliegend, dass meine Interviewpartner:innen mir als Person ausserhalb ihrer Ehe keine Details über ihre partnerschaftliche Sexualität preisgeben wollten. Sexualität gilt unter Evangelikalen nicht grundsätzlich als Tabu-Thema; allgemein wird einem aktiven Sexleben eine positive Wirkung für die Beziehung zugeschrieben (vgl. Favre 2014: 179f.). Hoberg beschreibt weiter, dass »guter« Sex innerhalb der Ehe als Ausweis für deren Erwähltheit verstanden werden kann, und er damit »einen hervorgehobenen Ort evangelikaler Bewährung dar[stellt]« (Hoberg 2017a: 218) und der »Einheit des Paares [dient]« (Favre 2014: 180). Die Interpretation, dass sich »guter Sex« auch darauf bezieht, dass er die Zeugung und die Geburt von Kindern ermöglicht, existiert durchaus: »It would seem, therefore, that an infertile couple would not be accepted as having a legitimate marriage« (Richie 2015: 124). Damit einher geht auch die evangelikale Deutung, dass »the absence of children is due to the moral defects of the marriage partners« (ebd.: 130, s.u.). Auch wenn diese Interpretation in innerevangelikalen Diskursen häufig herausgefordert und sicher nicht als allgemeingültig beschrieben werden kann, so könnte es dennoch sein, dass meine evangelikalen Interviewpartner:innen *mir* zugeschrieben, diese Deutung vorzunehmen – dass ein unerfüllter Kinderwunsch ein Indiz auf eine nicht zulängliche oder gar eine nicht von Gott befürwortete Ehe bzw. Sexuali-

7 Es ist auch möglich, dass die invasiveren Formen des Eingriffs in dieser Hinsicht sogar eine Entlastung bieten, weil Sexualität nun sowieso nicht mehr als dasjenige Mittel erachtet wird, um eine Schwangerschaft hervorzurufen. Die Kinderwunschcoachin Nicole Regli bestätigt dies in einem Online-Gespräch. Paare, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen, entkoppeln ihr zu folge ihren Kinderwunsch von ihrer Sexualität: »der Sex, eben, es wird je nachdem zum Frust und da, (1) einfach das ein wenig abgeben zu können, das entlastet auch sehr« (Gespräch online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=HeWQSFmosol>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

tät sein könnte. Entsprechend ist es möglich, dass sie diesen Eindruck mir gegenüber vermeiden wollten, indem sie das Thema umgingen.

Dieses Narrativ, demzufolge eine »gut funktionierende« (also »lustvolle«) Sexualität innerhalb einer Beziehung in einem gewissen Zusammenhang mit den reproduktiven Chancen eines Paares steht, findet sich auch ausserhalb des evangelikalen Deutungsbereichs. Weil es in diesen Kontexten häufig mit der Implikation einer Selbstverschuldung einhergeht, könnte es eine weitere Erklärung dafür sein, warum auch ein Teil der nicht-gläubigen Interviewten nicht über ihre Sexualität sprachen. So berichtet Throsby (2006), dass einige ihrer Interviewpartnerinnen auf andere Fälle von Betroffenen referierten, die ganz plötzlich und unerwarteterweise schwanger wurden. Dies habe ihnen geholfen, die Hoffnung auf ein eigenes Kind aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig schwingt in diesen Geschichten häufig eine Mitschuld des Paares und insbesondere der Frau mit: Wenn sie es »schafft«, sich zu »entspannen« und auch einmal »sexuelle Abenteuer« zu wagen, dann würden solche Wunder ermöglicht (vgl. 91). Auch im Interview mit Claudia, der TCM-Heilpraktikerin, die auf Schwangerschaft und unerfüllten Kinderwunsch spezialisiert ist, klang dies an:

ich empfehle ihnen [den betroffenen Kund:innen] dann halt auch »versucht mal neue Praktiken aus, versucht wieder eine Sexualität zu leben wie damals, als ihr euch kennengelernt habt, als viel Lust dabei war« und [...] dass man einfach mehr Zeit hat, aber dass man nicht gestresst vom Arbeiten nach Hause kommt und »jetzt muss ich noch« oder so in dem Stil, (1) sondern dass man sich dann halt vielleicht, äh, auch Zeit nimmt und sagt »okay, heute komme ich um fünf Uhr nach Hause, dann könnten wir ja vielleicht noch ein gemütliches Essen machen und, und lassen uns Zeit (3) und überlegen uns einmal, oder was, was könnten wir denn machen heute, (1) dass es für beide stimmt und für beide lustvoll ist und für beide erotisch ist«, es gibt ja so viele Möglichkeiten, (2) [...] und vielleicht auch dass man auch mal ohne Ziel [Sex hat], es muss ja nicht immer ein Ziel dabei sein (Claudia)

Als alternativmedizinische Expertin vertritt Claudia hier die Meinung, dass Sex auch in Zeiten eines unerfüllten Kinderwunsches im Idealfall etwas Lustvolles darstellt. Bei Bea, die auf YouTube monatlich Gespräche mit alternativen Akteur:innen veröffentlicht, wird diese Implikation noch expliziter. Ein Kind zu zeugen *bedingt* ihr zufolge der Voraussetzung, dass die Wunscherlern die sexuelle Interaktion geniessen und nicht gestresst sind:⁸

all diese gestaute Energie und dann, dann denken sich vielleicht die Seelen [gemeint ist das Wunschkind] »phu, in dieses gestresste Umfeld, nee keinen Bock« (Bea auf YouTube⁹)

8 Damit bestätigen die Daten, was Tyler May (1998) bereits für den US-amerikanischen Medizindiskurs der Nachkriegszeit feststellte. Schon damals gab es die Vorstellung, dass Sex ein »Akt der Liebe« sein muss, damit daraus ein Kind entstehen kann (vgl. 205).

9 Gespräch »einmal im Monat #2 Thema: unerfüllter Kinderwunsch«, online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=HeWQsfMosol>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Sex dürfe gemäss Claudia und Bea also nicht seinen Selbstzweck verlieren und nicht zum Mittel zum Zweck degradiert werden. Die »Seelen« würden dies merken und entsprechend käme es nicht zu einer erfolgreichen Schwangerschaft. Dieses Framing der alternativen Expert:innen ist deswegen auffallend, weil die Interviewdaten nahelegen, dass sich gerade die explizite *Trennung* zwischen Sex zum *Selbstzweck* und als *Mittel zum Zweck* als gangbarere Lösung für viele der Wunscheltern erwies. Das zeigt vor allem das oben genannte Beispiel von Vera, die Sex nur noch dann geniessen konnte, wenn sie verhütete. Das Empfinden von lustvollem Sex im Kontext ihres Kinderwunsches, wie Claudia es hier als Ideal und Bea als Grundvoraussetzung beschreibt, war für viele Wunscheltern ein nahezu unmögliches Unterfangen. Gefühle der Schuld oder der Unzulänglichkeit sind entsprechend naheliegend, wenn nun an die Betroffenen herangetragen wird, sie müssten Sexualität als lustvoll empfinden, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Somit wäre es denkbar, dass sie das Ansprechen von Sexualität während des Interviews in eine vulnerable Gesprächssituation gebracht hätte. Dies kann sie dazu veranlasst haben, es zu umgehen.

Abschliessend lässt sich hier resümieren, dass die Erfahrung eines unerfüllten Kinderwunsches in vielerlei Hinsicht einen Einfluss auf die erlebte Paarsexualität ausüben kann. Sie kann den Druck erhöhen, »guten« – das kann heissen »entspannten« oder »abenteuerlustigen« – Sex zum richtigen Zeitpunkt zu haben; wobei bei den Evangelikalen hinzukommen kann, dass womöglich die Legitimität der Ehe auf dem Spiel steht. Gleichzeitig gibt es immer wieder Momente, in denen sich Wunscheltern als Paar selbstwirksam erleben, wenn sie trotz der herausfordernden Situation Sexualität entsprechend ihren individuellen Vorlieben praktizieren.

11.2 Neue Identitätsaushandlungen als Paar

Wie bereits unter 3.1.1 beschrieben, lässt sich die semantische Relation von »Unfruchtbarkeit« und »Fruchtbarkeit« nicht als binär, sondern viel eher als ein Kontinuum beschreiben. Selten ist eine Person zu 100 Prozent nicht reproduktionsfähig, sondern hat schwächere oder stärkere Einschränkungen in Bezug auf ihre Fruchtbarkeit, die sich in der Konstellation eines heterosexuellen Paares deutlicher oder weniger deutlich zeigen können (vgl. Ludwig/Diedrich/Nawroth 2020). Das muss noch nicht bedeuten, dass ein Paar keine biologischen Kinder zeugen kann (vgl. Sandelowski 1993: 45). Überhaupt fallen die Einschränkungen erst dann auf, wenn ein Kinderwunsch nach einer gewissen Zeit – die WHO setzt als Norm den Zeitraum von einem Jahr ungeschützten Geschlechtsverkehrs¹⁰ – nach wie vor unerfüllt bleibt und entsprechende medizinische Diagnosen gestellt worden sind (vgl. Tjørnhøj-Thomsen 2005: 80). Dabei ist es auch nicht immer möglich, objektiv festzuhalten, ob ein unerfüllter Kinderwunsch exklusiv und eindeutig auf die Subfertilität von *einem* der beiden Partner:innen zurückzuführen ist bzw. inwiefern die Situation durch verschiedene, beide Beteiligte betreffende Faktoren determiniert wird.

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

Im vorliegenden Sampling gab es drei verschiedene Konstellationen: Entweder wurde der unerfüllte Kinderwunsch exklusiv auf die Frau zurückgeführt, die medizinischen Ursachen waren ungeklärt oder aber beide wiesen ungünstige Grundvoraussetzungen vor. Es gab nur einen einzigen Fall, in dem die Situation medizinisch (vermutlich) lediglich auf den Mann zurückzuführen war (Lorena). Dies bildet nicht die medizinische, jedoch durchaus die diskursive und sozial erfahrene Realität ab. Männliche Unfruchtbarkeit ist in der Öffentlichkeit sehr viel stärker tabuisiert und ist entsprechend weniger sichtbar als weibliche Unfruchtbarkeit.

Diskursiv wird häufig davon ausgegangen, dass eine sich nicht einstellende Schwangerschaft auf die Frau zurückzuführen ist (vgl. Miall 1985: 394). Dieses Bild prägt sich offenbar auch bei den Wunscherlern ein. Auch wenn sowohl beim Mann als auch bei der Frau suboptimale Voraussetzungen diagnostiziert wurden, so sieht sich doch die Frau häufig als »Hauptverantwortliche« (vgl. Whiteford/Gonzalez 1995). Dies kann möglicherweise auch dadurch begründet werden, dass Frauen spezifischere Diagnosen gestellt werden können: Endometriose, PCO, schlechter Anti-Müller-Hormon- oder Killerzellen-Wert usw. – häufig auch eine Kombination aus mehreren dieser Diagnosen. Männliche Unfruchtbarkeit wird in der Regel auf ein suboptimales Spermogramm zurückgeführt, dessen Diagnose sich je nach Zeitpunkt der Probenentnahme wieder verändern kann. Diese Diagnose wirkt meistens viel weniger gravierend und determinierend, sondern deutlich vager und variabler.

So stellt sich die Frage, wie Paare mit dieser Deutungsoffenheit umgehen. Wie verhandeln es Paare beispielsweise, wenn die Frau mit einer eindeutigen Diagnose konfrontiert wird, während der männliche Anteil an der Situation vage bleibt? Was bedeutet es, nicht zu wissen, ob die Situation der Frau, dem Mann, beiden oder der Kombination der beiden geschuldet ist? In den Interviewdaten liessen sich zwei divergierende Framings von »Unfruchtbarkeit« oder »unerfülltem Kinderwunsch« in Bezug auf die (neue) Identität als betroffenes Paar identifizieren: als Charakteristikum *des Paares* oder eben als *individuelles* Problem, das der eine Part (in diesen Fällen stets der weibliche) dem anderen (hier entsprechend fast immer dem Mann) als Bürde auferlegt.

Grundlegend erscheinen dabei drei Erkenntnisse. Erstens können diese Framings je nach Kontext variieren. Ein und dasselbe Individuum konnte im Verlauf eines Interviews einmal auf den unerfüllten Kinderwunsch als Teil der Paarhistorie verweisen (und dann beispielsweise Pronomen wie »wir« verwenden, obwohl es ein Einzelinterview war), während an anderer Stelle betont wird, dass Schuldgefühle gegenüber dem Partner vorhanden waren, weil dieser mit einer anderen Partnerin womöglich schon längst Vater geworden wäre.¹¹ Zweitens korrelierten diese Framings – wie es möglicherweise zu erwarten gewesen wäre – nicht unbedingt damit, ob *tatsächlich* nur eine Person die alleinige medizinische »Verantwortung« an der Situation trug oder ob es an beiden lag. Drittens zeigt sich hier eindrücklich eine Diskrepanz zwischen den evangelikalischen und den religiös-unspezifischen Interviewpartner:innen. Während erstere die Situation fast

11 Dies lässt sich allgemein für Individuen als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung festhalten: Sie folgen in der Regel keiner durchgehend kohärenten Logik in ihren Ausführungen; eine gewisse Widersprüchlichkeit ist demnach »normal« (vgl. dazu z.B. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 240).

durchgehend als *Paarangelegenheit* identifizierten (Nadine stellt eine Ausnahme dar), ist die Situation unter letzteren sehr viel schwerer fassbar und weniger einheitlich. Dies wird im Folgenden näher ausgeführt.

11.2.1 Unfruchtbarkeit als individuelles (weibliches) Problem

ich hab mir z.B. auch überlegt »ja, wie wärs jetzt wenn er eine andere Partnerin hätte oder eine andere Frau«, (1) ähm, wäre für ihn vermutlich viel einfacher, je nachdem (Maria)

ich habe ihm auch die Scheidung angeboten, weil ich gesagt habe »ja, vielleicht hast du eine andere Frau, die dir eher ein Kind geben könnte als ich und jetzt steckst du fest mit mir« (1) ja, ich meine, ich hätte das verstanden und ich glaube es gibt auch Leute, bei denen das das Killerkriterium der Ehe ist (Anja)

ich hatte auch ein schlechtes Gewissen, dass ich ihm quasi keine Kinder schenken kann, [...] ihn [Ehemann] hat das auch mega gekränkt, weil ich das ab und zu erwähnt habe so »vielleicht sollten wir uns einfach trennen und du suchst dir eine Frau, die dir Kinder schenken kann und ich lebe mein kinderloses Leben mit 50 Katzen« (Vera t2)

Aus den Interviewausschnitten geht hervor, dass Wunschkinder neben ihrem eigenen starken und unerfüllten Kinderwunsch eine weitere Belastung verspürten: die Zuständigkeit für die Beziehungsqualität innerhalb der Partnerschaft. Es verursacht ein »schlechtes Gewissen«, dass ihre Männer in dieser Beziehungskonstellation keine Kinder haben können.¹² Der Frau kommt entsprechend auch die Hauptverantwortung zu, dass die Beziehung »gedeiht« und Kinder aus ihr hervorgehen.¹³ Eindringlich zeigt sich dies an den Formulierungen von Anja und Vera, die die Paarbeziehung aufgrund der Kinderlosigkeit als defizitär identifizierten und sich verantwortlich fühlten, zu intervenieren. Sie *selbst* haben ihren Ehemännern die Option eröffneten, sich zu trennen (»ich habe ihm auch die Scheidung angeboten«; »ich hab das ab und zu erwähnt«). Noch interessanter wird es, wenn man berücksichtigt, auf wen die Kinderlosigkeit hier medizinisch zurückgeführt wird: Bei Maria lag es wahrscheinlich hauptsächlich an ihrer Endometriose; bei Vera hingegen konnte nie eine abschliessende Diagnose gestellt werden, warum sich keine Schwangerschaft einstellt, weder bei ihr noch bei ihrem Mann, und bei den Spermioogrammen von Anjas Mann Tim wurde eine suboptimale Spermienqualität festgestellt. Diese divergierenden medizinischen Ausgangslagen haben aber ganz offensichtlich *keinen* Einfluss darauf, dass die *emotionale* Verantwortung für die Situation – die Harmonie innerhalb der Beziehung, welche in diesem Verständnis massgeblich vom Vorhandensein von Kindern abhängt – von der Frau übernommen

12 Vgl. zu »emotion work«, die hauptsächlich Frauen zugeschrieben wird Erickson (2005) bzw. zum »mental load« Dean/Churchill/Ruppner (2022).

13 Im alternativen Kontext existiert diese Zuschreibung der weiblichen Verantwortung ebenfalls, wobei sie hier auch positiv verstanden wird. So führt Helena beispielsweise aus, dass es an der Frau sei, zu »spüren«, wenn eine Beziehung nicht dafür gedacht sei, kinderreich zu sein. Es sind ihrer Auffassung nach auch explizit die »Kinderwunschfrauen«, die den »Mut« aufbringen sollen, sich zu trennen und von der »unsichtbaren Quelle« ein »Riesengeschenk« erwarten können.

wurde. Der Fall von Lorena stellt vordergründig ein Gegenbeispiel dar. Die medizinische Verantwortung wurde allein dem Mann zugeschrieben – Lorena bezeichnet ihn stellenweise als »Blindgänger«. Da aber auch hier wieder sie als Frau die emotionale Verantwortung übernahm, hat sie selbst es in Betracht gezogen, sich zu trennen. Sie habe es dann primär deswegen sein lassen, weil sie bereits Mitte 30 gewesen sei und ihr niemand die Garantie hätte geben können, dass der nächste Partner nicht auch ein »Blindgänger« ist. Einerseits kann dies als Gegenbeispiel betrachtet werden, weil Lorena hier ihre persönlichen Bedürfnisse höher wertet, als die Harmonie in der bestehenden Beziehung aufrechtzuerhalten. Andererseits bestätigen Lorenas Deutungen das Narrativ, dass die Frau diejenige ist, die sich aktiv darum zu kümmern hat, dass aus einer Beziehung Kinder hervorgehen. Das zeigt sich auch dahingehend, als dass Lorena »so lange auf [ihren] Mann einreden [Original: ihschwätze] musste«, damit er sich überhaupt mit seinem Kinderwunsch auseinandersetze. Sie beschreibt im Interview immer wieder, dass sie es war, die die Vorgänge vorangetrieben hat, während ihr Partner nur »mitgemacht« habe.

Im vorliegenden Sampling gab es keinen einzigen Fall, in welchem sich eine Frau tatsächlich von ihrem Mann getrennt hat oder umgekehrt. Aus dieser Perspektive kann das Inbetrachtziehen einer Trennung auch eine Coping-Strategie darstellen – insbesondere für Frauen, die sich selbst die medizinische (Mit-)Verantwortung an der Situation zuschreiben. Durch das Artikulieren der Idee wurde ihnen von ihren Partnern versichert, dass nicht *auch noch* die Beziehung gefährdet ist. Anjas Mann versicherte ihr, er habe sich »für sie entschieden, nicht für die Gebärmaschine«. Veras Mann wurde wütend, als sie ihm die Trennung vorschlug, weil das für ihn auf keinen Fall infrage kam. Vera befürchtete durchaus, dass kein Kind »zu ihnen kommen möchte«, weil sie als Paar nicht für Kinder »vorherbestimmt« seien (vgl. 8.4.2). Die eindeutige Reaktion ihres Mannes verhalf ihr dazu, diese Vorstellung als »lächerlich« zu verhöhnen und die Langjährigkeit ihrer Beziehung (zehn Jahre) als messbaren Indikator für eine intakte und funktionierende Partnerschaft zu betrachten:

wir sind seit zehn Jahren zusammen, also wenn es mit uns beiden nicht sein soll, dann hätten wir das glaube ich schon lange gemerkt, also es ist einfach etwas vom Lächerlichsten, das ich je gehört habe, [...] das hört man SEHR oft, das hören ganz viele oft, [...] das macht mich IMMER so wütend [Original: hässig], wenn ich das höre (Vera t2)

So zeigt sich hier zusammenfassend, dass viele der Frauen Gefühle der Ambivalenz und der Schuld in Bezug auf ihre Partnerschaft artikulierten. Unfruchtbarkeit bzw. die Tatsache einer ungewollt kinderlosen Beziehung umschreiben sie häufig als ihr *individuelles* Problem, das sie selbst lösen müssen. Gleichzeitig sprechen die Daten und die Tatsache, dass sich keines der Paare getrennt hat, dafür, dass ungewollte Kinderlosigkeit auch als Merkmal *des Paares* verstanden wird und man entsprechend auch nur *als Paar* wieder aus dieser Situation herauskommt. Diese Ambivalenz zwischen der Verhandlung der ungewollten Kinderlosigkeit als individuelles bzw. als Paarproblem zeigt sich im evangelikalen Kontext weniger, wie das folgende Unterkapitel ausführen wird. Evangelikalen Wunschertern stehen diesbezüglich explizitere moralische Werte und Referenzrahmen zur Verfügung, um die Situation zu deuten.

11.2.2 Unerfüllter Kinderwunsch als Identitätsmerkmal des Paares

Die Ehe als oberste Priorität

wir waren uns ganz klar einig, wir haben uns geheiratet, weil wir uns wollten [Original: will mir enand händ welle], und nicht, also ich habe nicht einen potenziellen Vater geheiratet, also ich, ich wollte nicht Kinder haben und habe darum Markus geheiratet, sondern ich habe Markus geheiratet, weil ich IHN wollte und das andere ist eine Zugabe und umgekehrt von ihm dasselbe und das hat uns SEHR viel geholfen in der ganzen Geschichte drin, immer zu wissen, wir wollten einander, (1) [...] er [Markus] hat mir nicht ein einziges Mal das Gefühl gegeben »ich mach das nur dir zuliebe, ich würde das nicht machen«, sondern es war ein Miteinander und ich hatte eigentlich nie das Gefühl, »ja wenn du unbedingt willst, machen wir es«, [...] ich hatte das Gefühl, wir gehen diesen Weg zusammen (Sonja)

first wir zwei und dann danach alles andere (Fabian)

ich habe mir viel Zeit mit Jesus genommen, als ich sagte »Jesus, ich vertraue dir, dass ich glücklich sein werde, [Name Ehemann] und ich ein glückliches Ehepaar, auch wenn wir keine Kinder haben werden, ich mache es nicht davon abhängig, dass ich glücklich werde« (Sabine)

Die abgebildeten Interviewausschnitte mit evangelikalen Interviewpartner:innen verdeutlichen deren nachträgliche Perspektive auf ihre Kinderwunschzeit. Zum Zeitpunkt der Interviews deuteten sie das Erlebte stets als etwas, das sie als gefestigtes Ehepaar durchgestanden haben. Zwar haben sie sich alle Kinder gewünscht, diesen Wunsch jedoch nie *über* die Beziehung bzw. die Ehe gestellt. So betont Sonja, dass sie und Markus den »Weg« zusammen gingen und sie in ihm zunächst und primär einen Ehemann und erst dann einen potenziellen Vater gesehen habe; Sabine betont, dass sie in beiden Fällen glücklich mit ihrem Mann hätte leben können¹⁴ und Fabian wertet die Ehe und Partnerschaft mit seiner Frau als oberste Priorität für sein Leben. Damit legen die Daten die Vermutung nahe, dass das Framing der Situation als eine »gemeinsame Sache« als Coping-Strategie verstanden werden kann, was Sonja auch explizit so ausdrückt (»das hat uns SEHR viel geholfen in der ganzen Geschichte drin«). Betrachtet man die Relevanz, die viele Evangelikale der Ehe zuschreiben (vgl. z.B. Hoberg 2017a), leuchtet es auch unmittelbar ein, dass dem Fortbestehen einer glücklichen Ehe oberste Priorität eingeräumt wird – auch in einer Krisensituation wie einem unerfüllten Kinderwunsch. Es passt auch zu den Beobachtungen von Richie (2015), dass die meisten unfreiwillig kinderlosen Evangelikalen ihre Ehe als »fully valid« vor Gott und der Kirche beschreiben (133). Vergewärtigt man sich hingegen, dass auch die *kinderreiche* Familiengründung für viele einen messbaren Beweis für die von Gott bzw. Jesus erwähnte Beziehung darstellen kann und

14 Sabine spricht im Interview über eine mehrere Jahre zurückliegende Situation, die für sie positiv ausgegangen ist: Sie ist heute Mutter von zwei Kindern. Aus den Daten lässt sich herauslesen, welche Ressourcen sie *heute* anwendet, um diese vergangene Situation positiv zu deuten. Es lässt sich hingegen *keine* Aussage darüber treffen, ob ihr dieselben Ressourcen auch schon in der Situation der ungewollten Kinderlosigkeit zur Verfügung standen.

die evangelikale Ehe klar auf Reproduktion ausgelegt ist (s.o.), mag diese Eindeutigkeit in den vorliegenden Daten auch überraschen. So lässt sich denn auch die evangelikale Theologie, die im Kontext unfruchtbarer Beziehungen zur Anwendung kommt, als wenig eindeutig beschreiben. Einerseits werden Kinder als das höchste Gut einer Ehe verstanden, während gleichzeitig betont wird, eine Ehe ohne Kinder sei nicht minderwertig – solange dieser Zustand nicht auf »selbstsüchtige Gründe« zurückzuführen ist (vgl. Ritchie 2015: 139). Ein Erklärungsansatz für diese Ambivalenz findet sich bei Liebsch (2001): »Egal ob Menschen als Single, verheiratet oder an Karriere und beruflichem Erfolg ausgerichtet ihr Leben organisieren, die [evangelikalen] Lebensformen sind so lange keiner Kritik ausgesetzt, wie sie als ›Berufung‹ begriffen und ›vor Gott geprüft‹ sind«. Alle drei obengenannten Interviewten suchten im Gebet einen transzendenten Kontakt mit Jesus und fanden darin Bestätigung, auf dem richtigen Weg zu sein – auch wenn sie von einer Norm abweichen. In diesem Sinne lässt sich ihr Handeln und ihr kinderloses Dasein als, wie Liebsch es ausdrückt, »von Gott geprüft« beschreiben, und die Befragten verfügen über eine doppelte Ressource. Erstens können sie davon ausgehen, dass ihre Ehe durch die Kinderlosigkeit nicht gefährdet sein würde, und zweitens können sie ihre zukünftige Existenz – sei diese nun mit oder ohne Kinder – über einen transzendenten Bezug legitimieren.

»sharing genes matters«

Die Betrachtung des unerfüllten Kinderwunsches als Angelegenheit eines Paares, das gemeinsam darin verwickelt ist und entsprechend auch nur gemeinsam damit einen Umgang finden kann, lässt sich auch ausserhalb des explizit religiösen Kontexts finden. So beschreibt Trudie Gerrits (2016), dass sie einige Paare begleitet hat, in denen eine Spermaspende eine medizinische Option für die Familiengründung hätte darstellen können, die für die Frau weitaus weniger invasiv gewesen wäre.¹⁵ In fast ausnahmslos allen der von ihr untersuchten Fällen jedoch lehnten jeweils *beide* die Spermaspende ab mit der Begründung, sie würden sich ein Kind von »the two of us together« (273) wünschen. Das Kind sei nur *dann* Ausdruck der Liebe der beiden zueinander, wenn es ihr »eigenes« ist. Hier zeigt sich, dass die Vorstellung eines genetisch verwandten Kindes als »Beweis« für eine funktionierende Beziehung nicht nur in evangelikal-christlichen Kontexten ein relevantes Narrativ darstellen kann, sondern sich auch in einer säkularen Semantik niederschlagen kann (das »eigene« Kind als »Ausdruck der Liebe füreinander«). Anders ausgedrückt: Eine Transzendierung der eigenen Ehe bzw. Partnerschaft findet sich in verschiedenen Kontexten und ist nicht unbedingt abhängig von der religiösen Einstellung der beiden Partner:innen – »sharing genes matters« (Gerrits 2016: 274) scheint ein milieuübergreifender Grundsatz zu sein. Das zeigt sich auch in meinen Daten. Eine Spermaspende kam für keine meiner weiblichen Interviewpartnerinnen in Frage, was sie vor allem darüber begründeten, dass sie sich *gemeinsam* in der Situation befinden würden. Sie empfanden es als unfair ihrem Partner gegenüber und befürchteten, der Mann wür-

15 Das hätte eine Insemination, jedoch keine künstliche Befruchtung bedeutet.

de das Kind womöglich nicht als »Seines« erkennen können.^{16 17} Unter anderem deswegen kam für diese Paare auch keine Adoption in Frage. Insbesondere den Männern sei es – gemäss Ausführungen der Wunschkinder – wichtig gewesen, ein »eigenes« Kind zu haben, in dem sie sich selbst wiedererkennen könnten.

Die meisten Frauen, so lässt sich hier schlussfolgern, entscheiden sich auch dann gegen eine Spermaspender bzw. eine Adoption, wenn der unerfüllte Kinderwunsch durch den Mann begünstigt oder gar ausschliesslich durch seine medizinische Diagnose zu begründen ist. Das zeigte Gerrits Studie noch deutlicher als die hier vorliegenden Daten, weil Gerrits auch Paare in ihrem Sampling hatte, bei denen die männliche Unfruchtbarkeit den Hauptgrund für die Kinderlosigkeit darstellte. Die Frage nach den Gründen für dieses Verhaltensmuster der Frauen ist nicht abschliessend geklärt. So umschreibt Lorber (1989) deren Entscheidungen als »patriarchal bargain«. Männer würden biologische Verwandtschaft tendenziell höher gewichten als Frauen (ein Befund, der durch die vorliegenden Daten bestätigt werden kann), und entsprechend würde von Frauen gefordert, sich dieser Deutung des Mannes anzupassen. Gerrits (2016) hingegen argumentiert, dass diese Erklärung nicht hinreichend sei, weil die allermeisten Männer die Entscheidungen in puncto medizinischer Eingriffe ihrer Frau überliessen. Dies habe in der Praxis sogar teilweise dazu geführt, dass die Frau bereit war, medizinisch »weiter« zu gehen als ihr Mann (vgl. 278). Hier lässt sich wiederum Gerrits Schlussfolgerung, das Entscheidungsmuster der Frauen sei nicht über patriarchale Machtstrukturen erklärbar, als unterkomplex kritisieren. Erstens wird der männliche Wunsch nach genetischer Verwandtschaft innerhalb der Partnerschaft in der Regel offensichtlich höher gewichtet als die weibliche körperliche und psychische Vulnerabilität im Kontext eines solch invasiven Eingriffs. Diese Gewichtung kann durchaus verstanden werden als (unbewusst) durch patriarchale Strukturen beeinflusst, selbst wenn die Frau diejenige ist, die die Behandlungen vorantreibt. Sie entspricht damit einem Ideal der sich aufopfernden Ehefrau bzw. (Wunsch-)Mutter. Zweitens bestätigen zwar auch die vorliegenden Daten, dass die Ehemänner ihren Frauen die Entscheidungen weitestgehend überliessen, jedoch kann dies schnell als eine Scheinentcheidungsfreiheit entlarvt werden. Für Lea, Jana, Rahel, Vera, Lorena und Bianca beispielsweise hätte eine Adoption eine valable Option dargestellt. Sie alle gingen diesen Weg aber nicht weiter u.a., weil sich ihre Ehemänner dagegen aussprachen oder diese Diskussion gar nicht erst zuließen. Diese Grundsatzentscheidung, ob eine genetische oder »nur« eine soziale Elternschaft das angestrebte Ziel darstellt, wurde in all diesen Fällen alleine und endgültig durch den Mann entschieden. Die darauffolgenden, einzelnen kleinteiligeren Entscheidungen – ob beispielsweise oder wie viele IVF-Zyklen durchgeführt werden sollen – wurden dann mehrheitlich der Frau überlassen. Greil (1991) bringt in diesem Zusammenhang ein interessantes Argument ein, in-

16 Anja formulierte es beispielsweise folgendermassen: »ich weiss nicht, ob du [Tim] dann irgendwann gesagt hättest »ja, das ist ja nicht mein Kind«, (1) also weisst du so im Sinne von, (1) ähm, (1) ich fühle mich in diesem Kind nicht wiedergesehen oder das hat nichts von mir, es gleicht mir offensichtlich nicht«. Ähnlich argumentierte auch Maria.

17 Die Ablehnungshaltung von Männern gegenüber einer Spender kann auch darüber begründet werden, dass sie den Samenspender als eine Konkurrenz und damit als eine Bedrohung für die Ehe wahrnehmen (vgl. Dudgeon/Inhorn 2003: 45).

dem er die künstliche Befruchtung als eine Art Kompromiss betrachtet: Wenn der Mann der Auffassung ist, lieber *ohne* als mit adoptierten oder durch eine Samenspende gezeugte Kinder zu leben, und die Frau den Wunsch äussert, auf *jeden* Fall Kinder haben zu wollen, so erscheint die künstliche Befruchtung eine valable Lösung. Sofern die künstliche Befruchtung erfolgreich ist, wird der Mann Vater eines Kindes, das mit ihm genetisch verwandt ist, und die Frau wird Mutter (vgl. 70).

Gestärkte Paarbeziehung

Unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob es sich beim Entscheidungsverhalten dieser Frauen um den Ausdruck patriarchaler Strukturen handelt oder nicht, lässt sich aus den Daten die These ableiten, dass insbesondere diejenigen Paarbeziehung qualitativ *nicht* unter der Unfruchtbarkeit litten, die die ungewollte Kinderlosigkeit primär als Paar- statt als individuelles Problem betrachteten. Einige Wunscheltern evaluierten das Erlebte sogar positiv für die Beziehung, was von verschiedenen weiteren qualitativen und quantitativen Studien bestätigt wird (vgl. z.B. Becker 2000; Franklin/Roberts 2006; Gerrits 2016; Greil 1991; Imeson/McMurray 1996; Luk/Loke 2019; Pasch/Dunkel-Schetter/Christensen 2002; Webb/Daniluk 1999). Selbst wenn Paare schilderten, dass einzelne Aspekte des Beziehungslebens – wie etwa die Sexualität (s.o.) – durchaus gelitten hätten, so musste sich dies nicht unbedingt negativ auf die empfundene Gesamtqualität der Beziehung auswirken. Viele Paare fanden andere Wege, um Intimität und Nähe auszudrücken (vgl. Greil 1991: 124f.). Ein anderer solcher Aspekt ist die Frequenz, in der das Paar diskutiert oder gar gestritten hat, was in vielen Interviews zum Thema wurde. Auch wenn Streiten eine prinzipiell negative Konnotation anhaftet, so scheint es in der Situation des unerfüllten Kinderwunsches durchaus auch positive Komponenten mit sich zu bringen. Es stellt eine Form des Kommunizierens dar und hilft, Gefühle offenzulegen und – im besten Fall – auch längerfristig für den anderen verstehbar zu machen. So wurde, wie weiter oben in diesem Unterkapitel beschrieben, Veras Mann beispielsweise wütend, als sie ihm ihre Gedanken offenbarte, dass er die Trennung in Betracht ziehen sollte. Seine wütende Reaktion mag in der Situation unangenehm auszuhalten gewesen sein. Längerfristig betrachtet konnte Vera darauf aber als Ressource verweisen, weil sie von ihrem Mann die Sicherheit erhielt, dass er sie nicht verlassen würde – egal, wie ihre Situation ausgehen würde (vgl. dazu auch Greil 1991: 118 und Imeson/McMurray 1996). Die evangelikalen Männer des vorliegenden Samplings konnten auch auf die Ressource zurückgreifen, dass sie in intensiven Reflexionen und Austausch mit anderen Männern Handlungsmöglichkeiten erfuhren, wie sie ihre Frau emotional unterstützen können (s.u.). So konnten viele von sich sagen, dass das Erlebte sie zu fürsorglicheren, mitfühlenderen, sensibleren und kommunikativeren Ehemännern gemacht hat. Weil sie nun einen Sinn oder gar Gewinn im Erlebten festmachen konnten, so könnte man argumentieren, wurde ihnen auch das Abschliessen mit dem Kinderwunsch ein Stück weit erleichtert (vgl. dazu auch Webb/Daniluk (1999) 18–22).

11.3 Männliche und weibliche Unfruchtbarkeit als soziale Konstrukte

Unabhängig davon, ob die beiden Partner:innen in einer Beziehung ihre ungewollte Kinderlosigkeit als *Paar-* oder als *individuelles* Problem betrachten (s.o.): In dominanten Diskursen wird genderspezifisch differenziert und der Reproduktionsunfähigkeit eines Mannes eine gänzlich andere Bedeutung zugeschrieben als dies bei einer Frau der Fall ist. Im Folgenden wird ausgeführt, welche Bedeutungen das sind und inwiefern damit eine Bedrohung der jeweils geschlechterspezifischen Identität einhergehen kann.

Eine erste Veranschaulichung auf diskursiver Ebene liefert eine Betrachtung des englischen Begriffspaares »to mother« im Gegensatz zu »to father«. Der Cambridge Dictionary definiert »to mother« folgendermassen:

to treat someone with kindness and affection and try to protect that person from danger or difficulty,¹⁸

und »to father« wie folgt:

to become a father by causing a woman to produce a child.¹⁹

Diese Definitionen veranschaulichen sehr deutlich, welche Rollen Männern und welche Frauen zugeschrieben werden, wenn sie als Eltern agieren. Die Erwartungshaltung an weibliche Personen bezieht sich auf ein bestimmtes *soziales* Verhalten, und zwar eine Art selbstloser Hingabe einer anderen Person gegenüber. Ziel des Verhaltens ist, diese andere Person zu beschützen. Nicht relevant dabei ist, in welchem genetischen Verwandtschaftsverhältnis die beiden Involvierten hier stehen. Beim »fathering« ist es genau andersherum. Während es hier nicht primär relevant erscheint, welches soziale Verhalten der Vater zeigt, ist dafür die genetische Verwandtschaftsbeziehung zwischen ihnen ausschlaggebend. Ein »Vater« ist in diesem Sinne die Person, auf die es zurückzuführen ist, dass eine Frau ein Kind produziert. Er übernimmt zum Zeitpunkt der Zeugung einen aktiven Part; welche Rolle er danach einnimmt, ist nicht mehr relevant. Übertragen auf die Konzepte von weiblicher und männlicher Unfruchtbarkeit könnte man folglich festhalten: Männliche Unfruchtbarkeit impliziert, nicht fähig zu sein, eine Frau zu schwängern (vgl. dazu auch Letherby 2012: 11; Throsby/Gill 2004). Weibliche Unfruchtbarkeit hingegen meint, nicht die Rolle einer beschützenden und liebenden Person einer anderen gegenüber einnehmen zu können, die von ihr abhängig ist. Damit lässt sich auch erklären, dass ältere Frauen, die durch eine künstliche Befruchtung Mutter werden, eher mit einem Schuld- und Egoismus-Vorwurf konfrontiert werden. Sie seien womöglich nicht mehr in der Lage dazu, sich bis zur Volljährigkeit um das gezeugte Kind zu kümmern. Männer, die im hohen Alter noch Vater werden, werden dafür hingegen eher sozial belohnt, weil sie – etwas plakativ ausgedrückt – nach wie vor ihre »Männlichkeit« unter

18 Vgl. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/mother?q=to+mother>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

19 Vgl. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/father?q=to+father>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Beweis stellen konnten (vgl. Throsby 2004: 6). Diese Erfahrung beschrieb Nicole. Während ihr soziales Umfeld ihr bereits im Alter von 35 vermittelte, sie sei nun definitiv zu alt für ein Kind, erhielt ihr Bruder soziale Anerkennung dafür, dass er mit 48 Jahren Vater wurde (»alle haben ihm gesagt ›du bist ein cooler Typ [Original: »coole Siech«]). Die sozial konstruierte Komponente von »männlicher Unfruchtbarkeit« liefert auch eine Erklärung für das Entscheidungsverhalten von Männern hinsichtlich der Adoption. Eine solche verhilft zwar der Frau dazu, ihre soziale Rolle auszufüllen (*to mother*), auf den Mann hingegen trifft dies nicht zu. Er wird durch die Adoption zwar Vater, aber er hat es nach wie vor nicht geschafft, eine Frau zu schwängern (*to father*).

11.3.1 Weitergabe der Gene

Die verschiedenen Deutungen, die männlicher und weiblicher Unfruchtbarkeit zugeschrieben werden, stellen eine Erklärung dafür dar, dass Männer biologische Verwandtschaft tendenziell höher gewichten als Frauen. Wie bereits im vorherigen Unterkapitel ausgeführt, konnten sich Lea, Jana, Rahel, Lorena, Vera und Bianca durchaus vorstellen, Mutter eines Adoptivkindes zu werden. Die Ehemänner von Lea, Jana, Rahel, Vera und Bianca waren strikt dagegen, weil sie, wenn, dann Vater eines »eigenen Kindes« werden wollten – also eines, das »ihre Gene« tragen würde. Selbst bei Julia und Lukas, die zwei Kinder adoptierten, war dies im Interview nach wie vor ein Thema:

J: ab und zu hast du das schon lamentiert, dass wir das nicht irgendwie, ein kleines Lukasein, das gleich aussieht wie wir, (2) du hast mehr auch mal noch gesagt aus Neugier [Original: Gwunder] »wie würde wohl ein Kind herauskommen, das«

L: ja das darf ja auch ein wenig, also es schmerzt schon ein wenig, und ich finde, es hat ja nichts damit zu tun, dass ich meine beiden Kinder nicht innig liebe, wie ich das bei einem leiblichen Kind, ich glaube da ist meine Liebe genau gleich, aber eben das ist ja nicht GEGEN meine Kinder gerichtet, aber trotzdem, manchmal merkst du so kurz einen Moment so von wege, ja eben, ähm, wie wäre das gewesen, (1) ein Kind, das jetzt eben unser, unser körperliches Produkt in Anführungszeichen wäre

J: das habe ich eben gar nicht

L: ja das ist interessant, das habe wirklich nur ich (2) <lacht>

Neben der diskursiv dominanten Wertvorstellung, dass ein Mann dann ein Vater ist, wenn er seine Gene weitergeben konnte, bringt Greil (1991) noch einen weiteren Erklärungsansatz auf, der die tendenzielle Ablehnungshaltung von Männern gegenüber einer Adoption weiter begründen könnte: Frauen bzw. Müttern – und auch dies hat mit dem dominanten Rollenbild zu tun – wird in vielen Kontexten die Hauptverantwortung für ein Kind zugeschrieben; so sind es etwa sie, die die meiste Care-Arbeit leisten und sich um die Erziehung kümmern. Die Mutter-Kind-Beziehung ist folglich auch auf einer sozialen Ebene sowieso gewährleistet. Beim Vater sieht das anders aus. Wenn ein Kind keinen genetischen Link zu ihm hat, so die Befürchtung, dann fehlt die Bindung auf jeglicher Ebene (vgl. 69).

11.3.2 »Mechanisch« funktionierende männliche Körper

Doch nicht nur die soziale Bedeutung der Vaterschaftsrolle, sondern auch Normvorstellungen über den männlichen Körper sind ausschlaggebend für das Entscheidungsverhalten und die Identitätskonstitution unfruchtbarer Männer. So beschreibt etwa Robin Hadley (2021), der qualitativ zu und mit älteren, ungewollt kinderlosen Männern geforscht hat: »Individuals and institutions have often referred to the male body in a mechanistic fashion« (334). Der männliche Körper wird viel mehr noch als der weibliche als etwas gedacht, das mechanisch »funktioniert« und das durch rationales Denken und Handeln kontrollierbar ist oder zu sein hat (vgl. ebd. 335). Dies hat unter anderem historische Gründe. Männliche Unfruchtbarkeit war und wird wenig wie ein »normales« chronisches Gesundheitsproblem verhandelt (vgl. Hiimäe 2017; Inhorn/Shrivastav/Patrizio 2012). Tyler Mays (1998) Analyse des Medizindiskurses der Nachkriegszeit brachte hervor, dass dieser fast exklusiv auf den weiblichen Körper fokussierte. Männliche Körper wurden als viel berechenbarer wahrgenommen als weibliche. Dadurch verstärkte sich die Unmöglichkeit, männliche Körper als potenzielle Ursache für eine sich nicht einstellende Schwangerschaft überhaupt erst denkbar zu machen (vgl. 200f.). Auch der gegenwärtige Diskurs veranschaulicht dies auf eindrückliche Weise. Die Sozialwissenschaftlerin Irma van der Ploeg (2004) beschreibt, dass Spermium und Eizelle in medizinischen wissenschaftlichen Publikationen mit historisch gewachsenen Gender-Rollen assoziiert werden. Selbst wenn die Spermien- und nicht die Eizellqualität ausschlaggebend für die nicht eintretende Befruchtung ist, so wird die Eizelle als »obstacle« dargestellt, welche das Spermium daran *hindert*, in sie einzudringen (vgl. 164). Auch hier wird die Eizelle als problematische Entität betrachtet, weil sie das Spermium nicht machen lässt, was es *eigentlich* kann und soll. Das Spermium – selbst das unbewegliche, langsame und morphologisch ungenügende – übernimmt in dieser Rhetorik den aktiven Part, denjenigen, der die Befruchtung *vollzieht* und neues Leben *erschafft*, während die Eizelle den passiven Teil übernimmt: Sie *lässt* sich befruchten. Es sind damit also immer die Umstände und nicht ein gesundheitlich eingeschränkter männlicher Körper, welcher der Fortpflanzung im Weg stehen²⁰ (vgl. ebd. 165–167 und Tyler May 1998: 200f.):

The inscription of male and female cells with stereotypical gender roles and behavior has cultural and historical roots as deep as Aristotelian accounts of the male as the form-bestowing active principle and the female as the passive, receiving formless matter and nourishment (van der Ploeg 2004: 166).

Wie undenkbar es ist, dass Männer vom Ideal des »funktionierenden Körpers« abweichen, zeigt sich auch in den vorliegenden Daten. Einige der interviewten Frauen gingen automatisch davon aus, dass die medizinische Ursache bei ihnen liegen muss. Sie zogen

20 Interessanterweise gibt es auch die gegenteilige Bedeutungszuschreibung, wie im Interview mit der alternativen Expertin Helena klar wurde. Sie findet insbesondere eine ICSI moralisch verwerflich, weil hier ein einzelnes, von Mediziner:innen (statt von der »Natur«) ausgesuchtes Spermium »gewaltvoll« in die Eizelle eingebracht wird. Die Eizelle, so Helena, würde damit illegitimerweise ihrer Kompetenz beraubt, sich das eintretende Spermium auszusuchen. In dieser Deutung übernimmt die Eizelle folglich den entscheidenderen und aktiveren Part (vgl. 10.1.4).

gar nicht in Betracht, dass ihr Mann möglicherweise (ebenfalls) eine medizinische Einschränkung vorweisen könnte (insbesondere war dies bei Vera t1 und Nadine der Fall). Umgekehrt ist es möglich, dass Männer ihre potenzielle körperliche Unzulänglichkeit (unbewusst) negieren. Das wurde im Interview mit Jana deutlich. In ihrem Fall hatte, wie sich nach zwei Jahren herausstellte, nicht nur sie selbst eine relevante medizinische Diagnose (PCO), sondern auch ihr Mann (suboptimale Spermienqualität).

ja dann hiess es dann »ja, dass wir bei Ihnen überhaupt etwas machen können und, äh, können, müssen, muss Ihr Mann eine Spermaprobe abgeben«, (2) gut, jetzt ist mein Mann halber Italiener und hat einen richtigen Stolz <lacht> und war der Meinung »ja, nein, äh« er gehe jetzt noch nicht, das eile [Original: pressier] jetzt noch nicht, das klappe dann schon, (2) dann hat das zwei Jahre lang gedauert, zwei Jahre, bis er endlich den Schritt gewagt hat um, äh, das Spermogramm zu machen, [...] für ihn ist es, ähm schwierig, bei anderen Menschen darüber zu reden [Original: schwätze], dass wir eine ICSI gemacht haben, weil er sich dann minderwertig fühlt, [...] er hat, äh, ähm, ein Problem damit, dass fremde Menschen wissen, dass wir Probleme hatten beim schwanger werden (Jana)

Die Art und Weise, wie Jana das Verhalten und die Bedenken ihres Mannes beschreibt, veranschaulicht sehr gut, wie stark dieser aus ihrer Sicht das Ideal des funktionierenden männlichen Körpers inkorporiert hat. Diesem Ideal nicht zu genügen und »beim schwanger werden« Hilfe anzunehmen stellte offensichtlich eine identitäre Krise für ihn dar. Passend ist hier die Erkenntnis der Ethnologin Merve Göknar (2015), die Forschung zu Reproduktionsmedizin in der Türkei betrieben hat. So wird häufig nicht nur das *Resultat* eines Fortpflanzungsakts (das geborene Kind) als relevant für die männliche Identität betrachtet, sondern auch die davor stattfindende »*Leistung*«, also der Zeugungsakt. Wird dieser Akt an Reproduktionsmediziner:innen ausgelagert, weil man selbst offensichtlich nicht zur Zeugung imstande ist, werden Männer dieser Leistung »beraubt«. Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, dass Janas Mann wenig erpicht darauf war, dies mit seiner sozialen Umwelt zu teilen. Was geschehen kann, wenn Männer es doch tun, berichtet Tim als einer der wenigen Männer des vorliegenden Samplings:

T: so die unnötigsten [Kommentare von unbeteiligten Dritten] »ja muss ich dir zeigen, wie es geht?«, (2) so »ja, mach mir doch bitte mal eine Zeichnung«

I: also, das waren Männer, die dir das gesagt haben?

T: ja

A: ja, das sind, eine Frau hat das noch nie gesagt

T: wenn du es visualisieren möchtest, alte, weisse Männer

Auch Mason (1993) und Throsby (2010) stellten in ihren qualitativen Untersuchungen fest, dass Männer von anderen Männern aufgrund ihrer angenommenen Unfähigkeit, ein Kind zu zeugen, derart mit erniedrigenden Kommentaren konfrontiert wurden. So be-

richtete ein Mann, ein Kollege hätte ihm mitgeteilt, er würde seiner Frau einen Besuch abstatten (»come around and see your wife«, Throsby 2010: 247); ein anderer fand auf seinem Arbeitstisch Gläser mit kernloser Marmelade auf seinem Schreibtisch, um eine Referenz zur Abwesenheit von brauchbaren Spermien in seinem Ejakulat zu symbolisieren (vgl. Mason 1993). Interessant ist hier auch die Wortwahl der Soziologin Karen Throsby, wenn sie auf diese Interviews mit Männern verweist: »The study revealed some moments of quite shocking cruelty and insensitivity towards men in relation to their fertility« (Throsby 2010: 247). Die Art und Weise, wie Throsby hier auf ihre Daten referiert, legt offen, dass sie nicht mit dieser Grausamkeit und Intensität gerechnet hat, die Männer anderen Männern gegenüber an den Tag legen können.²¹ Das ist ein forschungsrelevanter Aspekt: Auch für mich als weibliche Person ist die exklusive »Männerwelt« weder im Alltag noch in der Rolle als Forscherin als solche zugänglich. Da die überwiegende Mehrheit der Sozialwissenschaftler:innen, die zum Thema Fortpflanzung und Reproduktionsmedizin forschen, weiblich ist,²² stellt sich hier ein allgemeines Problem. Der einzige Weg, männlichen Sichtweisen in der qualitativen Forschung Sichtbarkeit zu verschaffen, ist über Interviews mit Männern. Hier jedoch stellt sich die Herausforderung, dass Männer ganz grundsätzlich und bedingt durch die weiter oben beschriebenen Stigmatisierungen viel weniger als Frauen bereit dazu sind, ihre Sichtweisen etwa in der Form von qualitativen Interviews offenzulegen. Eindrücklich wird dies bei der Studie von Webb/Daniluk (1999). Diese wollten bewusst das Erleben von männlicher Unfruchtbarkeit untersuchen. Es dauerte mehrere Monate, diverse Gatekeeper wie Urolog:innen, biomedizinische Expert:innen und andere Organisationen waren involviert und die Suche wurde auf eine andere, grössere Stadt ausgeweitet, sodass sich schlussendlich sechs Männer für ein Interview finden liessen (vgl. 20–22). Diese Ausgangslage führt dazu, dass männliche Erlebnisse und deren Deutungen nach wie vor massgeblich unterrepräsentiert sind und simplifizierende Erklärungsansätze begünstigen – wie etwa, dass Männer nun mal einfach zu »stolz« seien, zu ihrer Unfruchtbarkeit zu stehen.²³

11.3.3 Weibliche Unfruchtbarkeit und die Undenkbarkeit, keine Mutter zu sein

In vielen der Interviews beschrieben die Frauen, schon von klein auf gewusst zu haben, dass sie einmal Kinder haben wollen und sie sich entsprechend keinen »Plan B« vorstellen könnten – also ein Leben, in dem sie nicht Mutter sind. Dies wird umso plausibler, führt man sich den eingeschränkten Spielraum für weibliche Lebensentwürfe vor Augen, der innerhalb eines kulturell-normativ geprägten Diskurses möglich ist: »Most cultures position women primarily as mothers« (Morell 2000: 313). Keine Kinder zu bekommen, ist

21 Inhorn (2021: vgl. 220) berichtet sogar davon, dass die Frauen in einigen der von ihr untersuchten Fällen die »Schuld« auf sich nahmen, um ihren Ehemann vor der Stigmatisierung zu schützen.

22 Das veranschaulicht auch der »academic staff« des Forschungsprojekts, im Kontext dessen die Forschung für dieses Buch situiert ist. Im September 2024 sind 24 weibliche und vier männliche (Post-)Doktorierende angestellt.

23 Vgl. zur Diskussion des Forschungsdesiderats in den Sozialwissenschaften und im Kontext feministischer Ansätze Hadley 2021: 328–332; Miall 1985: 388; Throsby/Gill 2004: 331f.; Throsby 2010: 246; zu methodischen Überlegungen, um männliche Perspektiven in die »research into reproduction« zu integrieren Law 2019.

in einem solchen Umfeld folglich immer eine Abweichung von einer Norm (vgl. 12.1). Das gilt für sämtliche kinderlose Frauen, auch für diejenigen, die sich bewusst und gewollt gegen Kinder entscheiden. Als Frau kinderlos zu sein ist eine »invisible [roadway]« (ebd.: 321), die dazu führen kann, dass sich Frauen ohne Kinder – ob nun gewollt oder nicht – mit ihrer Entscheidung bzw. auf ihrem Lebensweg einsam fühlen (vgl. auch Letherby/Williams 1999: 723). Frauen wird ihre Devianz hinsichtlich der Kinderlosigkeit deutlich stärker vor Augen geführt, als dies bei Männern der Fall ist (während es hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit gerade umgekehrt ist, s.o.). Das beschreibt Sonja:

es [Kinderbekommen und Kinderhaben] ist viel mehr Thema als, die Männer, eben, dann reden sie von der Arbeit und, (1) ist durch das eben, wie Markus vorhin schon sagte, dass er sich besser hat distanzieren können (Sonja)

Weil Frauen viel häufiger mit Care-Arbeit betraut sind (vgl. dazu z.B. Lankes 2022), scheinen Kinder bzw. Gesprächsthemen rund um Kindererziehung in weiblichen Gesprächskreisen sehr viel präsenter bei Treffen unter Freundinnen zu sein. Einige der interviewten Frauen machten dabei deutlich, dass sie das patriarchale System hinter der Normsetzung durchaus durchschaut haben – was aber nichts an ihrem Wunsch änderte, dieser Norm entsprechen zu wollen. Das beschreibt Rahel auf meine Frage hin, warum sie sich Kinder wünscht:

ja, als Frau macht man sich da vielleicht ein wenig andere Gedanken wie als Mann, ich weiss nicht, (1) ist jetzt vielleicht auch ein Vorurteil <lacht>, [...] schon ein wenig auch dadurch, dass auch sehr viele von meinen engen Freundinnen Kinder bekommen haben, schwanger geworden sind und [...], das ist dann vielleicht eher so ein wenig der, der, (2) ähm, wie heisst es, der Gemeinschaftsdruck oder so, der halt da ist, der auf Frauen halt lastet (Rahel t1)

Der »Gemeinschaftsdruck«, den Rahel beschreibt, wird alleine schon dadurch ausgelöst, dass andere Frauen im eigenen Umfeld Mütter werden und damit die kulturelle Norm reproduzieren. Anders als Frauen, die gewollt kinderlos sind, sind Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch auf zwei Arten mit ihrer Devianz konfrontiert. Zum einen *können* sie die kulturelle Norm aufgrund einer medizinischen Gegebenheit schlicht nicht erfüllen, zum anderen *wollen* sie ihr gleichzeitig so gerne entsprechen (vgl. Sandelowski 1993: 3), sie befinden sich also gleichzeitig innerhalb wie auch ausserhalb von ihr. Dies unterscheidet sie von Frauen, die gewollt ohne Kinder leben. Diese lehnen die Norm ab, von der sie abweichen und können ihre Lebenssituation eher mit bewussten Entscheidungen begründen. Sie definieren »Frausein« mit höherer Wahrscheinlichkeit auch nicht über das »Muttersein«; oder eine geschlechterspezifische Identität spielt in ihrer Selbstwahrnehmung allgemein eine untergeordnete Rolle – eine Ressource, auf die Frauen, die sich unfreiwillig in der Situation der Kinderlosigkeit befinden, nicht zurückgreifen können. Entsprechend leuchtet es auch ein, dass ungewollte Kinderlosigkeit mit einer weiblichen Identitätskrise einhergehen kann, insbesondere dann, wenn die eigenen Wertvorstellungen mit dem angestrebten kulturellen Ideal von Mutterschaft übereinstimmen. Dies

hat sich in den Interviewdaten mit evangelikalen Personen semantisch besonders stark niedergeschlagen:

für MICH hat es schon stark eben mit der Identitätsfrage zu tun, eben jetzt als Frau, ähm, (1) ist das wie einfach Kinder haben, Mutter sein, ist wie, wie, wie geprägt, es gehört irgendwie zum Frausein (Judith auf *livenet*²⁴)

mich hat es viel mehr in meiner Identität, (2) würde ich jetzt von aussen sagen, aber vielleicht, (1) ja, (4) ich glaube, es macht mit den Männern auch etwas, aber es ist einfach, (2) es ist nicht so, oder, ihre, ihre Dings im Job, die gehen einfach weiter und dort ist schon viel auch Identität habe ich das Gefühl, zumindest bei meinem Mann, so die Identität durch den Job (Nadine)

Die Ausschnitte zeigen auch, dass kinderlose Männer durch eine traditionelle geschlechterspezifische Rollenverteilung hier insofern vor einer Identitätskrise geschützt sind, als dass die Vaterrolle an sich grundsätzlich als weniger identitätsstiftend gedeutet wird. Ihnen wird das Potenzial, Identität zu stiften, auch im Arbeitskontext zugeschrieben (»die Identität durch den Job«). Auch viele der von Webb/Daniluk (1999) befragten Männer gaben in den Interviews an, durch erhöhtes Engagement in ihre berufliche Karriere eine Art Kompensation gefunden zu haben (vgl. 15). Auch hier gilt wieder: Männer können auf ihre berufliche Identität als Ressource verweisen, weil ihnen im Familienkontext traditionell andere Aufgaben zugeschrieben werden – das Geld zu verdienen. Diese Aufgabe können sie umfassend erfüllen, unabhängig davon, ob sie Vater werden. Somit leuchtet es auch ein, dass einige (wenn auch nicht alle) der Frauen ausführten, der Kinderwunsch ihres Mannes sei weniger dringlich als ihr eigener (v.a. Rahel t1 und t2, Nadine, Vera t1 und Sabine).

11.3.4 Bedrohte männliche Sexualidentität

Ein letzter relevanter Aspekt in Bezug auf dominante Diskurse hinsichtlich der männlichen Unfruchtbarkeit, der bereits im Interviewausschnitt mit Tim und Anja angeklungen ist, war in den vorliegenden Daten weniger präsent als in der Forschungsliteratur: die Verknüpfung von männlicher (Un-)Fruchtbarkeit mit der sexuellen Identität.²⁵ Diese Verknüpfung basiert auch auf einem allgemeinen Unwissen über männliche Unfruchtbarkeit. Nicht selten wird fälschlicherweise angenommen, dass diese in einem Kausalverhältnis mit Impotenz steht und daher automatisch daraus geschlossen werden kann, dass der betroffene Mann ein schlechter Liebhaber sein muss (vgl. dazu Dudgeon/Inhorn 2003; Hadley 2021; Humphrey 1969; Inhorn 2021: 219; Miall 1985: 393; 398, Throsby/Gill 2004: 336; Throsby 2010: 247). Dies wird auch durch die Art und Weise perpetuiert, wie medizinische Tests zur Diagnose der männlichen Fruchtbarkeit durchgeführt werden.

24 Beitrag vom 01.06.2021, online verfügbar unter: https://www.livenet.ch/themen/people/erlebt/391515-unerfuellter_kinderwunsch_ist_schmerzhaft.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

25 Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass das Thema »Sexualität« in den Interviews allgemein von einem Teil der Interviewten ausgespart wurde (s.o.).

Im Unterschied zu Frauen müssen Männer dazu masturbieren. Einige Interviewpartner:innen (auch weibliche) hoben dies als einen explizit sexuellen Akt hervor. Dies war etwa bei Sonja der Fall – ihr Mann habe sich jedes Mal »selbst befriedigen müssen«; Lea sprach davon, dass ihr Partner sich »einen abwedeln« musste (Lea t1). Interessanterweise findet sich in den Daten auch ein anderes Framing. So sprach Tim beispielsweise davon, dass er »eine Probe abgab«. Er sprach nüchterner als andere darüber – entsprechend finden sich in seinen Ausführungen auch weniger Hinweise darauf, dass er seine verminderte Spermienqualität in einem Zusammenhang mit seiner männlichen Sexualidentität bringt. Gemäss seinen Ausführungen ging auch seine medizinische Diagnose nicht mit einem Gefühl von Ungläubigkeit oder einer Ablehnungshaltung einher, wie dies von Webb/Daniluk (1999: vgl. 13) als typische männliche Reaktion auf die Diagnose der »eingeschränkten Fruchtbarkeit« beschrieben wurde. Vielmehr entkoppelte er den medizinischen Befund von sich als Person bzw. seiner Identität, und betrachtete ihn als etwas, das ihn aus reinem Zufall betrifft. Damit stellt er vermutlich nicht den Regelfall dar.²⁶ Auch wenn davon auszugehen ist, dass betroffene Männer wissen, dass die Anzahl, Morphologie und Beweglichkeit der Spermien in ihrem Ejakulat in keinem logischen Zusammenhang mit ihrer Potenz oder ihrer »Performance« steht, wird doch ihre sexuelle Identität durch eine entsprechende Diagnose im Selbstverständnis sehr viel häufiger bedroht als dies bei Frauen der Fall ist (vgl. Meerabeau 1991: 405 und Peterson/Newton/Feingold 2007: 913). In der qualitativen Untersuchung von Webb/Daniluk (1999) etwa gab einer der befragten unfruchtbaren Männer im Interview an, dass er während der Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit eine Affäre mit einer anderen Frau begonnen habe, um sich seiner maskulinen sexuellen Identität wieder gewiss sein zu können (vgl. 15). Erhellend ist auch der Dokumentarfilm des Schweizer Fernsehens »Schlappe Spermien«,²⁷ welcher mehrere heterosexuelle Paare begleitet, bei dem jeweils der Mann eine verminderte Spermienqualität aufweist. Ein porträtierter Mann erläutert dabei, er könne allen männlichen Betroffenen versichern, sie seien »trotzdem ein Mann«; die Diagnose habe nichts mit Männlichkeit zu tun. In der diskursanalytischen Theorie wird davon ausgegangen, dass gerade solche negativen Kopplungen (»X bedeutet *nicht* Y«) dazu beitragen, dass die beiden Elemente weiterhin miteinander assoziiert werden (vgl. Neubert 2016: 50). Anders ausgedrückt: Dass der interviewte Mann es offensichtlich für notwendig hält, eine negative Kopplung zwischen Männlichkeit und Spermienqualität explizit zu machen, ist ein Indiz dafür, dass sein »Mannsein« eben doch akut und potenziell bedroht ist. Anders als Frauen stehen betroffene Männer, die von dieser dominanten kulturellen Deutung von »Männlichkeit« nicht gänzlich unbeeinflusst sind, folglich vor der Aufgabe, eine neue Sexualidentität aufzubauen: eine, die Männlichkeit nicht an Frucht-

26 Tim war einer der sehr wenigen Männer, die sich bereiterklärt haben, mit mir ein Interview zu führen. Im nicht-religiösen und heterosexuellen Sampling war er sogar der einzige Mann überhaupt. Allein diese Tatsache verweist darauf, dass er wahrscheinlich ein Sonderfall darstellt.

27 Online verfügbar unter: <https://www.srf.ch/play/tv/puls/video/schlappe-spermien---maennlich-e-fruchtbarkeit-in-der-krise?urn=urn:srf:video:9bo7a5c-147b-426f-b7do-fe4e46099acc> (Minute 8:49; zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

barkeit bindet (vgl. Webb/Daniluk 1999: 18–22).²⁸ Genau dies versuchen Sonja und Markus in ihren geschlechtergetrennten Selbsthilfe-Gruppen zu erreichen:

dort dürfen die Männer Dinge erzählen, die sie, ich meine, es kann um die Sexualität gehen, es kann darum gehen, wie fühlst du dich als Mann, wenn du weisst, du bist nicht zeugungsfähig und vielleicht kann einmal jemand seine Enttäuschung und seinen Frust ausdrücken, was er nicht tun würde, wenn die Frau dabei ist (Sonja)

Der Ausschnitt verdeutlicht auch nochmals, dass die Kopplung von Sexualität und männlicher Identität (»wie fühlst du dich als Mann, wenn du weisst, du bist nicht zeugungsfähig«) auch von Frauen vertreten und perpetuiert werden kann.

11.4 Genderspezifische Konsequenzen und Handlungen

Im vorherigen Unterkapitel wurde ausgeführt, dass männliche und weibliche Unfruchtbarkeit diskursiv mit verschiedenen Bedeutungen assoziiert werden. Unabhängig davon, dass es sich dabei um soziale Konstrukte handelt, die mit stereotypen Gender-Normen einhergehen, hat dies reale Auswirkungen für Wunschmütter und Wunschväter. Sie beeinflussen, welche Handlungsspielräume ihnen eröffnet werden, welche ihnen verwehrt bleiben und welche Rollen sie einnehmen bzw. an welchen Rollen Vorbildern sie sich orientieren können.

11.4.1 Weibliche Verantwortung

Eine sich nicht einstellende Schwangerschaft wird häufig unhinterfragt auf die Frau zurückgeführt, was auch mit der Vorstellung eines rational und mechanisch funktionierenden männlichen Körpers zusammenhängt (s.o.). Hinzu kommt ferner, dass Frauen diskursiv als hauptverantwortlich für die Reproduktion betrachtet werden – und es ja auch *tatsächlich* die Frau ist, die nicht schwanger wird, unabhängig davon, auf welchen der beiden Partner:innen dies zurückzuführen ist. Der körperliche »Makel« tritt als Symptom ausschliesslich bei der Frau auf. Das zeigt sich besonders eindrücklich bei Rahel, die die einzige Frau im Sampling ist, bei der sich vermutlich auch deswegen (zunächst) keine Schwangerschaft einstellte, weil sie und ihr Partner schon vergleichsweise älter waren (Rahel war zu t1 38 und zu t2 39 Jahre alt). Sie führt aus:

28 In der US-amerikanischen Untersuchung der 1990er-Jahre, auf die sich Webb/Daniluk (1999) beziehen, wurden unfruchtbare Männer noch mit einer anderen Herausforderung konfrontiert. Sie mussten auch ihr Konzept von »Vaterschaft« sowie ihre Identität als »Vater« entkoppeln von »traditional notions of genetic continuity« (14). Diese Art der Neukonzeptionierung ist in diesen Daten sehr viel präsenter als in den vorliegenden, was vor allem daran liegt, dass es zu den zeitlichen und örtlichen Bedingungen der Untersuchung sehr viel leichter und üblicher war, eine Adoption vorzunehmen. Während in meinem Sampling nur ein Paar den Weg der (Auslands-)Adoption ging, waren fünf der sechs befragten Männer zum Zeitpunkt der Studie von Webb/Daniluk Vater eines Adoptivkindes.

ich kenne meinen Körper auch nicht so gut, das ist halt schon auch noch ein wenig ein anderes Problem, (3) dass eine Freundin von mir schon mega früh gesagt hat, ich solle doch mal Temperatur, also wirklich schon vor x Jahren »miss doch mal die Temperatur und nimm doch da mal Mönchspfeffer und so« und ich war immer der Meinung [Original: ich ha immer gfunde] »jaja, jaja ich habe jetzt gerade anderes im Kopf und so und ja«, und jetzt mache ich das, (1) es ist jetzt halt einfach ein wenig spät (Rahel t1)

meine Mutter [...] hat halt immer gesagt »ja, ich habe dir schon immer gesagt, du sollst Eier einfrieren mit 30 und so«, und irgendwie, ja also, ja hätte ich vielleicht sollen, aber damals habe ich halt irgendwie, da waren [Name Ehemann] und ich schon zusammen, und eben, ich habe mich gar nicht so mit der Thematik irgendwie befasst und irgendwie war ich halt in diesem Doktorat und hatte irgendwie andere Probleme und, (1) ja, im Nachhinein wäre es gut gewesen (Rahel t2)

Weder bei Rahel noch bei ihrem Partner konnte abschliessend diagnostiziert werden, warum sich eine Schwangerschaft nicht spontan einstellt. Rahel jedoch bezieht die Schuld einzig auf sich, indem sie auf den weiblichen Körper als ausschlaggebende Entität im Prozess der Reproduktion referiert: Sie hat sich nicht mit ihrem Zyklus und der Möglichkeit des Social-Egg-Freezing auseinandergesetzt und entsprechende Rat schläge von Freundinnen und von ihrer Mutter ignoriert. Sie war beschäftigt mit ihrer beruflichen Karriere und entspricht damit genau demjenigen Referenzobjekt, auf das in einem Schuld diskurs häufig referiert wird. Wenn Frauen zuerst Karriere machen wollen und dabei die Familienplanung vernachlässigen, ist es nur die gerechte Strafe, wenn sie dann keine Kinder mehr bekommen können (vgl. Inhorn 2023 und 8.4.2). Rahel selbst hat dieses diskursive Bild inklusive der damit einhergehenden Schuld inkorporiert. Dass auch ihr Mann doktoriert hat und sich bislang nicht hervorgehoben um seine reproduktive Gesundheit gekümmert hat, wurde von Rahel in beiden Interviews nicht mit einem Zuspruch von Schuld in Verbindung gebracht.

Diese Implikation, dass Frauen für die Reproduktion hauptverantwortlich sind, wird durch die biomedizinischen Fruchtbarkeitsbehandlungen weiter perpetuiert. Die Patientin ist stets die Frau; der Körper, der von invasiven Eingriffen betroffen ist, ist immer der weibliche – und zwar auch hier wieder unabhängig davon, ob die Gründe für den unerfüllten Kinderwunsch primär beim Mann oder bei der Frau liegen. So erklärte Lea (t1) ihrem vierjährigen Sohn, der wissen wolle, warum seine Mutter immer wieder in eine Klinik gehen müsse, es handle sich dabei um eine »Frauengeschichte«. Tatsächlich ist die Anwesenheit des Mannes in der Klinik in jedem Fall in sehr viel geringerem Umfang nötig. Nachdem die Spermaprobe abgegeben wurde, muss er dort auch nicht mehr unbedingt physisch anwesend sein (vgl. Throsby/Gill 2004: 337). Das hat auch Jana so erlebt:

die Ärztin hat auch immer gesagt »so, das Spermiogramm ist abgegeben, jetzt haben Sie ihren Teil erledigt, den Rest muss ihre Frau machen die nächsten paar Monate«, und mein Mann hat sie SO angeschaut und dann sagte sie »ja, ist halt so« und er »ja, eigentlich haben Sie Recht« <lacht> also es ist ihm wie auch nicht so bewusst gewesen, dass ich ja dann alles mache (Jana)

Die stärkere Involviertheit des weiblichen Körpers ist zwar medizinisch naheliegend, Wunschertern im Vorfeld jedoch nicht immer gleichermaßen bewusst. So erzählten mir viele Frauen, dass ihre Männer ihnen gegenüber eine Art Mitleid äusserten, dass sie so wenig beitragen könnten (z.B. »es tut mir leid, dass du das alles machen musst«, Jana). In fast allen Interviews zeigte sich, dass der männliche Partner daraus schlussfolgte, dass die alleinige Entscheidungskompetenz hinsichtlich reproduktionsmedizinischer Eingriffe bei der Frau liegen sollte.²⁹

irgendwo fühle ich mich alleine, (2) weil ich alles selbst entscheiden muss, unser Leben hängt von mir ab sozusagen, (2) wiederum macht er mir keinen Druck zu sagen »komm, das machen wir jetzt noch einmal«, er nimmt sich diese, also darf er auch nicht, ganz ehrlich, es ist mein Körper (2) und diese ganzen Beschwerden und Schmerzen und Sachen muss ICH aushalten, stemmen, [...] ich stehe wie mit der Entscheidung alleine da, (2) das ist ein wenig das Gemeine (Lea t1)

in diesen ganzen Entscheidungen oder die ganze Tortur musste ja ich leisten, darum hat wie er auch gesagt, das entscheidest du, (1) und das war zwar nett, aber manchmal auch belastend, weil ich immer das Gefühl hatte, ich muss alle Entscheidungen treffen und habe in diesem Sinne auch die Verantwortung dafür, was nachher daraus passiert oder nicht daraus passiert, das ist so ein wenig, es ist wie beides, einerseits war ich froh, dass ich entscheiden kann, (1) und andererseits halt auch die Last von entscheiden MÜSSEN (Nadine)

Hier zeigt sich, wie ambivalent die Entscheidungsfreiheit von den Frauen verhandelt wird. Beide sind zwar froh, dass ihre jeweiligen Männer ihnen die Entscheidung überliessen (»es ist mein Körper«, »das ist zwar nett«), fühlten sich jedoch von der Tragweite und der ihnen dadurch auferlegten Verantwortung überfordert: »unser Leben hängt von mir ab«; »die Last von entscheiden MÜSSEN«. Ausserdem beschreiben die Frauen ihr Verantwortungsgefühl auf zwei verschiedenen Ebenen: einer sozialen und einer moralischen. Auf einer sozialen Ebene hängen die Zukunft und das Glück des Paares von der Entscheidung der Frau ab. Das wird durch eine traditionelle geschlechtliche Rollenaufteilung noch weiter gesteigert. In einer heterosexuellen Beziehung ist es meist die Frau, welche als zuständig für die Harmonie innerhalb der Beziehung gesehen wird (s. o, vgl. Franklin 2002: 366f.; Gerrits 2016: 279; Throsby/Gill 2004: 82; 92). Ob sich die Frau für oder gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin entscheidet, sie geht auf jeden Fall ein Risiko für die Beziehung ein – entweder wird ihr die Verantwortung dafür zugeschrieben, dass das Paar kinderlos bleibt, oder es ist ihr zuzuschreiben, wenn die Beziehung unter der emotionalen Belastung einer künstlichen Befruchtung leidet. Das war auch für Julia einer der ausschlaggebenden Gründe, sich gegen eine künstliche Befruchtung zu entscheiden:

ich hatte wie das Gefühl »nein, das will ich MIR selbst oder UNS nicht antun« (Julia)

29 Dies, nachdem die Grundsatzentscheidung gegen eine Adoption meist allein von männlicher Seite her gefällt worden ist, s.o.

Indem sie sich und ihren Mann als Paar vor der psychisch belastenden Situation verschonte, erfüllte Julia die Verantwortung für ein harmonisches Beziehungsleben.

Hinzu kommt noch die zweite, moralische Ebene der Verantwortung: Jemand muss dafür geradestehen können, dass die reproduktionsmedizinischen Eingriffe mit den Werten des Paares kompatibel oder zumindest rechtfertigbar sind. Wer »künstlich« (überzählige) Embryonen produziert, erschafft eine Situation, für die es kein allgemeingültiges Skript, keine Handlungsanleitung hinsichtlich des Umgangs mit ihnen gibt. Bei der christlich-gläubigen Nadine könnte die Formulierung »was nachher daraus passiert oder nicht daraus passiert« auch eine Referenz auf diese potenziellen überzähligen Embryonen sein – ein Aspekt, der für viele Evangelikale ein belastendes ethisches Dilemma beinhaltet (vgl. 10.1.3). Auch für deren Existenz bzw. für die Notwendigkeit, sie wieder zu entsorgen, würde sich dann hauptsächlich Nadine rechtfertigen müssen.

In den Paarinterviews, in denen sich sowohl die Frau als auch der Mann zu einzelnen Situationen im Kontext ihrer Kinderwunsch-Historie verhielten und ihre Deutungen offenlegten, wurde noch eine weitere Implikation der ungleich verteilten Aufgaben und Graden der Involviertheit deutlich. Die Kombination der beiden Tatsachen, dass sich die Frauen als hauptverantwortlich für die Reproduktion betrachteten und dass sie körperlich viel stärker involviert sind, schien dazu zu führen, dass die Frauen auch über viel mehr *Wissen* verfügten. Sie kannten die Risiken und Erfolgchancen der einzelnen Behandlungsformen und waren emotional besser auf mögliche Rückschläge oder Misserfolge vorbereitet als ihre Männer. Im folgenden Ausschnitt berichten Tim und Anja von ihrer ersten Insemination:

T: die erste war ganz schlimm emotional

A: ja, für dich, oder [Original: gäll]

T: ja, da waren wir in den Skiferien, du hast sie VOR den Skiferien gemacht und in den Skiferien ist dann wie so »ja oder nein, schwanger oder nicht schwanger« und dann war es so »nicht schwanger«, und mir ist einfach so, (1) irgendwie, (1) völlig der Laden runter, so, (2) ja, weiss nicht, man hat sich irgendwie viel, oder ich habe mir einfach VIEL grössere Hoffnungen anscheinend gemacht, als ich mir auch selbst zugestanden habe, dass ich sie mir mache und es hat mich völlig in ein Loch gerissen, (1) also

A: ja, und ich glaube, also, ich bin zu dieser Zeit eigentlich noch recht viel auf so Foren unterwegs gewesen, so bei Swissmom gibt es auch ganz viele Threads und Frauen, die ihre Kinderwunschgeschichte schreiben, (1) und ich war da viel drauf, [...] ich habe wie so die Geschichten verfolgt, einfach so um zu wissen, gibt es Leute, die irgendwie überhaupt Erfolg haben mit dieser ganzen Bagage, (1) [...] und ich habe halt schon auch gelesen, ich bin jetzt nicht sicher, ob dort oder irgendwo anders, ähm, dass die Chance bei einer Insemination bei irgendwie 10 Prozent liegt und für mich war das so wie »okay, (1) wir machen das jetzt mal«, (2) und ich habe mir aber nicht ein Riesenergebnis davon erhofft [...] und er [der Arzt] war dann aber noch erstaunt, dass es meinen Mann emotional so mitgenommen hat und nicht mich, da war ich dann der Meinung »ja, also hallo, ist doch auch erlaubt«

T: mhm, anscheinend nicht <lacht>

A: aber er hat dort auch gesagt, also sie erleben es oft so, dass die Frauen emotional MEHR involviert seien als die Männer

Ein zweites Beispiel findet sich im Interview mit Bianca und Anil, die insgesamt vier Fehlgeburten erlebten:

ich glaube so das erste, das wir verloren haben, war für ihn glaube ich noch fast schlimmer, weil ich halt bei der Frauenärztin war und das irgendwie alles (1) halt auch besser verstand oder weil ich halt bei der Ärztin war und ich halt irgendwie unbewusst doch im Kopf hatte oder, (1) vielleicht auch ein bisschen bewusst so im Kopf hatte dieser Satz von der Frauenärztin, äh, irgendwie eben, dass es dann vielleicht doch nicht überlebt, und ich habe zwar auch geglaubt, ich habe nicht gedacht »oh, das Kind wird nicht überleben«, aber (1) das war doch irgendwie das Ganze in meinem Kopf und bei ihm halt nicht, und er hat sich sehr darüber gefreut, (2) [an Anil] vor allem beim ersten, nicht wahr [Original: gäll] (Bianca)

Die beiden Beispiele veranschaulichen, dass die Frauen viel mehr als ihre Männer nicht nur zuständig für die »körperliche Arbeit« waren, sondern eben auch dafür, den *mental load* zu bewältigen. Es ist die Frau, die zeitliche und emotionale Ressourcen investiert, um sich über verschiedene Quellen zu informieren und sich mit einer Community in Verbindung zu setzen. Sie werden zudem mehr von den biomedizinischen Ärzt:innen aufgeklärt – weil auch sie davon ausgehen, dass primär die Frauen auf das, was kommt oder kommen kann, vorbereitet werden müssen. Damit reproduzieren auch sie die Vorstellung, Reproduktion sei ein Anliegen, das primär Frauen und nur sekundär auch Männer (emotional) betrifft. Durch ihre geleistete Vorarbeit sind Frauen dann entsprechend viel besser gewappnet, wenn der nicht unwahrscheinliche Fall eines Misserfolgs (es stellt sich keine Schwangerschaft ein) oder eines reproduktiven Verlustes dann tatsächlich eintritt, während Männer ungefiltert mit ihm konfrontiert werden. Reproduktionsmedizin wird von Männern tendenziell als eine technisch-wissenschaftliche und damit rationale und funktionierende Lösung für ihr Problem verhandelt (vgl. Throsby/Gill 2004: 339f.). Hinzu kommt erschwerend, dass Männern häufig die Rolle als emotionaler Unterstützer zugeschrieben wird, wie sich dies auch in der Schilderung der Irritation der Ärztin über Tims emotionale Reaktion zeigt. Olivia beispielsweise erzählte, dass die Reproduktionsmediziner:innen sie bei jedem Besuch danach fragten, ob sie von ihrem Mann die benötigte emotionale Unterstützung erhalte. Diese Rolle kann bedeuten, dass der Wunschvater selbst einen nüchternen Blick auf das Geschehene wahrt und sich eine allzu starke emotionale Involviertheit nicht erlaubt (vgl. Dudgeon/Inhorn 2003: 46; s.u.).

11.4.2 Geschlechterspezifische Strategien des Umgangs

Frauen und Männer verhalten sich anders, wenn sie von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind. Frauen suchen grundsätzlich aktiver nach einem Austausch mit anderen Wunschmüttern. Dies bestätigt die sozialwissenschaftliche und psychologische Forschungsliteratur (vgl. z.B. Grunberg et al. 2021: 7; Imeson/McMurray 1996:

1020; Luk/Loke 2019: 117) und die vorliegende Empirie. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Strategien Männer bzw. Frauen anwenden, wie sich diese divergierenden Verhaltensweisen erklären lassen können und inwiefern Religion den genderspezifischen Handlungsspielraum prägen kann.

Auf der Suche nach Validation

Bis auf Maria und Lorena, die nur verhältnismässig kurze Zeit von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen waren, gaben alle interviewten Frauen an, irgendeine Form des Austauschs mit anderen betroffenen Frauen gesucht zu haben. Der Wunsch nach Austausch mit Personen, denen man zuschreibt, Vergleichbares erlebt zu haben oder sich in einer ähnlichen »Krise« zu befinden, findet sich auch in anderen Kontexten. So beschreibt Gaudenz Metzger den Austausch in (Selbsthilfe-)Gruppen als Bewältigungsstrategie von Personen am Lebensende (vgl. Metzger 2023: 58). Einige, wie Anja, suchten diesen Austausch eher konsumierend (sie verfolgte die Geschichten in Foren), während andere aktiv in den Austausch auf Social Media oder auch in Offline-Kontexten traten. Wieder andere ergriffen selbst die Initiative, um solche Netzwerke zu etablieren (vgl. dazu 12.1.3). Im Austausch mit anderen werden verschiedene Bedürfnisse erfüllt. Zum einen geht es darum, Wissen auszutauschen: Wo gibt es gute Kliniken, einfühlsame Kinderwunschcoaches, was sind meine Handlungsmöglichkeiten mit einer bestimmten Diagnose und wie lässt sich eine medizinische Analyse eines Spermioграмms für Lai:innen einordnen? All dies sind Themenbereiche, die hier diskutiert werden können. Das macht diese Form des Austausches für sie zu einer kaum zu unterschätzenden Ressource. Mindestens genauso wichtig war für viele der interviewten Frauen die Tatsache, dass sie in diesen Gruppen einen sicheren Ort fanden, wo sie sich verstanden fühlten und ihre Gefühle validiert sahen. Einige Frauen implizierten in ihren Ausführungen, dass sie diese Validation *nicht* oder nicht in befriedigendem Masse im Rahmen von partnerschaftlichen Interaktionen erfuhren – so etwa Nadine und Fiona:

wir waren auch mal zusammen [als Paar] bei jemandem [einer Psychologin], aber irgendwie lief es immer darauf heraus, dass ich das Problem habe und das hat mich dann genervt, (1) immer bin ich das Problem, weil ich halt nicht fähig bin, es einfach, (1) ja, (1) einfach Plan B zu haben und alles ist gut (Nadine)

dadurch, dass ich die Yoga-Gruppe gefunden habe, habe ich eigentlich relativ schnell so ein wenig die Gruppe gehabt und wusste, dass es noch andere gibt und ich weiss auch, wenn es mir mal nicht so gut geht oder irgendetwas ist, dann schreib ich mal wieder einer von denen und dann kann ich auch mit ihr reden oder so, und, (3) ahm, ich kann mir das gar nicht vorstellen, wie das so wäre, ganz alleine (Fiona)

Paarangebote halfen Nadine wenig, weil ihr dabei nur vor Augen geführt wurde, dass immer nur *sie* ein Problem mit der Situation habe bzw. sogar selbst das Problem darstellte. Dies führte dazu, dass ihr ihre Gefühle und ihre Deutung der Situation abgesprochen wurden. Erst im Rahmen einer Selbsthilfegruppe mit anderen Wunschkütern gelang es ihr, sich verstanden zu fühlen. Bei Fiona ist vor allem die Formulierung bedeutsam, dass sie ohne die Yoga-Gruppe (zu der nur Frauen gehörten) »ganz alleine« gewesen wä-

re. Das verweist darauf, dass sie dem Austausch innerhalb ihrer Partnerschaft keinen äquivalenten Stellenwert zuschreiben konnte.

Weil Frauen sich so häufig mit anderen Frauen austauschen, tauchen in ihrer Erfahrungswelt entsprechend wiederum fast nur *Frauen* auf. Daraus schlossen viele der Interviewten, dass ihre stärkere emotionale Involviertheit (im Vergleich zu ihren Männern) logischerweise mit ihrem Geschlecht zusammenhängen muss. Dadurch manifestierte sich bei einigen ein binäres Geschlechterdenken: Es sind die Frauen, die aus biologischen oder anderweitig übergeordneten Gründen einen stärkeren Kinderwunsch verspüren. Das zeigt sich besonders eindrücklich bei Rahel (t2), die dies über eine Ausführung ihres Mannes erläutert, und Sabine, die den weiblichen Fortpflanzungsdrang religiös begründet:

was er [Ehemann] auch gesagt hat gestern, eben dass ihm das doch jetzt auch bewusst geworden ist, eben dass es für Frauen einfach auch biologisch gesehen, oder, oder evolutiv gesehen, (t1) der Wunsch einfach so schon stärker ist als bei Männern, (t1) und ähm, ja, dass man das wie auch muss irgendwie akzeptieren und dass das einfach so ist, (t1) ja (Rahel t2)

das ist ein Lebenstraum [...], der einem von der Schöpfung her als Frau vor allem auch hineingelegt worden ist in die DANN, dass man möchte, ja dass man möchte Mutter werden [...] etwas Natürliches (Sabine)

Besonders interessant ist, dass Rahel und Sabine sich in sehr verschiedenen Lebensrealitäten bewegen – Rahel als nicht-religiöse, berufsorientierte und doktorierte Naturwissenschaftlerin auf der einen Seite und Sabine als sehr gläubige, familienorientierte Hausfrau. Doch beide kommen zum gleichen Schluss: zu einer »natürlich« (»evolutiv« bzw. »von der Schöpfung aus«) gegebenen Gegensätzlichkeit der Geschlechter. Diese auf ihre Erlebniswelt zurückzuführende Geschlechteressentialisierung kann in den einzelnen Fällen durchaus als ressourcenorientierte Deutung verstanden werden. So hilft sie, die Situation als solche zu erklären und womöglich auch zu akzeptieren. Um dies zu erkennen, bedingte es jedoch des Austauschs mit anderen Frauen. Solange sie ihre Situation nur in heterosexuellen partnerschaftlichen Interaktionen verhandeln, wird ihnen stets vorgehalten, wie emotional unausgeglichen sie im Vergleich zu ihrem Partner sind. Erst im Austausch mit anderen Frauen kann ihnen vor Augen geführt werden, dass ihre Gefühle, Reaktionen und ihr Umgang »normal« sind.

Vernetzung unter Frauen: körperliche Verbundenheit als Deutungsressource

Der Austausch mit Personen, mit denen man körperliche Merkmale teilt, ermöglicht eine gesteigerte Validation der eigenen Gefühle. Die weiblich-körperliche Involviertheit in die reproduktionsmedizinischen Behandlungen scheinen eine Art Identitätsmarker darzustellen, den die jeweiligen Ehemänner nicht teilen können. Vera (t1) beispielsweise spricht in den Interviews immer wieder von einer gut funktionierenden Partnerschaft und bindet ihren Mann als wichtige Ressource ein – und trotzdem artikuliert sie ein klares Bedürfnis nach einem Austausch *ausserhalb* der Beziehung:

V: in den deutschen [Facebook-]Gruppen sind Männer verboten, (1) weil das soll ein Raum sein, in dem wir uns frei austauschen können, bei den Schweizer Gruppen weiss ich es gar nicht, (1) könnte ich jetzt gar nicht sagen, aber bei den meisten Gruppen, die ich jetzt eigentlich kenne und gesehen habe, sind Männer gar nicht erlaubt (2)

I: und findest du das gut?

V: ja definitiv, weil ich glaube für Männer ist das auch eher abschreckend, wenn sie jeden Tag 30 Beiträge sehen über irgendwelche »mein Zervix-Schleim ist so und so und ich habe komischen Ausfluss und was weiss ich« <lacht>

Hier wird deutlich, dass ein männerfreier Raum einem Bedürfnis entspricht, das viele Frauen hegen. Es gehe darum, sich »frei« austauschen zu können über Angelegenheiten, die explizit den weiblichen Körper betreffen – wie eben, wie der aktuelle Zervix-Schleim zu interpretieren ist. Männern wird abgesprochen, dass sie hier mitreden können; sie sind ausgeschlossen vom Kreis der Involvierten. Ihnen wird nicht zugestanden, die Frau vollumfänglich verstehen zu können, wie dies etwa Sabine, Fiona und Rahel – die alle drei sehr aktiv im Austausch mit anderen Frauen involviert waren bzw. es zum Zeitpunkt des Interviews nach wie vor sind – deutlich zum Ausdruck bringen:

die Frau braucht die Ermutigung und den Austausch viel mehr, weil wir sind ja die, die JEDEN Monat sehen, ob jetzt die Periode kommt oder nicht, wir sind VIEL mehr noch damit konfrontiert oder, und darum habe ich das [die Selbsthilfegruppe] ganz bewusst nur für die Frauen [geöffnet] (Sabine)

wenn jetzt ein Schwangerschaftstest negativ war oder, <weint> (2) dann, (1) dann ist es für ihn halt wie so in diesem Moment vorbei, (2) oder, (1) aber als Frau wartest du ja dann noch darauf, bis du deine Tage bekommst und musst halt das dann noch wie so auch noch, noch erleben, (1) also auch noch, gerade so nach der IVF, wenn du halt weisst, du hast ja Embryonen bekommen, und du weisst dann, okay du blutest die jetzt wieder aus, (1) und dann ist es halt mit dem negativen Schwangerschaftstest noch nicht vorbei, dann weisst du, okay, das Schlimmste kommt jetzt noch (Fiona)

je näher dass halt das Ende [des Zyklus] kommt, wirst du halt nervös und jedes Mal willst du gar nicht aufs WC gehen, weil du Angst hast, irgendwie Blut im, im Slip, in der Unterhose und, äh, das ist schon recht anstrengend gewesen, und das ist eben z.B. etwas, jetzt [Ehemann], ich habe ihm das schon versucht zu erklären, dass das psychisch recht anstrengend ist, dass du eigentlich NICHT aufs WC gehen willst, weil du so Angst hast <lacht> und das kann er auch nicht, also er kann es verstehen oder, aber nachvollziehen kann er es nicht, weil das bei ihm halt nicht so ist (Rahel t2)

dass ein Mann das überhaupt nicht nachvollziehen, also MITerleben oder auch erleben kann, [...] eben dass ein Mann einfach auch ganz andere, einfach das mit diesem ganzen Hormonding, habe ich mir halt schon auch recht Gedanken darüber gemacht, dass wir ja wirklich einfach so MEGA Zyklus haben und es verändert sich, und Männer sind einfach so »tütüü«, einfach so, die haben einfach so ein wenig Testosteron, das sich

glaub ein wenig verändert, aber sonst ist einfach alles so same, same, all day, all week
(Rahel t2)

Weil Frauen im Rahmen der Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ihr spezifisch weiblicher Körper permanent vor Augen geführt wird, manifestiert sich auch im Kontext körperbezogener Erlebnisse ein Geschlechterbild, das auf der Binarität von männlichen und weiblichen Körpern basiert. Einen Körper zu besitzen, der biologisch dazu in der Lage ist, einen Verlust zu erleiden, die Periode zu erleben, Embryonen auszubluten, den »Zyklus zu spüren« – all dem kommt eine nicht zu unterschätzende Relevanz im Deutungshorizont der betroffenen Frauen zu. Auch das veranschaulicht nochmals, wie stark der Marker der weiblich-körperlichen Erfahrung eine Grundlage für das Verbundenheitspotenzial zwischen Frauen sein kann. Sie füllen – vor allem in Momenten besonders intensiver körperlicher Erfahrungen – eine Lücke, die von den männlichen Partnern nur bedingt erfasst werden kann. Lea (t2) und Jana bestätigen das auch explizit. Beide waren während ihrer Kinderwunschzeit in regem Austausch mit anderen betroffenen Frauen. Lea berichtet hier von einer Kürettage, Jana von einer Fehlgeburt, die bei einem Ultraschalltermin festgestellt wurde:

also MEIN Mann kommt nicht mit, ich brauche ihn auch nicht, [...] ich brauche dann [hier: in der Kliniksituation nach der Kürettage] jeweils eher meine Mutter [Original: mis Mami] als meinen Mann (Lea t2)

mein Mann hat sich einfach ziemlich hilflos gefühlt [in der Situation nach ihrer Fehlgeburt], der wusste nicht, was er mit mir anfangen sollte, (1) er konnte mir nicht helfen, (1) also er konnte natürlich, er konnte für mich da sein und mit mir kuscheln und alles, aber doch musste ich es wie alleine durchmachen (Jana)

Ein letzter relevanter Aspekt des Austauschs mit anderen Frauen bezieht sich auf die Identitätsbildung als betroffene Frau. Diese kann insofern ins Positive umgemünzt werden, als dass sie durch die Validation der eigenen Körperdeutungen den Ausweis als Expertinnen ihrer Situation erfahren können. Das veranschaulichen Vera (t2), Lea (t2) und Rahel (t2), die hier einen schon fast phänomenologischen Ansatz vertreten, demzufolge niemand wirklich nachvollziehen kann, was es heisst, als Frau von der Diagnose »Unfruchtbarkeit« betroffen zu sein:

ich habe jetzt so viele Frauen kennengelernt noch in diesem Jahr, ich habe wirklich mich viel vernetzt, (1) weil das halt so, (1) man fängt sich halt gegenseitig auf, man versteht das glaube ich wirklich nur richtig, wenn man betroffen ist (Vera t2)

du merkst den Unterschied, wenn du jemanden hast [gemeint ist hier eine Reproduktionsmedizinerin, die selbst einmal Wunschmutter war], die das gleiche durchgemacht hat oder nicht [...], sie [hier ist eine Hypnosecoachin gemeint] weiss wovon sie spricht, also das ist mir aufgefallen, das ist mir wichtig, weil man kann schon Einfühlungsvermögen haben, aber wenn man es nicht selbst durchgemacht hat, kann man's irgendwodurch einfach bis zu einem gewissen Punkt verstehen und danach dann (1) wie nicht mehr (Lea t2)

es ist schon auch schwierig, anderen Leuten ein wenig, die das NIE durchgemacht haben, das so ein wenig zu vermitteln, was es mit sich bringt (Rahel t2)

Abschliessend lässt sich hier resümieren, dass die Begegnung und Vernetzung mit anderen Wunschwüttern empowernd wirken kann. Ihre Erfahrung wird kollektiviert und ihre Deutungen bzw. ihr Umgang mit dem Erlebten wird im Sinne einer wechselseitigen Validation (Hervieu-Léger 2004) legitimiert. Diese Validation macht sie zudem zu ausgewiesenen Expertinnen ihrer Situation: Nur sie verstehen, was es körperlich und emotional *wirklich* bedeutet, eine unfruchtbare Frau zu sein und Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Bier und Gamen: Austausch unter Männern

Sowohl in der Forschungsliteratur als auch im empirischen Material wurde die Frage verhandelt, wie es zu erklären ist, dass der Austausch und das Sprechen über die Situation für Männer offenbar *keine* Coping-Strategien darstellen. In der Literatur herrscht allgemein Konsens, dass Wunschwäter deswegen weniger über ihre Lage sprechen, weil sie eine Stigmatisierung befürchten (vgl. z.B. Luk/Loke 2019 und Webb/Daniluk 1999: 16). Das leuchtet ein, wenn man sich die weiter oben ausgeführten Stigmatisierungsmomente vor Augen führt, wie sie etwa von Tim geschilderte wurden. Dieser Ansatz erklärt aber noch nicht, warum Männer keinen Austausch mit anderen *betroffenen* Männern suchen, wie dies Frauen so häufig tun. Auch Tim, der in seinem Umfeld sehr offen über seine Situation gesprochen hat, versicherte im Interview, dass er keine solche Aufarbeitung mit anderen Wunschwätern vermisste. Ferner erzählten vor allem Rahel, Lea, Nadine und Fiona davon, dass ihre Männer absolut kein Bedürfnis danach entwickelt hätten, während Daniela und Fabian, Sonja und Markus sowie Jana der Auffassung waren, Männer *können* schlicht nicht gut über ihre Gefühle sprechen. Sie empfanden das als Defizit, als Coping-Strategie, die ihren Männern verwehrt bleibt. Entsprechend engagierten sie sich dafür, ihnen diese Ressource ebenfalls zugänglich zu machen, so etwa Jana:

ich habe meinen Mann ganz oft an Gamer-Abende mit seinen Kollegen geschickt, damit er auch mit denen mal reden [Original: schwätze] kann ohne mich, (1) er muss ja auch irgendwo seinen emotionalen Ballast abladen können, wenn er es bei mir nicht kann, (2) Männer und ihre Gefühle, das ist ja immer so eine Sache [...], er kann nicht so gut über seine Gefühle reden und was in ihm vorgeht, du musst ihm alles aus der Nase ziehen und dann bist du noch froh wenn's rauskommt, also, (2) ja, aber mit seinen Kollegen kann er das halt, unter Männern ist das irgendwie anders (Jana)

In Janas Formulierungen zeigt sich zunächst eine Art Essentialisierung der Geschlechterunterschiede, die sie als Frau nur wahrnehmen, nicht aber nachvollziehen kann (»unter Männern ist das *irgendwie* anders«). Noch interessanter an dieser Stelle ist jedoch ihre Formulierung, dass *sie* ihren Mann zu »Gamer-Abenden« geschickt hat. Sowohl Janas Verhalten als auch das ihres Mannes können als Ausdruck eines spezifischen jeweiligen *Doing Gender* verstanden werden. So erklären Trzebiatowska/Bruce (2013), dass sich Frauen traditionellerweise um die Gesundheit der männlichen Familienmitglieder kümmern – sich um die eigene Gesundheit zu sorgen ist umgekehrt schlicht nicht Teil eines

traditionell männlichen Skripts (vgl. 29; vgl. auch Dudgeon/Inhorn 2003: 40). Dudgeon/Inhorn (2003) konnten aufzeigen, dass es auch für werdende Väter schwieriger ist, diese Rolle »richtig« zu füllen, weil es wenig sichtbare Role-Models gibt, auf die sie sich stützen könnten (vgl. 44). So verhält es sich auch beim Umgang mit einem unerfüllten Kinderwunsch. Es gibt schlicht viel weniger Wunschväter, die öffentlich »vorzeigen«, wie man »als Mann« mit der Situation umgehen kann.

Auch im von mir untersuchten evangelikalen Kontext wird die Frage aufgegriffen, inwiefern Männer über die als belastend erlebte Situation sprechen *sollten*. Evangelikale geben im Interview an, überzeugt davon zu sein, dass es auch für Männer eine emotionale Ressource darstellt, wenn diese über ihre Gefühle sprechen. Zwei der interviewten Ehepaare (Daniela und Fabian sowie Sonja und Markus) gründeten u.a. zu diesem Zweck gemeinsam mit einem dritten Ehepaar eine Selbsthilfegruppe für ungewollt Kinderlose. Eines ihrer Ziele besteht darin, betroffene *Paare* zu adressieren. Bei den Treffen gibt es dann meist gemischt- sowie getrenntgeschlechtliche Sequenzen des Austauschs. Tatsächlich können Evangelikale – und zwar unabhängig von deren Geschlecht – auf »Übung« zurückgreifen, wenn es um das »Sprechen über Emotionen« geht. Homogene Kleingruppen, die spezifische Themen adressieren und die in den sonntäglichen Gottesdiensten keinen Platz finden, sind typisch für das evangelikale Milieu (vgl. Buchard 2014c: 132). Buchard nennt als Beispiel einen Gebetszirkel, dem vier Frauen angehören und in dem persönliche Alltagsprobleme besprochen werden. Auch existenziellere Themen wie Eheprobleme oder Depressionen werden in diesem Kontext adressiert (vgl. ebd.: 133). Es gäbe auch »Männergruppen«, in denen persönliche Anliegen diskutiert werden können. In der Realität würde dabei der Fokus auf Themen »beruflicher Art« (ebd.) liegen – also auf vergleichsweise »intellektuelle« Angelegenheiten. Das zeigt: Die Vorstellung, dass es Männern schwerfalle, über intime Themen (wozu ein unerfüllter Kinderwunsch sicherlich zählt) zu sprechen, ist durchaus präsent. Das zeigt sich auch in Markus' bzw. Fabians und Danielas Ausführungen:

es braucht halt wahrscheinlich, beim Mann brauchts einen Schritt mehr, bis er rauskommt, was ich jetzt festgestellt habe, ist, wenn ich mit anderen Männern darüber rede und ich dann meine Gefühle offenlege, weil ich jetzt vielleicht ein wenig eher über Gefühle rede, über Gefühle redet ein Mann ja grundsätzlich nicht ist die Ansicht, aber wenn ich jetzt mit einem Kollegen ein Bier trinke oder so wie das ja eben üblich ist, dann, dann merkst du schon oder ICH jetzt, wenn ich mit ihnen rede, dann kommt dort öfters mal etwas Tieferes raus (Markus)

F: und das ist eben dann cool, wenn man merkt, Männer können schon, wenn das Umfeld, wenn das Setting passt, dann, dann können sie sich öffnen

[...]

I: das heisst, die Frauen bringen die Männer ein wenig mit [an die Treffen der Selbsthilfegruppe]?

F: ja

D: also sie SCHLEPPEN sie mit

F: sie REISSEN sie mit eigentlich

[...]

D: es ist einfach nicht das ursprüngliche Bedürfnis der Männer, sich da drüber auszutauschen

F: also wir sind dann [beim letzten Treffen] noch ein Bier trinken gegangen (Daniela und Fabian)

Auffallend an diesen beiden Ausschnitten sowie am Interview mit Jana ist, dass es in der Erfahrungslogik der Befragten offensichtlich so etwas wie ein »männliches Setting« gibt, welches eine Voraussetzung dafür darstellt, dass Männer über ihre Gefühle sprechen können. Semantisch scheint sich dieses (imaginierte) Setting sehr leicht beschreiben zu lassen; das Vorhandensein von als männlich markierten Objekten oder Handlungen reicht bereits aus, so wie *Gamen* und *Bier*. Das semantisch männlich gedeutete Setting stellt sicher, so die naheliegende These, dass sich darin befindliche Männer nach wie vor konform eines männlichen Skripts verhalten. Anders ausgedrückt: Wenn sie schon deviant sind hinsichtlich ihrer Reproduktionsfähigkeit und hegemoniale Männlichkeitsideale (Dudgeon/Inhorn 2003: 38) nicht zu erfüllen vermögen, so können sie sich zumindest im Gesprächssetting als zugehörig zur »männlichen Welt« fühlen.

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Frauen und Männern andere Handlungsoptionen hinsichtlich ihres Umgangs mit der Situation zur Verfügung stehen. Die ungleichen Zugänge und denkbaren Möglichkeiten des Umgangs werden durch zwei sich gegenseitig verstärkende Ebenen bedingt: einerseits die kulturell dominanten Diskurse und traditionellen Weiblichkeits- und v.a. Männlichkeitsbilder, andererseits die körperlich so stark binär und divergierende Involviertheit in reproduktionsmedizinische Verfahren. Nicht zu unterschätzen ist dabei sicher auch, dass es schlicht sehr viel mehr Angebote gibt, die sich explizit oder implizit an Frauen richten. Personen, die sich in diesem Feld engagieren und etwa solche Netzwerke gründen, sind – ausser im evangelikalen Kontext – nahezu ausnahmslos weiblich und sprechen damit auch ein weibliches Publikum an. Auch alternativmedizinische Angebote (wie Kinderwunschcoachings, TCM-Dienstleistungen oder Yogagruppen) werden von Frauen angeboten und von Frauen genutzt.

11.4.3 Marginalisierung von Männern in Gesundheitseinrichtungen

Es wurde bereits festgehalten, dass die Geschlechter traditionellerweise verschiedene Bezüge zum Thema Gesundheit haben. Das lässt sich quantitativ mit einer allgemein niedrigeren Frequentation von Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Konsultationen belegen. So sind es traditionell die Frauen, die sich um die Gesundheit ihrer

Ehemänner und ihrer Söhne sorgen (s. o. und vgl. Trzebiatowska/Bruce 2013: 28f.).³⁰ Diese Geschlechterrollenzuschreibungen beeinflussen, wie in Gesundheitsprofessionen mit Patient:innen umgegangen wird – so etwa dahingehend, welche Diagnosen gestellt und welche Behandlungen angeboten werden (vgl. Wattenberg/Lätzsch/Hornberg 2017: 4f.). Darunter fallen auch beispielsweise psychische Erkrankungen, die nach wie vor häufig als »weibliche Krankheit« gelesen und entsprechend auch als männliches Problem unterschätzt werden (was etwa die verhältnismässig höheren Suizidraten von männlichen Personen belegen, vgl. Weißbach/Stiehler 2013).

In Bezug auf reproduktionsgesundheitliche Aspekte scheinen sich diese gegendernten Normvorstellungen mit der diskursiv dominanten Idee zu potenzieren, Frauen seien primär für die Fortpflanzung zuständig und emotional involvierter. Rahel, die sich dieses Diskurses bewusst ist, schreibt ihrer Erfahrung eine Bestätigung der sozialen Normvorstellungen zu:

in den Kliniken auch einfach, die Post geht IMMER an mich, (2) das verstehe ich nicht, ich meine, wir sind doch ein Paar, das dorthin geht und das gerne schwanger werden möchte und alles, die Rechnungen gehen nur auf meinen Namen und das finde ich dann ist einfach so, (2) das finde ich einfach nicht gut, also es ist so, es ist auch von IHNEN aus so extrem auf die Frau projiziert, und das macht das Ganze einfach nochmal viel mehr, die Belastung nochmals [...], diese Ärztin schaut ihn NIE an (Rahel t)³¹

In den Daten von Imeson/McMurray (1996) berichten Frauen Ähnliches. Sie störten sich daran, dass hauptsächlich sie von den Mediziner:innen adressiert wurden. Zudem gingen die Ärzt:innen vermehrt davon aus, dass die ungewollte Kinderlosigkeit auf die Frau zurückzuführen ist. Entsprechend wurden vorwiegend Tests bei der Frau durchgeführt, obwohl die Abklärung bei Männern mittels Spermogramm sehr viel einfacher und weniger invasiv ist (vgl. 1018). Womöglich galt Unfruchtbarkeit in den 1990er-Jahren noch mehr als heute als eine »weibliche Krankheit«. Ein weiterführender Erklärungsansatz dafür, dass in den Kliniken vor allem Frauen adressiert werden, liefert Czarnecki (2022). Sie beschreibt, dass Kinderwunschkliniken – im krassen Kontrast zu Abtreibungskliniken – einen Ort darstellen, in welchem Patientinnen ein positiver Status zugeschrieben wird, weil sie die Entsprechung einer kulturellen Norm anstreben: Mutter zu werden (vgl. 115). Für Männer entspricht der Besuch einer Gesundheitseinrichtung grundsätzlich nicht ihrem Gender-Skript; sie werden entsprechend womöglich weniger als adressierende Akteure gedacht.

Diese Ausführungen bestätigen die Gültigkeit einer Studie, die vor über 30 Jahren durchgeführt wurde: »Where men do attend family planning clinics, they often feel marginalised and embarrassed« (Meerabeau 1991: 397). Männern wird eine passive Rolle und wenig (emotionale) Involviertheit zugeschrieben;³² sie sind wenn, dann lediglich »Part-

30 Das zeigt sich auch darin, dass unverheiratete Männer die Gruppe mit der tiefsten Lebenserwartung darstellen (vgl. dazu Jia/Lubetkin 2020).

31 Es kann auch sein, dass die Post aufgrund der Zahlungsmodalitäten nur an Rahel ging: Wenn nur sie als Patientin vermerkt ist, zahlt entsprechend auch nur ihre Krankenkasse.

32 Vgl. dazu auch die Ausführungen von Tim und Anja im letzten Unterkapitel. Als Tim transparent machte, dass ihn der Misserfolg bei der Insemination emotional mindestens genauso belastete

ner« bzw. »Ehemann von«. Dies kann mit einer Überforderung einhergehen, weil den Männern nicht klar wird, welche Rolle sie in diesem Kontext noch einnehmen können (vgl. ebd. 404–406). Dieser Aspekt wird im folgenden Unterkapitel näher beleuchtet.

11.4.4 Mögliche männliche Rollen

Wie im vorherigen Unterkapitel ausgeführt, kann die Situation für Männer die Herausforderung mit sich bringen, dass es keine klar vorgeschriebenen Rollen für sie gibt, die sie ausfüllen können. Es ist ihre Frau, die körperlich den grössten Teil der Arbeit zu verrichten hat; hinzukommt, dass auch sie einen sehr viel grösseren Anteil am *mental load* übernimmt (s.o.). So hat sich in den Daten auch gezeigt, dass Männer verschiedene Lösungen dafür fanden, diese Rolle zu »besetzen« und über das reine »sitting and watching« (Gerrits 2016: 262) hinauszugehen – oder eben gerade nicht.

Evangelikale Männer

Viele der interviewten Frauen beschrieben die Rolle ihres Partners als diejenige des emotionalen Supporters. Er habe sie in akuten Situationen der Trauer, Verzweiflung oder Frustration getröstet. Auch Greil (1991: vgl. 107–109) konnte in seinen Daten feststellen, dass viele Männer die Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit bzw. der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin vor allem deswegen als emotional gravierend wahrnahmen, weil *ihre Frauen* so gelitten haben. Besonders interessant kam dies bei den christlich-evangelikalen Interviewpartner:innen zum Tragen. Hier scheint diese Rolle durch den Mann institutionell perfektioniert zu werden. Eines der wichtigsten Themen, wenn sich die betroffenen Männer in den geschlechtergetrennten Selbsthilfegruppen treffen, ist der einfühlsame Umgang *mit ihren Frauen*. Es geht dabei also nicht mehr primär darum, dass die Wunschväter ihre Situation als ungewollt kinderlose Männer reflektieren, sondern als *Ehemänner* einer ungewollt kinderlosen Frau. So beschreiben es die Co-Gründerinnen und -gründer der Selbsthilfegruppe:

wir Männer haben jetzt, für uns haben wir gesagt, ist es das Ziel, dass wir auch die Männer ins Boot holen können und sagen können »hey, was fühlt ihr, wie geht's euch, äh, wie geht's euch mit euren Frauen in dieser ganzen Zeit, wenn sie jetzt in diesen Zyklen drin ist oder Hormone oder was auch immer, wie können wir oder was haben wir gespürt, wie haben wir unserer Frau etwas Gutes tun können in dieser Zeit?« (Markus)

ich verstehe es so als, äh, Ehemann, der sich um seine Frau sorgt, einfach auch zuhört und sagt »hey, was spüre ich und was höre ich da, (1) was will meine Frau oder was nicht?« (Fabian)

sie sind umgeben von denen, die das Gleiche haben [...] »meine Frau ist nicht die einzige, die keine Kinder bekommt, oder ich bin nicht der Einzige, den es nervt, wenn sie wieder gefrustet ist, oder es irgendwann da oben hat die ganzen Hormonschwankungen« (Sonja)

wie seine Frau, stiess er auf Unverständnis seitens der Ärzt:innen. Auch Olivia störte sich daran, dass immer nur sie – und nie ihr Mann – nach ihrem psychischen Wohlbefinden gefragt wurde.

In einem öffentlichen Interview³³ erklärt der evangelikale Tobias zudem, dass er die Fähigkeit, in dieser herausfordernden Situation kompetent mit den Emotionen seiner Frau umgehen zu können, erst einmal erlernen musste. Anfangs sei er »irritiert gewesen« ob der Reaktionen seiner Frau und habe sie nicht verstanden. Auch darum ist es den Gründenden der Selbsthilfegruppe ein solch wichtiges Anliegen, *Paare* anzusprechen und nicht, wie dies häufig der Fall sei bei solchen Angeboten, nur Frauen.

Dieses Verständnis des Mannes als emotionaler Unterstützer seiner Frau lässt sich über die »Figur« des evangelikalen Mannes erklären. In der Forschungsliteratur wird er häufig als »soft patriarch« bezeichnet (vgl. z.B. Wilcox 2004). So wird evangelikalen Ehemännern eine aktive Rolle im Familienleben zugeschrieben, und tatsächlich wurde für den US-amerikanischen Kontext festgestellt, dass evangelikale Väter beispielsweise mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen und involvierter in die Erziehung sind als der »Durchschnittsvater« (vgl. ebd.). Favre (2014) ergänzt, dass vom evangelikalen Vater erwartet wird, »seinen Kindern rückhaltloses Interesse entgegenzubringen« (175). Evangelikalen Ehemännern wird also auch im Familienleben eine relevante Rolle zugeschrieben – sie sind das »Oberhaupt der Familie«, wie Sonja dies formulierte. Die damit implizierte Unterwerfung der Frau unter den Mann auch im Kontext der Familien- und Care-Arbeit muss von Frauen jedoch nicht unbedingt negativ gedeutet werden, sondern hat durchaus positive Komponenten. Sie erfahren möglicherweise eine Entlastung vom Gefühl der Alleinzuständigkeit, Verantwortung und der Schuld (vgl. Hoberg 2017b: 232).

Gleichzeitig kann der »typische« evangelikale Ehemann diese Rolle des emotionalen Unterstützers seiner Ehefrau nur dann einnehmen, wenn er sich in gewissen Punkten entsprechend einem traditionellen Männlichkeitsideal verhält. Er kann seiner Frau nur dann helfen, mit ihren Gefühlen umzugehen, wenn er sich selbst nicht so schnell von seinen eigenen Emotionen einnehmen lässt; er »rational« und »analytisch« denkt und handelt statt eben emotional. Diese Selbstwahrnehmung artikulierten die meisten evangelikale Männer in den Interviews:

ich sag jetzt mal, als Mann stehst du eher daneben, gehst emotional nicht so mit [...], ich konnte es auch eher auf die Seite tun und ich meine, ich war abgelenkt, ich war weg im Beruf (Markus)

ich habe als rational und logisch denkender Mann, habe ich gefunden »ja, also, wir haben ja jetzt immer schon kinderlos gelebt und jetzt leben wir einfach dieses Leben weiter, so wie es war« (Andreas auf *livenet*³⁴)

ich bin halt auch ein Mann und offenbar einfacher gestrickt, [...] es war sehr eine traurige Situation und das hat einen schon hin und wieder einfach wieder mal übermannt sage ich jetzt, oder, aber irgendwie konnte ich das sagen, es ist so und es ist gut so, offenbar, weil sonst wäre es nicht so, und wie das annehmen (Tobias auf *livenet*³⁵)

33 Beitrag vom 01.06.2021, online verfügbar unter: https://www.livenet.ch/themen/people/erlebt/391515-unerfuellter_kinderwunsch_ist_schmerzhaft.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

34 Beitrag vom 01.06.2021, online verfügbar unter: https://www.livenet.ch/themen/people/erlebt/391515-unerfuellter_kinderwunsch_ist_schmerzhaft.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

35 Ebd.

[wenn du] dann auch siehst, was es mit der Frau macht, ja, kannst du es dann schon nochmals anders einordnen, aber, ja, also gut, ich funktioniere vielleicht auch ein Stück weit so analytisch (Fabian)

Es wurde folglich auch von den Frauen implizit oder explizit gefordert, dass die Männer diese »rationale«, »logische«, »analytische« Rolle einnahmen und sich damit gemäss einem heteronormativen Beziehungskonzept komplementär zu ihnen verhielten. Es wäre wenig Raum dafür gewesen, wenn der Ehemann emotional genauso hilfsbedürftig gewesen wäre wie die Frau; »wenn beide eng drin gewesen wären, hätte es emotional schwierig werden können« (Sonja).

Aufgrund der Tatsache, dass dem Mann zugeschrieben wird, »rationale« Sichtweisen einzunehmen, kommt ihm auch eine verstärkte Entscheidungskompetenz zu, die wiederum sehr gut auf die Rolle des »soft patriarch« passt. Das zeigt sich eindrücklich in einer Aussage von Tobias. Darin implizierte er, das Wichtigste für ihn sei, dass es seiner Frau, die sich so sehr ein Kind wünscht, gut geht. Daher wäre es sogar eine Option, dass er für sie beide die Entscheidung treffen würde, »aus der Ehe ausbrechen«, um ihr zu ermöglichen, mit einem anderen Mann ein Kind zu bekommen. Da der unerfüllte Kinderwunsch medizinisch jedoch sowohl auf ihn als auch auf sie zurückzuführen ist, wäre auch das keine gangbare Lösung. Das ist deswegen so interessant, weil klar wird, dass der Mann hier primär derjenige ist, der diese fundamentalen Entscheidungen trifft – wie etwa, ob man sich trennt oder nicht. Auch in anderen Fällen wurde dem evangelikalen Ehemann die Entscheidungskompetenz zugeschrieben, weil ihm der bessere Durchblick der Situation zugestanden wurde. Das zeigt sich vor allem beim Ehepaar Judith und Andreas:³⁶

J: weil ER zuerst »nein« sagte, also es ist wirklich, so im Nachhinein jetzt merk ich, es ist, äh, es ist ein schwieriger Moment gewesen oder, also, wir haben dann die Hormontherapie angefangen und, äh, das fast über ein Jahr hinweg, dann mit verschiedenen Hormonen ausprobiert (1) und, äh, es wollte einfach nicht, ähm, und Andreas hat mehr angefangen zu spüren »jetzt ist einfach genug«, [...] das wie zu merken, respektiere ich jetzt das, dass er sagt »es ist genug« (1)

[...]

A: ich hatte irgendwie das Gefühl, (2) ich bin mir so ein wenig unschön [Original: wüest] ausgedrückt so ein wenig wie bei einem Züchterding vorgekommen, oder dann hat man einfach noch ein wenig mehr in den Körper gejagt, (1) und ich habe zugeschaut und irgendwie so das Gefühl gehabt, irgendwie das, (2) mir ist es wirklich extrem unwohl geworden in dieser Sache

[...]

J: Andreas hat relativ vernünftig gesagt »jetzt gibt es keine Kinder«

Andreas kann die an ihn herangetragene Männlichkeitsideale auf verschiedenen Ebenen erfüllen. Er tritt rational-analytisch auf, als Autoritätsperson und Oberhaupt der Beziehung sowie als Beschützer seiner Frau. Auch wenn Judith dabei entsprechend als schutzbedürftig auftritt, wertet sie dies hier – wie dies auch schon bei Sonja der Fall war – nicht negativ. Viel eher schien Andreas' aktives Engreifen für sie eine Entlastung darzustellen. Damit zeigt sich, dass die Orientierung an traditionellen Rollenaufteilungen in Ehebeziehungen in gewissen Situationen eine Ressource darstellen kann.

Nicht-evangelikale Männer

Auch Männer ausserhalb des evangelikalen Kontexts konnten neben der Rolle des emotionalen Supporters aktive Rollen besetzen, wenn auch nicht in demselben Umfang. Dies war vor allem bei Rahel, Vera und Lorena der Fall. Lorena traute sich aufgrund ihres psychischen Ausnahmezustands während der Fruchtbarkeitsbehandlungen nicht mehr zu, die Aussagen der Ärzt:innen kognitiv aufzunehmen und zu verarbeiten. Darum musste ihr Mann »zu allen Untersuchungen mitkommen, um danach nochmals zu besprechen, was die gesagt hat«. Rahel und Vera referierten auf eine fast schon bewundernde Art auf ihre Partner, die für sie so etwas wie eine Vorbildfunktion einnahmen. So beschrieb Vera ihren Mann als optimistisch (»er sieht es halt mega positiv«, t1), pragmatisch (t1 und t2) und genügsam (»er sagt halt auch, wenn es nicht klappt, dann machen wir uns so ein schönes Leben, weisst du, wenn alle Stricke reissen«, t1). Auch Rahel referierte semantisch ähnlich auf ihren Mann, jedoch mit einem anderen Framing. Sie sieht sich und ihren Umgang mit der Situation im Vergleich zu seinem als defizitär. So sei er zum einen viel schneller in der Lage, Entscheidungen zu treffen, etwa, ob eine weitere Therapieform sinnvoll ist oder nicht oder auch bei der Frage, welcher der genetisch analysierten Embryonen eingesetzt werden soll:

ich bin jemand, der sich nicht so gut entscheiden kann (Rahel t1)

[Name Ehemann] ist dann halt wie »schau, es gibt keinen scientific proof statistisch, dass das etwas nützt, wieso sollen wir es dann machen?« (Rahel t2)

er liest es einmal, entscheidet sich und kommt eigentlich von dieser Entscheidung nicht mehr gross ab, und ich bin jemand, der MEGA einen langen Entscheidungsprozess hat (Rahel t2)

Im folgenden Ausschnitt beschreibt sie ihren Partner als viel genügsamer, als sie es selbst ist:

er ist nicht so anspruchsvoll, was, was, was so sein Leben anbelangt, er ist relativ genügsam und relativ zufrieden mit wenig Sachen, und das finde ich eigentlich mega schön, ich könnte mir da sehr oft auch eine Scheibe abschneiden von dem, (t1) von dieser Einstellung, er macht sich eben darum auch nicht immer so viele Gedanken über alles, sondern er sagt »es kommt wie es kommt und man kann es eh nicht gross beeinflussen und wieso soll ich-«, genau, das ist eben das »wieso soll ich traurig sein mit etwas, das ich nicht beeinflussen kann?«, es ist einfach so und, und ich muss mir ja nicht mich runterziehen deswegen (Rahel t1)

Wie Vera beschreibt Rahel ihren Partner folglich als genügsam, rational und pragmatisch. Anders als bei Vera führten diese Reaktionen jedoch auch zu einem gesteigerten Gefühl der Schuld, weil sie ihren eigenen Umgang mit der Situation als weniger kompetent beurteilt. Er ist im Vergleich zu ihr genügsamer, nicht so anspruchsvoll, fähiger, sich zu entscheiden oder sich zu distanzieren usw. Wie in den oben beschriebenen Fällen von evangelikalen Ehepaaren übernimmt Rahels Mann auch die Rolle des Beschützers – so riet er ihr beispielsweise, nicht überall herumzuerzählen, dass sie mittels Reproduktionsmedizin versuche, schwanger zu werden. Er befürchte, dass sie dies in ungute Situationen bringen könnte, weil sie damit die soziale Verpflichtung eingehen würde, immer alle im Umfeld über den gegenwärtigen Status zu unterrichten – was für Rahel eine psychische Belastung darstellen könnte (t1). Im Unterschied jedoch zu den evangelikal-ehelichen Konstellationen betrachten Rahel und ihr Mann ihre Beziehung als egalitär und weniger als traditionell und komplementär (vgl. Hoberg 2017b: 228). Damit kann Rahels Mann die Rollen als rationale Entscheidungsinstanz sowie als Beschützer zwar anklingen, nicht jedoch vollumfänglich ausleben. Er kann ihr zwar Ratschläge geben, wie *er* in ihrer Situation handeln und entscheiden würde, die abschliessende Entscheidung überlässt er jedoch stets allein ihr, wie Rahel an anderer Stelle im Interview betont. Damit kann sie das Gefühl der Verantwortungslast nur bedingt abgeben. Sie hätten auch Gespräche darüber geführt, welche Möglichkeiten es gäbe, dass er sie unterstützen könnte – seien jedoch zum Schluss gekommen, dass sie beide nicht wüssten, wie, weil es ja schliesslich bei fast allen Fragen exklusiv um *ihren* Körper geht. In dieser Hinsicht, so kann hier geschlossen werden, konnte Rahel entsprechend weniger auf ihn als eine emotionale Ressource zurückgreifen, als dies in den weiter oben beschriebenen Fallbeispielen der Evangelikalen zutrifft.

In einigen der Einzelinterviews mit Frauen spielte die Figur des Ehemannes kaum eine Rolle und er wurde erst durch exmanentes Nachfragen zum Thema. Dies war besonders bei Fiona der Fall. So beschreibt sie den Anfang ihrer Zeit als Wunschmutter (kurz bevor sie das erste Mal eine Kinderwunschklinik aufsuchte):

dann, ja, hat er [Ehemann] sich eigentlich am Anfang zuerst noch recht gesträubt, weil er meinte »ja, wir haben ja noch viel Zeit und (1) jetzt, ja, müssen wir ja nicht so, es kommt dann schon« und dann, ähm, (1) habe ich dann gesagt »gut, wenn er nicht mit will, würde ich das sonst halt alleine machen« [...] er hat danach, glaube ich, gemerkt, dass es mir halt wirklich schon sehr wichtig ist, [...] es gibt Tage, an denen wir halt wirklich gut (1) das besprechen können und so, (2) zum Beispiel auch weitere Planung und so machen, (1) ähm, und, (1) dann gibt es auch Tage, an denen geht es nicht so gut, (3) oder es ist manchmal, also ich tue mir manchmal auch wirklich schwer dann auch (2) ihm gegenüber ausdrücken zu können, was ich jetzt gerade fühle (Fiona)

Fiona beschreibt die Rolle ihres Ehemanns als passiv, und es bleibt unklar, ob er selbst auch einen Kinderwunsch hat. Er kann lediglich dann eine Stütze sein, wenn es um organisatorische Fragen wie die »Planung« geht. Es gibt keine Anzeichen, dass hinter diesem männlichen Verhalten eine bewusste Absicht steht, viel eher entspricht es vermutlich schlicht dem »emotional script of masculinity« (Throsby/Gill 2004: 343) – dazu passt auch, dass er sich lange »sträubte«, die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in Betracht

zu ziehen. Interessanterweise beschreibt Fiona es primär als ihren eigenen Fehler, dass er sie emotional nicht auffangen kann. *Sie* sei nicht in der Lage, ihm ihre Gefühle oder Perspektiven zu vermitteln. Diese Deutung konnten auch Grunberg et al. (2021: vgl. 7) in ihren Daten identifizieren. Männern wird die Empathie, weibliche Körpererfahrungen sowie weibliche Gefühle nachvollziehen zu können, nur sehr eingeschränkt zugetraut (s.o.). Daher, so die emisch logische Schlussfolgerung, ist es die Aufgabe der Frau, dies ihrem Mann anschaulich zu vermitteln. Gelingt ihr dies nicht, resultieren daraus Gefühle der Schuld.

So zeigt sich, dass es in der Situation des unerfüllten Kinderwunsches für Männer kein Skript gibt, keine vorgegebene Rolle, die sie einfach einnehmen könnten – zumindest nicht ausserhalb eines traditionellen Kontexts mit klareren Rollenaufteilungen für die Geschlechter, wie dies bei den Evangelikalen der Fall ist. Wenn Wunschmütter zusätzlich davon ausgehen, dass ihren Männern die Kompetenz fehlt, sich emotional in sie hineinzuversetzen, verschärft sich die Situation weiter.

11.5 Theoretische Anschlüsse: Geschlecht als relevante Kategorie im Feld

Die Auseinandersetzung mit partnerschaftlichen und genderspezifischen Aushandlungen im Rahmen eines unerfüllten Kinderwunsches legt verschiedene Erkenntnisse offen, die insbesondere für die Geschlechterforschung relevant sein können. So hat sich etwa gezeigt, wie stark männliche und weibliche Unfruchtbarkeit auch sozial konstruiert ist, mit welchen wirkungsmächtigen Konsequenzen dies hinsichtlich der Handlungsoptionen von Frauen und Männern einhergeht und wie prägend das explizit *körperliche* Erleben für individuelle Bedeutungszuschreibungen und subjektive Deutungen sein kann.

Die im vorangehenden Kapitel dargelegten Befunde theoretisch einzuordnen ist umso brisanter, herausfordernder und interessanter, als dass sich sowohl *gender* als auch *sex* in diesem Feld auf komplexe Art und Weise wirkungsmächtig zeigen. Es stellen sich grundsätzlich zwei Möglichkeiten, Geschlecht theoretisch zu fassen. Die erste Möglichkeit impliziert, *sex* und *gender* als zwei verschiedene und voneinander trennbare theoretische Konzepte zu verstehen: *sex* als die körperlich-biologischen Aspekte von Geschlecht und *gender* als die sozial konstruierten Bedeutungszuschreibungen zu diesen körperlichen Merkmalen. Spätestens seit den frühen 1990er-Jahren wurde diese Auffassung von Geschlecht im akademischen und poststrukturalistischen Diskurs intellektuell herausgefordert, was zur zweiten Möglichkeit führt, Geschlecht theoretisch zu fassen. So etablierte sich etwa in den Gender Studies und in einigen sozial- und geisteswissenschaftlichen Kontexten die Vorstellung, dass sowohl *gender* als auch *sex* performative Konstrukte darstellen, die sich gegenseitig ko-konstituieren. In diesem Verständnis gibt es also auch kein objektiv fassbares *sex* – es ist nur zugänglich über bereits existierende kulturelle Vordeutungen des Körpers. Mit welchem Blick – vermeintlich – objektive Wissenschaften wie die Medizin oder die Biologie Körper betrachten, kann demzufolge nie neutral sein. Das hat sich für dieses Feld beispielhaft gezeigt: Auch Spermien und Eizellen werden bestimmte, gegenderte Rollen zugeschrieben; auch sie können kaum als »neutrale« Körperteile gefasst werden. Die vor allem durch Joan Scott und Judith Butler etablierte Vorstellung, *gender* sei dementsprechend – anders als bisher angenommen umgekehrt

– *sex* vorgelagert (Butler 1990; Garfinkel 1967; Gildemeister 2010; Lorber 1993; Scott 1986; Villa 2019; West/Zimmerman 1987), hat auch in vielen Alltagssituationen eine Berechtigung: In sozialen Interaktionen kann der äusserlichen Erscheinung einer Person die Kategorie »männlich« oder »weiblich« zugeschrieben werden, etwa aufgrund der Kleidung, der Frisur oder anderen als »weiblich/männlich« gelesenen Verhaltensweisen wie dominantem Auftreten. Erst aufgrund dieser sozial bereits als geschlechtlich vorgedeuteten Vorstellungen (*gender*) können dieser Person nun auch körperliche Merkmale (*sex*) zugeschrieben werden. Dass *gender sex* damit vorgelagert ist und auch *sex* sozial konstruiert ist, zeigt sich auch darin, dass körperlichen Merkmalen – wie etwa dem Vorhandensein einer Vulva, einer Gebärmutter oder von Spermien – im Unterschied zu sozial konstruierten Bedeutungen von *gender* in alltäglichen sozialen Interaktionen gar keine Relevanz zukommt (vgl. Villa 2019: 27f.).

Auch die Religionswissenschaft hat sich dieser Debatte – wenngleich lange nur zögerlich – angenommen (vgl. Franke/Maske 2012; King 2005; Pezzoli-Olgiati 2008) und ihren Blick anfangs insbesondere auf »Ideale und Rollen von Frauen«, »normative Geschlechterbeziehungen in den Religionen sowie auf Frauen als religiöse Subjekte gerichtet« (Heller/Franke 2024: V). Noch heute sei das Forschungsinteresse an einzelnen *gender*-bezogenen Themen (wie etwa die Konstruktionen von Männlichkeit) überschaubar, jedoch habe sich die religionswissenschaftliche Perspektive auf *Gender* u.a. durch postkoloniale Kritik und durch konstruktivistische Ansätze erweitert (vgl. ebd.: Vf.).³⁷ So betrachten Franke/Maske (2012) Geschlecht und Religion insofern als analytisch vergleichbare Felder, als dass beide keine greifbaren Phänomene der aussersprachlichen Wirklichkeiten darstellen und exklusiv über soziale Zuschreibungsprozesse eine Wirklichkeit schaffen. Beide würden sich *nur* aus historisch gewachsenen, kontextbezogenen und in Machtstrukturen eingebundenen sozialen Tatsachen ergeben (vgl. auch Franke/Maske 2008).

Diese Überlegungen sind anschlussfähig für die vorliegende Untersuchung. So hat sich etwa gezeigt, dass reproduktive Organe auch performativ miterzeugt werden, was sich eindrücklich in den divergierenden Bedeutungszuschreibungen von männlicher und weiblicher Unfruchtbarkeit zeigt. Es folgt keiner inhärenten – eben keiner »biologisch« begründbaren – Logik, dass Wunschwäter häufiger in ihrer Sexualidentität bedroht sind, während Wunschwütter viel eher sozial sanktioniert werden, wenn sie ab einem bestimmten Alter nicht Mütter geworden sind. Auch die den Geschlechtern zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen sind stark gegendert. So sind Ressourcen wie etwa der Austausch im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaften für betroffene Frauen deutlich sichtbarer als dies bei Männern der Fall ist. Für sie gibt es viel weniger Handlungsoptionen, weil es kulturell-dominanten Vorgaben für Männer widerspricht, in psychisch belastenden Situationen auf Hilfe von aussen zurückzugreifen. Gleichzeitig führen dominierende Weiblichkeitsvorstellungen dazu, dass sich Frauen als primär verantwortlich für die Reproduktion innerhalb einer Partnerschaft verstehen, selbst dann, wenn der unerfüllte Kinderwunsch medizinisch (auch) auf den Mann zurückzuführen ist. Wichtig zu betonen ist auch, dass ein »unerfüllter Kinderwunsch« selbst

37 Vgl. weiterführend zur gegenseitigen zögerlichen Annäherung der Fächer *Gender Studies* und *Religionswissenschaft* Franke/Matthiae/Sommer (2002) und Günther/Maske (2018).

schon als Konstrukt verstanden werden kann. Die soziale Norm im hier untersuchten geografischen und historischen Kontext besteht darin, dass heterosexuelle Paare ab einem bestimmten Alter mit der Familiengründung beginnen. Überhaupt einen *Wunsch* nach Kindern zu verspüren kann als Ergebnis dessen betrachtet werden, welche Lebensentwürfe eine Gesellschaft als wünschens- oder erstrebenswert erachtet.

Doch die Darlegungen in diesem Kapitel haben auch gezeigt, dass die Situation noch komplexer gedacht werden muss und es zu kurz griffe, weibliches und männliches Erleben eines unerfüllten Kinderwunsches exklusiv über die soziale Konstruiertheit von Körpern zu verstehen. Der Kontext von (nicht wie erwünscht stattfindender) menschlicher Reproduktion stellt dabei möglicherweise einen Grenzfall dar. Die oben ausgeführte Prämisse, dass biologisch-körperlichen Merkmalen in alltäglichen Interaktionen keine Bedeutung zukommt, greift hier gerade nicht: Wunscheltern werden mit ihrer spezifisch biologischen Geschlechtlichkeit permanent konfrontiert; eben auch in alltäglichen Situationen. Das ist, wie die Ausführungen dieses Kapitels gezeigt haben, insbesondere bei Frauen der Fall – wenn sie etwa einen reproduktiven Verlust erleben, wenn sich die verabreichten Hormone körperlich bemerkbar machen oder wenn sich die Menstruation einstellt. Entgegen der Argumentation von Franke/Maske (2012) unterscheiden sich dabei Geschlecht und Religion als Untersuchungsgegenstände. Geschlecht ist hier nicht nur dann fassbar, wenn es in einen Diskurs eingebettet wird – weibliche und männliche Organe existieren nicht nur dann, wenn sie sozial konstruiert werden, sondern sind erlebbar und körperlich erfahrbar. Ob ein Körper regelmässig einen Eisprung hervorbringt oder ob er bewegliche und morphologisch intakte Spermien produziert, hat biologisch messbare und damit dezidiert nicht nur diskursive Auswirkungen: Ein Kind kann oder kann eben nicht bzw. nur unter bestimmten Umständen entstehen.

Das Argument, dass Körper auch eine Realität ausserhalb eines spezifischen Diskurses haben und damit eben *prädiskursiv* relevant sind, wird prominent von der Historikerin Barbara Duden aufgegriffen. Sie befasst sich in ihrer Arbeit mit dem Körperempfinden von Frauen zu verschiedenen historischen Zeitpunkten. Ihre theoretischen Überlegungen manifestieren sich vor allem in ihrer scharfen und teilweise sehr emotionalen Kritik am Körperbegriff von Judith Butler. Diesen beschreibt sie als abstrakt, homogen, nicht-materiell und vor allem als *erlebnisunfähig* (vgl. Duden 2010: 601f.); sie umschreibt Butlers Vorstellung einer weiblichen Person als »Frau ohne Unterleib« (1993). Butler sehe Körper als reines »Nebenprodukt« eines Diskurses; als etwas, das nur dann existieren kann, wenn es in sozialen Interaktionen performativ erzeugt wird (vgl. Duden 1993: 24). Sie spreche Individuen damit eine Passivität und eine weitgehende Determiniertheit durch den hegemonialen Diskurs zu. Sie seien *nur dann* handlungsfähige Subjekte, wenn ebendieser Diskurs sie aufgrund rein willkürlicher Kriterien vorgängig als »weiblich« oder »männlich« klassifiziert hat; und erst durch diese Klassifikation können Subjekte auch ihren sowie fremde Körper mithilfe einer binären Geschlechterfolie deuten und Körpererlebnisse einordnen. Duden zufolge unterschätze bzw. negiere Butler dabei körperlich fassbare Leibhaftigkeit und überbetone die Macht des Diskurses, was sich auch in Dudens Aussage widerspiegelt, sie lasse sich »von keinem Dekonstruktivisten [ihre] Leibhaftigkeit ausreden« (ebd.: 27f.). Personen *als körperliche Frauen* oder *Männer* zu denken und dieser körperlichen Tatsache eine Relevanz für deren Erlebniswelt zukommen zu lassen, schreibt Duden folglich eine nicht zu unterschätzende Wichtigkeit zu.

Wenn man die Kategorien »Männer« und »Frauen« entsprechend nur noch als willkürliche soziale Konstrukte sieht, negiert man, dass beide – wobei es bei Duden vor allem um Frauen geht – einen geschlechtlich markierten Körper *haben*, der je nach historischem Kontext für sie physisch, leiblich *erlebbar* ist und eine wichtige Dimension der eigenen Identität ausmachen kann.³⁸

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich deutlich die Wichtigkeit von Körperlichkeit sowie der Zuschreibung der Fähigkeit, gewisse körperliche Erlebnisse machen und nachvollziehen zu können. In den Austausch mit Menschen zu kommen, mit denen Wunschkünder das körperliche Geschlecht teilen, trug fundamental zu ihrer situativen Identitätskonstitution bei. Die Fähigkeit, die eigenen Deutungsmuster validieren zu können, wurde nur ganz spezifischen Personen zugeschrieben: einer, die selbst schon einmal eine Fehlgeburt erlebt hat; die vielleicht nicht auf die Toilette ging aus lauter Furcht, nach einer künstlichen Befruchtung Blut in der Unterhose zu finden; die erste Menstruation nach einem negativen Schwangerschaftstest als körperliche Manifestierung einer gescheiterten reproduktionsmedizinischen Behandlung durchgestanden hat oder die es am eigenen Leib erfahren hat, was es bedeutet, im Zuge hormonellen Stimulationen vom ovariellen Überstimulationssyndrom (OHSS³⁹) betroffen gewesen zu sein. Im Feld wird körperlicher Geschlechtlichkeit folglich eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zugeschrieben.

Auch in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen sollte diesen individuellen Körpererlebnissen Rechnung getragen und vermieden werden, diese rein über eine Analyse hegemonialer Diskurse erklärbar zu machen. Nur so können Forschungssubjekte in ihrer Erlebniswelt vollumfänglich ernstgenommen und ihnen damit die Fähigkeit zu einem individuellen Körpererleben zugesprochen werden. Damit soll hier Dudens Kritik an Butler nicht vollends übernommen und vor allem *nicht* negiert werden, dass kulturell dominante Deutungsmuster körperliche Empfinden entscheidend mitprägen können. Ausschlaggebend ist, wie diese mit physisch fassbarer körperlicher Leibhaftigkeit in Beziehung gebracht werden: Statt kulturell dominante Diskurse als *Voraussetzung* für körperliches Empfinden zu verstehen, sei hier dafür plädiert, sie als *Bestandteil der Identitätskonstitution* von Wunschkünder zu denken – als wichtigen Teil des *Doing* unerfüllter Kinderwunsch. Das bringt auch den Vorteil mit sich, die Forschungssubjekte als hand-

38 Butler wurde von verschiedenster Seiten vorgeworfen, sie würde Frauen in ihrem Werk *Gender Trouble* (Butler 1990) »entkörpern«. Sie reagierte darauf mit ihrer zweiten zentralen Monographie, *Bodies That Matter* (Butler 1993). Das Argument, demzufolge Körper performativ konstruiert sind, blieb jedoch konstitutives Merkmal ihrer Thesen. Bis heute sind die Debatten rund um *gender* und *sex* auch im wissenschaftlichen Diskurs nicht zu einem Abschluss gekommen.

39 Vgl. zum OHSS Bielfeld/Krüssel/Baston-Büst (2020).

lungsfähige statt als passive Individuen innerhalb einer diskursiv determinierten Umwelt zu verstehen.⁴⁰

40 Duden geht in ihren Ausführungen nicht darauf ein, was dies für Frauen und Männer bedeuten können, die nicht über einen biologisch weiblichen bzw. männlichen Körper verfügen. Allerdings stellt die Existenz von Transmenschen kein Gegenargument zu Dudens Perspektive dar, im Gegenteil: So messen auch Transpersonen dem *körperlichen* Erleben in der Regel eine wichtige Rolle zu. Das zeigt sich nur schon darin, dass sie ja ihren *Körper* ihrem gefühlten Geschlecht anpassen möchten. Sie möchten beispielsweise nicht mehr durch ihre Menstruation oder ihren Penis an ihre körperliche Geschlechtlichkeit erinnert werden. Ein interessantes Beispiel dafür sind schwangere Transmänner, die einen Kaiserschnitt der vaginalen Geburt vorziehen, »because a person would not be acutely aware of the presence of their vagina, which could allow them to dissociate from the actual birthing process« (Besse/Lampe/Mann 2020: 525). Der Verweis auf Transpersonen illustriert umso mehr, wie identitätsstiftend die Kategorie *sex* für Individuen sein kann und wie wichtig es ist, diesen subjektiven Bedeutungszuschreibungen in der sozialwissenschaftlichen Forschung Rechnung zu tragen.