

7. Biomedizinische Zugänge

Therapeutischer Imperativ

Für sämtliche interviewten Wunscheltern erwiesen sich biomedizinische Zugänge, Erklärungen und Lösungsansätze für ihre Situation als relevant, unabhängig von ihrer Religiosität oder ihrer Affinität für alternative Zugänge zum Thema Gesundheit (vgl. Kapitel 8). Diese Beobachtung deckt sich mit anderen sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zu vergleichbaren Themen, wie etwa derjenigen von Julia Böcker zu Fehl- und Stillgeburtserfahrungen. Sie argumentiert, »dass in der Gegenwart keine intersubjektiv anschlussfähige Körperdeutung unabhängig von medizinischem Wissen und klinischen Strukturen existiert« (Böcker 2022: 144). Daher überrascht es auch nicht, dass alle von mir interviewten Wunscheltern mindestens einmal eine Kinderwunschklinik aufsuchten, auch diejenigen, die sich anschliessend an erste Beratungsgespräche gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin entschieden haben.

In diesem Kapitel steht die Frage im Zentrum, wie Wunscheltern diese biomedizinischen Zugänge zu Reproduktion erleben und deuten. Dabei ist bereits vorwegzunehmen, dass die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin in der Regel als physisch und psychisch herausfordernd erlebt wird. Das wird in der entsprechenden sozialwissenschaftlichen Literatur sowohl objekt- wie auch metasprachlich deutlich. Greils (1991) Interviewpartner:innen beschrieben die Techniken u.a. aufgrund des gefühlten Kontrollverlusts als »dehumanizing« (95f.); Pfeffer (1987) schreibt assistierten reproduktiven Technologien eine »sordid and humiliating nature« zu (86), Franklin (2002) beschreibt sie als einen »Hindernislauf« (364) und auch Gerrits' (2016) Interviewpartner:innen beklagten psychische sowie körperliche Beschwerden, wie etwa schmerzhaftes Operationen (vgl. 259) oder das Erleben des sog. OHSS¹ (vgl. 254f.). Trotz dieser augenscheinlichen Herausforderungen, die die Nutzung von Reproduktionsmedizin (insbesondere der künstlichen Befruchtung) implizieren kann, steht es für die meisten Wunscheltern ausser Frage, dass sie biomedizinische Behandlungen in Anspruch nehmen möchten.

1 OHSS steht für »Ovarian Hyperstimulation Syndrome«, auf Deutsch Ovarielles Hyperstimulations-syndrom. Dabei handelt es sich um eine Überreaktion des Körpers, welche durch die hormonelle Follikelstimulation ausgelöst werden kann. Im vorliegenden Sampling waren Lea, Vera und Olivia davon betroffen.

Das gilt sowohl für das vorliegende Sampling wie auch für Samplings, auf welche sich andere Publikationen beziehen. Sandelowski (1993) spricht in diesem Zusammenhang von einem »therapeutic imperative« (47), Greil (1991) vom »imperative for action« (99) und Throsby (2010) von einem »imperative to engage with it [IVF]« (236). Im Folgenden soll nach einer historischen (7.1) bzw. theoretischen (7.2) Einbettung der Empirie die Relevanz des therapeutischen Imperativs dargelegt werden (7.3). Er wird bedingt durch drei Ebenen, die in diesem Unterkapitel ausführlich dargelegt werden. Anschliessend werden die Ressourcen genauer beleuchtet, die sich Wunschertern im Rahmen der emotional herausfordernden biomedizinischen Behandlungen schaffen. Dabei soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, welche Rolle Religion in diesem Prozess zukommt. So hat es sich gezeigt, dass Evangelikale in ihren Interaktionen mit biomedizinischen Akteur:innen auf andere Ressourcen zurückgreifen als dies bei Nicht-Evangelikalen der Fall ist (7.4). Abschliessend wird auf mögliche theoretische Anschlüsse eingegangen, indem die IVF als Übergangsritual und die Situation der Wunschertern als »liminale Phase« diskutiert werden (7.5).

7.1 Medikalisierung der Reproduktion

Ein unerfüllter Kinderwunsch wird primär als *medizinisches* Problem verhandelt. Dies zeigt sich insofern am empirischen Material, als dass alle Wunschertern der medizinischen Bewertung ihrer Situation eine Bedeutung zuschrieben. Diese Feststellung mag wenig überraschen, drückt sich doch »die vorherrschende westliche Vorstellung von Medizin [seit ca. 200 Jahren] im biomedizinischen Gesundheitsmodell aus« (Giddens/Fleck/Egger de Campo 2009: 291). Das bedeutet, dass Krankheit nicht mehr als Ausdruck etwa von »Sünde« oder »bösen Geistern« gedeutet wird, sondern als Störung im menschlichen Körper, die durch bestimmte Erreger oder Keime ausgelöst wird. In der Konsequenz muss die Ursache der Krankheit *isoliert* behandelt werden. Dies wird ausschliesslich durch Akteur:innen vollzogen, die auf das entsprechende Fachgebiet spezialisiert sind. Ihr Handeln ist dabei exklusiv auf die Heilung der Krankheit fokussiert (und nicht etwa auf das gesamtheitliche Wohlbefinden des Individuums) (vgl. ebd. 291–293). Es ist das Ergebnis einer fortlaufenden gesellschaftlichen Entwicklung, dass Konditionen, Situationen und Zustände als Objekte der Biomedizin² gefasst werden und damit unter deren Zuständigkeit fallen. In der Literatur wird diese Entwicklung als »Medikalisierung« gefasst. Dabei handelt es sich um einen

Prozess, durch den ein bestimmtes, zuvor nicht als medizinisch begriffenes Problem oder Phänomen in den Bereich medizinischer Zuständigkeiten einbezogen und dementsprechend in Termini von Krankheit, Störung, Auffälligkeit oder des Krankheitsrisikos definiert und damit als medizinisch behandelbar und gesundheitspolitisch adressierbar betrachtet wird (Viehöver/Lehmann 2017: 47f.).

- 2 Im Feld fällt auch der Begriff der »Schulmedizin«. Dieser soll hier vermieden werden. Er wurde im 19. Jahrhundert geprägt von Vertretenden alternativer Gesundheitszugänge, um diese Art der Medizin herabzuwürdigen. Der Begriff wurde dann im Kontext des Nationalsozialismus als Kampfbegriff aufgenommen, um die Biomedizin zu verunglimpfen (vgl. Jütte 1996: 23–35).

Die Medikalisierung ist ein fortschreitender Prozess. Dies hat auch mit dem hohen sozialen Status zu tun, der den Vertretenden der Biomedizin zugeschrieben wurde und wird: überwiegend Männer aus gut situierten, akademischen Häusern (vgl. Fuller 2021: 394). Noch heute gilt der Beruf beispielsweise in Deutschland als der angesehenste überhaupt (vgl. Stollberg 2008: 353f.). Selbst wenn biomedizinische Ansätze zunehmend von gewissen Akteur:innen als defizitär wahrgenommen werden³ und daher Platz geschaffen wurde für andere (»alternative«) Zugänge zu Gesundheit, so bleibt doch »die Medizin heute weiterhin zentrale Leitprofession« (Hanses 2012: 38).

Die Medikalisierung im Bereich der Reproduktion geschah verhältnismässig spät; der erste Schub passierte in den 1950er-, ein zweiter in den 1970er-Jahren (vgl. Duden 2010: 597). Als Ausdruck dieses Prozesses ist es auch zu bewerten, dass 1978 als erster in vitro gezeugter Mensch Louise Brown zur Welt kam (vgl. Inhorn 2021: 217). Was damals noch als illegitimer Eingriff in die »Natur« gewertet wurde (s.u.), konnte sich bis heute weitestgehend etablieren. Im Jahr 2010 ging der Nobelpreis für Medizin an den britischen Physiologen Robert G. Edwards. Edwards war im Jahr 1977 gemeinsam mit dem Gynäkologen Patrick Steptoe und der Embryologin Jean Purdy verantwortlich für die In-Vitro-Fertilisation, die zur Geburt von Louise Brown führen sollte. Damit gelten sie als Pioniere bzw. Pionierin der IVF.⁴ Dieser Nobelpreis veranschaulicht, wie stark der biomedizinische Anspruch auf die Zuständigkeit für Unfruchtbarkeit und unerfülltem Kinderwunsch verankert ist (vgl. Ullrich 2022: 280).

Greil (1991) geht noch einen Schritt weiter. Bereits in den frühen 1990er-Jahren befand er das Themengebiet der Unfruchtbarkeit nicht nur als *medikalisiert*, sondern auch als *industrialisiert*. Die Reproduktion wird im Rahmen einer auf Massenproduktion ausgelegten Gesellschaft ausgelagert und in die Hände hochspezialisierter Akteur:innen gelegt (vgl. 37). Dabei ist es insbesondere auch das Verhalten der Patient:innen selbst, das zur Medikalisierung und Objektivierung ihres Körpers beiträgt; in der Regel sind sie es, die eine mangelnde »Funktionsfähigkeit« ihrer Körper befürchten und darum medizinische Abklärungen ersuchen. Das hat sich auch im vorliegenden Sampling gezeigt, v.a. Lea und Vera fühlten sich durch die biomedizinischen Expert:innen abgewiesen, weil ihnen gewisse weiterführende Tests und Abklärungen vorenthalten wurden.

Die Medikalisierung und Objektivierung von als »unfruchtbar« gelesenen Körpern haben eine spezifische Konsequenz hinsichtlich der Rollen, die im biomedizinischen Feld anzutreffen sind – diese werden im nächsten Unterkapitel beleuchtet.

3 Dies beispielsweise aufgrund einer wahrgenommenen fehlenden »Ganzheitlichkeit« in den Behandlungen. Dabei wird Biomediziner:innen vorgeworfen, stets nur die Krankheit, nie jedoch den Menschen in seiner Gesamtheit zu behandeln (vgl. dazu Kapitel 8).

4 Die Anthropologin Sandra Bärnreuther (2016) führt aus, dass zur selben Zeit und unabhängig voneinander auch in Kalkutta ein Kind geboren wurde, welches mittels einer IVF gezeugt worden war. Da Indien, insbesondere in den 1970er-Jahren, nicht als Akteur galt, der legitimes naturwissenschaftliches Wissen produzieren konnte, ist diese Tatsache kaum Bestandteil eines allgemeinen Diskurses. Bärnreuther benennt dies als »innovation ›out of place«.

7.2 Akteur:innen im biomedizinischen Feld

In der Interaktion zwischen medizinischer Expert:in und Patient:in sind die Rollenzuschreibungen eindeutig. Während Ärzt:innen den aktiven Part und die Rolle der »Gesundheitsingenieur:innen« übernehmen, wird den Patient:innen ein passiver Part zugeschrieben, also derjenige der »Merkmalsträger:innen« (vgl. Feuerstein 2008: 184; Vogd 2012: 73).⁵ Dieser Logik ist eine asymmetrische Beziehung zwischen den beteiligten Akteur:innen inhärent (vgl. Nassehi 2008: 379).

Menschen mit einem unerfüllten Kinderwunsch suchen eine biomedizinische Institution u.a. deswegen auf, weil sie sich dadurch ein Zurückerlangen von Kontrolle über die Prozesse in ihrem Körper erhoffen. Genau dieses Bedürfnis erweist sich jedoch als schwer erfüllbar: Indem Wunscheltern eine Kinderwunschklinik aufsuchen, bestätigen sie die Kategorisierung eines unerfüllten Kinderwunsches als »Krankheit« und damit die Definitionsmacht der Medizin über ihre Kondition – sie werden automatisch zu »Patient:innen«. *Kontrolle* ist damit gerade *nicht* das, was ihnen zugestanden wird: »Within this factory model of reproduction it is the physician and not the ›women in the body‹ who is in control« (Gupta/Richters 2008: 247). Den Reproduktionsmediziner:innen kommt eine Schlüsselrolle zu; sie sind diejenigen, die die Entscheidungen treffen und denen die Kompetenz zugeschrieben wird, adäquat und zielführend mit dem Genmaterial der Wunscheltern umzugehen – und v.a. sind sie diejenigen, denen die Macht zugeschrieben wird, einen unerfüllten Kinderwunsch zu erfüllen. Das zeigt sich auch an den typischen Galerien in Kinderwunschkliniken, in denen Fotos »ihrer« Babys wie Trophäen hängen (vgl. Tjørnhøj-Thomsen 2005: 85). Auch ich konnte während eines Feldaufenthalts in einer Kinderwunschklinik das Vorhandensein einer solchen Babyfoto-Galerie konstatieren. Die Wortwahl meiner Interviewpartnerin Lorena verweist ebenfalls auf den Status, der Reproduktionsmediziner:innen in der Konstellation zwischen Patient:in und medizinischer Expert:in zugeschrieben wird:

er [der Reproduktionsmediziner] hat auch meinen zwei Neffen ins Leben verholfen (Lorena)

Es sind in dieser Deutung die Ärzt:innen, und nicht die Frauen – die Patientinnen –, denen zuzuschreiben ist, dass ein Kind zur Welt gekommen ist. Auch wenn also die Wunscheltern das Gefühl der Kontrolle, das sie sich durch den Gang ins Kinderwunschzentrum erhofften, nicht erlangten, schrieben viele diese negative Erfahrung nicht der Person der Reproduktionsmediziner:in zu. Die Interviewdaten zeigen: Machtasymmetrien müssen nicht unbedingt als negativ erlebt werden. In Gerrits' (2016) niederländischem Sampling schien dies sogar die überwiegende Mehrheit der Interviewpartner:innen zu betreffen. Sie gaben an, sich bei den behandelnden Ärzt:innen gut aufgehoben zu fühlen und ihnen zu vertrauen (vgl. 181). Gleichzeitig wendet Gerrits ein, dass sie im Rahmen ihrer teilnehmenden Beobachtung bei Gesprächen zwischen

5 Vgl. dazu auch die Etymologie von »Patient«. Diese geht zurück auf lat. *patiens*, was übersetzt so viel wie »ausharrend«, »leidend« oder »erduhdend« bedeutet. Ein:e Patient:in erduldet damit die an ihr oder ihm ausgeübten Behandlungen.

Patient:in und Mediziner:in anwesend war, in denen in der Regel nicht gleichberechtigte Teilnehmende partizipierten. In einer Situation, in der Fachwissen so ungleich verteilt ist, bleibt den Patient:innen kaum etwas anderes übrig, als zu vertrauen (vgl. ebd.: 182).⁶

7.3 Ebenen des Imperativs

Abgesehen von den evangelikalen Interviewpartner:innen verhandelten sämtliche befragten Wunscheltern die künstliche Befruchtung als mögliche Lösung für ihr Problem. Im Folgenden soll argumentiert werden, dass es sich bei diesem Befund nicht um einen Zufall handelt, sondern um einen Ausdruck dessen, was im Anschluss an Sandelowski (1993) als »therapeutischer Imperativ« (47) benannt werden soll: Reproduktionsmedizin – und dabei insbesondere eine künstliche Befruchtung – in Anspruch zu nehmen, kann als eine Art Zwang gedeutet werden. Dieser Imperativ baut auf drei Ebenen auf, entsprechend derer dieses Unterkapitel aufgebaut ist. Die erste Ebene ist diejenige des Diskurses über die Reproduktionsmedizin, welcher diese als »natürliche« und »normale« Lösung für ungewollte Kinderlosigkeit darstellt und teilweise auch glorifiziert (7.3.1). Als zweite Ebene trägt auch die biomedizintechnische Determinierung der biomedizinischen Expert:innen zu diesem Imperativ bei, denn sie sind dazu angehalten, von einer Behandelbarkeit der als deviant gelesenen Körper auszugehen und den Patient:innen gegenüber einen Therapievollzug zu propagieren (7.3.2). Schliesslich sind es auch die Wunscheltern bzw. die Patient:innen selbst, die die Situation zementieren. Ausschlaggebend ist dabei ihr Bedürfnis, *alles erdenklich Mögliche* ausprobiert zu haben, um schwanger zu werden (7.3.3).

7.3.1 Diskurs: naturalisierte, normalisierte und glorifizierte Reproduktionsmedizin

Naturalisierung: »Giving Nature a Helping Hand«

»Nature will decide.« Dieser Satz stammt aus meinen Feldnotizen, welche ich im Anschluss an einen Besuch in einer schweizerischen Kinderwunschklinik im Sommer 2022 verfasste. Eine dort tätige Reproduktionsmedizinerin nahm damit Bezug auf die Unberechenbarkeit der Entwicklung in vitro gezeugter Embryonen – es stehe ausserhalb der Macht der Ärzt:innen, vorherzusehen, ob und wie viele dieser Embryonen sich normgemäss entwickeln werden. Es ist in diesem Narrativ allein der »Natur« überlassen, dies zu entscheiden.

Die Reproduktionsmedizinerin gewährte einer Gruppe von Forschenden, zu der auch ich gehörte, Einblicke in die Klinik bzw. die entsprechenden Labore. Auffällig in ihren Ausführungen war u.a. ihre wiederkehrende Referenz auf »nature«. Später

6 Vgl. zum Thema Vertrauen in der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen die soziologischen Analysen von Talcott Parsons (1958). Auch er argumentiert, dass der zu behandelnden Person keine Wahl bleibt, als der Ärzt:in einen Vertrauensvorschuss zu gewähren. Deren Aufgabe besteht dann darin, zu plausibilisieren, dass sie dieses entgegengebrachte Vertrauen nicht missbraucht.

sollte ich merken, dass diese Auffälligkeit keinen Zufall darstellt. Auch andere ethnographisch forschende Personen identifizierten dieses Narrativ. Dies war etwa der Fall bei Tine Tjørnhøj-Thomsen (2005), die Forschung in dänischen IVF-Kliniken betrieb. Die Ärzt:innen umschrieben den Wunsch nach Reproduktion als »natürlich«, und entsprechend sei auch eine künstliche Befruchtung lediglich eine Form von »giving nature a helping hand« (83) bzw. eine Möglichkeit, die »natural order« (Throsby 2010: 237) wiederherzustellen (vgl. dazu auch Doyal 1987: 181). Die Dominanz dieses Natur-Narrativs stellten auch Karen Throsby (2004: vgl. 3, 2010: vgl. 240) sowie Sarah Franklin (2002: vgl. 382) für englische, Sandelowski (1993: vgl. 52) für US-amerikanische und Inhorn/Shrivastav/Patrizio (2012) für italienische Kontexte fest (vgl. 260). Für Untersuchungen in Ghana (vgl. Hiadzi/Boafo/Tetteh 2021: 10) und Ecuador (vgl. Roberts 2016: vgl. 209f.) konnte eine semantisch andere, inhaltlich jedoch vergleichbare Selbstverortung ärztlichen Handelns identifiziert werden: Die im Labor Tätigen beschrieben das, was sie taten, als Teil eines grösseren »göttlichen Ganzen« – es wurde folglich eine göttliche Anwesenheit in den Laboren angenommen, welche die Prozesse kontrolliert und darüber entscheidet, in welchen Fällen sich Embryonen so entwickeln, wie es von ihnen gewünscht ist. Die zugrundeliegende Logik entspricht derjenigen, auf die auch das Eingangszitat verweist: Die IVF wird in all diesen Fällen nicht als *Antagonistin* zur Natur deklariert, sondern als *Bestandteil* von ihr.

Es ist nicht eindeutig belegbar, ob es eine bewusste oder gar berechnende Handlung darstellt, wenn Reproduktionsmediziner:innen das, was sie tun, als Bestandteil des »natürlichen« oder »göttlichen« Bereichs verorten. Unabhängig davon resultieren daraus aber drei nicht zu unterschätzende Vorteile für sie. Erstens werden Misserfolge erklärbar, zweitens kann Reproduktionsmedizin medial als nicht-invasive Therapieform dargestellt werden und drittens verhilft es den darauf spezialisierten Ärzt:innen zu einem höheren Prestige. Dies soll im Folgenden ausgeführt werden.

Allem voran ist die Referenz auf die Natur im Fall von Misserfolgen günstig. »Natürliche« Misserfolge werden diskursiv als grundsätzlich weniger gravierend wahrgenommen als solche, die als technisch verursacht gelten, wie Barbara Bleisch in einem Vortrag an der Universität Basel ausführte (Bleisch 2022). Daher ist es im Interesse des Ansehens der Reproduktionsmedizin, wenn nicht-erfolgreiche IVF-Zyklen als etwas gefasst werden können, was die »Natur« so entschieden hat. Dieses Framing wird dadurch unterstrichen, dass auch ohne die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin im Durchschnitt nur jeder fünfte Versuch, schwanger zu werden, erfolgreich ist – so ist sogar die (Miss-)Erfolgsrate künstlicher Befruchtungen gewissermassen »der Natur nachempfunden«. In der Konsequenz bleibt also bei einem Misserfolg die Mangelhaftigkeit der Technologie unausgesprochen, und es werden implizit die Körper der Patient:innen als Ursache stigmatisiert: Es sind *ihre* Gameten, die nicht so »funktionieren«, wie sie es sollten. Die »Natur« arbeitet in diesem Narrativ nicht gegen die Reproduktionsmedizin, sondern gegen die Wunscheltern und deren Körper (vgl. Sandelowski 1993: 53). In der Konsequenz verorten Wunscheltern die Schuld an den Misserfolgen häufig bei sich selbst.⁷ Diese Idee

7 Dabei scheint es sich um ein Spezifikum der Reproduktionsmedizin zu handeln. Bei der Behandlung von anderen Krankheiten, wie etwa Krebs, wird die »Schuld« an einer nicht-eintretenden Genesung viel häufiger der Chemo-Therapie zugeschrieben (vgl. 8.3.1).

liess sich auch empirisch im qualitativen Datenmaterial nachweisen. Die Yoga-Lehrerin Martina führt aus:

wenn jetzt halt jemand [Original: öpper] das [Reproduktionsmedizin] in Anspruch nimmt, ich meine, (t1) die Natur richtets schon, (t1) also ich glaube wenn es NICHT klappen soll, dann klappt es auch mit dieser Art und Weise nicht, also ich glaube da so ein wenig an den göttlichen Funken, also ich bin überhaupt in keiner Religion, ich weiss es gibt eine Energie, die da ist und der göttliche Funke und, und der ist in jedem drin und wenn es passieren soll, dann passiert es, ob jetzt das mit einer IVF ist oder weiss ich was (Martina)

Gemäss dieser Logik, die auch Hiimäe (2017: vgl. 31) und Sandelowski (1993: vgl. 52) in ihren qualitativen Forschungen identifizierten, entscheidet *in jedem Fall* »die Natur«, ob ein Kind gezeugt und geboren wird – oder eben nicht. Eine sich nicht einstellende Schwangerschaft wird damit zu einem *individuellen* Schicksal. Betroffene müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, warum es wohl gerade bei ihnen »nicht hat sein sollen« – warum gerade bei ihnen »der göttliche Funke« nicht überspringt (vgl. 8.4.2).

Auf einer zweiten Ebene können mit der Natur-Referenz die körperlichen und emotionalen Implikationen, die mit der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin einhergehen, heruntergespielt werden. Ein gutes Beispiel dafür stellt ein Artikel der UZH-News, dem News-Portal der Universität Zürich, dar. Auf dem Titelbild ist ein heterosexuelles, lächelndes Paar mit zwei gesund wirkenden Babys abgebildet. Im Artikel heisst es unter anderem: »Heute können Paare, die auf natürlichem Weg keinen Nachwuchs bekommen, ihren Kinderwunsch relativ einfach und sicher mithilfe reproduktionsmedizinischer Verfahren realisieren.«⁸ Die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Technologien als »einfach und sicher« wird im Artikel u.a. über deren »Natürlichkeit« und damit einer angenommenen Sanftheit oder Milde des Eingriffs erklärt. Indem betont wird, dass man sich bei einer IVF am »natürlichen« Zyklus der Frau orientiert, können sowohl die Punktion der Eizellen wie auch der Embryotransfer als »wenig risikoreich« evaluiert werden, wie die im Artikel porträtierte Reproduktionsmedizinerin beispielhaft mit Bezug auf die diskutierte Legalisierung der Eizellspende argumentiert:

Medizinisch gesehen sind die Risiken heute sehr überschaubar. Das gilt beispielsweise für die hormonelle Behandlung, die es braucht, damit einer Spenderin Eizellen entnommen werden können. Die Hormone, die die Wunschmutter vor dem Embryotransfer erhält, sind sehr nah an dem natürlichen Zyklus und werden nur in den ersten Wochen der Schwangerschaft benötigt.

Im Interview mit Rahel (t2) wird klar, dass sich die Betonung und Bewerbung der »Natürlichkeit« des Verfahrens durch die Mediziner:innen auch auf die Patient:innen übertragen kann. So führt sie aus:

8 UZH-News vom 20.12.2022 (vgl. <https://www.news.uzh.ch/de/articles/news/2022/Eizellenspende.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

bei [Klinik in der Schweiz] löst du dann auch den Eisprung aus, das machen andere Kliniken z.T. nicht, aber sie finden halt wie dass es wichtig ist für den Körper, dass das einfach alles (1) so natürlich wie möglich ist, (1) dass du auch den Eisprung hast, einfach von den ganzen Hormonen her, die nachher ausgesetzt werden (Rahel t2)

Diese Ausschnitte veranschaulichen, wie die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin einerseits medial, andererseits in der Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen wiedergegeben wird: als etwas, das aufgrund der Orientierung an der »Natur« mit wenigen Risiken einhergeht und allgemein ein leicht bewältigbares Unterfangen darstellt. Dieses Bild steht im krassen Gegensatz zu einer empirischen Realität, die in qualitativen Arbeiten aufgezeigt wird:

The story that biomedicine tells about women's experience of infertility can be countered by the stories women tell about their own infertility. Their stories provide us with substantiation of alternative visions of reality; visions unlike the dominant medical story produced and propagated by those in biomedicine (Whiteford/Gonzalez 1995: 35).

Auch die estnische Folkloristin Hiimäe (2017) konstatiert: »The media has promoted an opinion whereby infertility treatment is extremely simple« (30).

Damit einher geht auch der dritte Vorteil, wenn Reproduktionsmediziner:innen ihre Handlungen als etwas »Natürliches« verorten. Dieser bezieht sich auf deren grundsätzliche Legitimation. Weil »nature [...] a legitimate object for human agency« (Tjørnhøj-Thomsen 2005: 83) darstellt, wird ihr Tun, ihr Prestige, ihr Status sowie der allgemeine gesellschaftliche Stellenwert der Reproduktionsmedizin mit ihrem kommerziellen Interesse legitimiert (vgl. Ullrich 2022: 280). Reproduktionsmedizin galt nicht schon immer als so prestigeträchtig, wie dies heute der Fall ist (vgl. Greil 1991: 45). Anfänglich unterschieden sich Reproduktionsmediziner:innen in ihrem Ausbildungs- und Anwendungsgebiet wenig von Allgemeinmediziner:innen; es gab entsprechend nur wenige Spezialist:innen und das Gebiet erfuhr allgemein wenig Beachtung (vgl. Pfeffer 1987: 88). Das änderte sich mit der Einführung und Etablierung der IVF als Bestandteil von Fertilitätsbehandlungen. In ihrer Anfangszeit in den 1970er-Jahren wurde diese noch als klarer Eingriff in die »Natur« oder in eine »göttliche Vorherbestimmung« befunden und verglichen mit Praktiken wie etwa dem Klonen. Diese Konnotation hat sie heute weitestgehend verloren. Die Bezugnahme auf viel »einschneidendere« oder invasivere Techniken, zu denen das Klonen, der Einsatz von »gespendeten« Gameten oder auch die Gensche-re oder PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis) gezählt werden, ist heute sogar dienlich – im Vergleich dazu kann eine künstliche Befruchtung als »normal« oder »natürlich« dargestellt werden (vgl. Hiimäe 2017: 29; Pfeffer 1987: 91; Throsby 2010: 237). Kurz und prägnant zusammengefasst lässt sich festhalten: Diskursiv wurde in Bezug auf Reproduktionsmedizin aus einem »*intervene in nature*« ein »*helping nature*« und aus dem »*designer baby*« bzw. dem »*Reagenzglasbaby*« (Ullrich 2012: 280) das sozial verträglichere »*miracle baby*« (Throsby 2010: 234). Damit scheint sich die Geschichte gewissermassen zu wiederholen. Die Historikerin Christina Benninghaus (2005) untersuchte die Bewertung der Insemination nach dem Ersten Weltkrieg in Deutschland. Nachdem anfäng-

lich davon ausgegangen wurde, dass es vom künstlichen Zeugungsakt nicht mehr weit sei bis zum »künstlichen Menschen«, engagierten sich die »Sterilitätsexperten« für eine Naturalisierung der Insemination. Bereits damals existierte die Vorstellung, mit Reproduktionsmedizin würde man lediglich »der Natur auf die Sprünge« helfen und zur Aufrechterhaltung der »natürlichen Ordnung« beitragen (gemeint war die traditionelle Rollenaufteilung zwischen Frau und Mann) (vgl. 122).

Dieser historische und globale Diskurs schlägt sich denn auch gesamtgesellschaftlich nieder. Der Forschungsschwerpunkt der Universität Zürich »Human Reproduction Reloaded« führte 2023 eine quantitative Erhebung durch (n=5283), welche die Haltung der Schweizer Bevölkerung assistierten reproduktiven Verfahren gegenüber untersuchte. Dabei wurde u.a. deutlich, dass 60 Prozent der Befragten eine künstliche Befruchtung für moralisch vertretbar halten – bzw. nur 21 sie als nicht oder überhaupt nicht moralisch vertretbar einstufen, während die restlichen 19 keine klare Meinung haben (vgl. Blöchliger/Mertens 2024).⁹

Normalisierung und Glorifizierung

Bisher wurde ausgeführt, dass Reproduktionsmedizin – nachdem sie während ihrer historischen Anfänge als schwerer Eingriff in die »Natur« verstanden wurde – erfolgreich einer »natürlichen« Sphäre zugeschrieben wurde. Damit wurden die Betrachtung und Behandlung von Unfruchtbarkeit als *medizinisches* (und nicht etwa religiöses) Problem legitimiert. Hier endet die diskursive Erfolgsgeschichte der Reproduktionsmedizin jedoch noch nicht. Sie hat es auch geschafft, sich als eine Art »miraculous solution« für Unfruchtbarkeit zu etablieren (vgl. Jennings 2010: 218). Die künstliche Befruchtung wurde zu *dem* Symbol des wissenschaftlichen Fortschritts, der sich in den Dienst der »glücklichen Familie« stellt (vgl. Franklin 2002: 382).

Der bereits erwähnte Artikel, der in den UZH-News publiziert wurde, stellt auch hierfür ein gutes Beispiel dar. Er leitet ein mit dem Satz: »Vorbei die Zeiten, als Kinderlosigkeit ein Schicksal war, dem man sich zu beugen hatte«, was begründet wird durch die Aussage einer Reproduktionsmedizinerin: »In der Schweiz können die meisten Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit auf Seiten der Frau und auf Seiten des Mannes mit sehr guten Ergebnissen behandelt werden«. Der pathetische Sprachstil des Einleitungssatzes ist bezeichnend und typisch für das mediale Bild der Reproduktionsmedizin. Ihr ist es zu verdanken, dass ungewollte Kinderlosigkeit überwunden werden kann und Betroffene keinem Leiden mehr ausgesetzt sind. Impliziert wird, dass es dabei egal ist, ob der Mann, die Frau oder beide eine eingeschränkte Fruchtbarkeit haben – allen kann geholfen werden. Das Bild, das hier gezeichnet wird, suggeriert, dass Reproduktionsmedizin die reproduktive Autonomie fördert und *die* Lösung für alle ungewollt Kinderlosen

9 Abgesehen von dieser Studie gibt es wenig quantitative Untersuchungen dazu, wie die künstliche Befruchtung von Individuen moralisch beurteilt wird. Gemäss Mohamed (2018) beurteilt die überwiegende Mehrheit der US-Amerikaner:innen die IVF als moralisch vertretbar, was von Bartolomé-Pera/Coromina (2020) für den europäischen Kontext bestätigt wird. Dieses Autor:innenteam bezieht sich auf den European Value Survey und gibt an, dass folgende Variablen einen negativen Einfluss auf die moralische Akzeptanz von reproduktionsmedizinischen Eingriffen haben: Religiosität, Männlichkeit, hohes Alter und tiefes Einkommen (vgl. 853–856; vgl. aber zu widersprüchlichen Daten hinsichtlich der Variable Alter Sigillo/Miller/Weiser 2012).

darstellt – sie stellt den »normalen« Weg für die Gründung einer »normalen« (heisst hier: einer genetisch verwandten) Familie dar: »medical discourse engages infertile women to embrace assisted reproductive technologies (ART) as a path to »normative« family formation« (vgl. Jennings 2010: 215). Damit geschehen diverse diskursive Unsichtbarmachungen. *Erstens* kann sich ein beträchtlicher Teil der Betroffenen die ärztliche Hilfe schlicht nicht leisten. In den USA beispielsweise betrifft dies zwei Drittel aller Wunscherltern (vgl. Throsby 2004: 6f.). Auch in der Schweiz ist der Kostenfaktor relevant. Die Krankenkassen beteiligen sich lediglich an den Inseminationen, nicht jedoch an den künstlichen Befruchtungen. Die Kosten für diese Hilfe können pro Kind bis in den hohen fünfstelligen Bereich gehen.¹⁰ Menschen, die sich Reproduktionsmedizin nicht leisten können, bleiben so diskursiv absent. *Zweitens* bleibt durch die Vorstellung einer künstlichen Befruchtung als Norm für Wunscherltern wenig Raum für alternative Lebensweisen *ohne* genetisch verwandte Kinder (vgl. Jennings 2010: 217). Der Diskurs verursacht *drittens* eine Verschleierung dessen, was die Normalisierung der medizinisch assistierten Reproduktion für die Menschen bedeutet, an denen sie standardmässig ausgeführt wird – nämlich für die Frauen:

Women are seen walking in and out of waiting and treatment rooms, climbing on and off gynecological chairs, letting themselves be monitored, medicated, anesthetized and operated on. From the equally partial perspective of medical technoscience as presented in its literature, these practices constitute events in which hardly anything seems to happen to women (van der Ploeg 2004: 177).

Mit welchem körperlichen und psychischen Leid die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin einhergeht, ist entsprechend kaum Bestandteil eines allgemeinen Wissens. So reflektiert beispielsweise Lorena, wie unvorbereitet sie auf die psychische Belastung war. Angesichts der fehlenden Debatte darüber, ist es nicht verwunderlich, dass sie »das nicht gedacht [hätte]«:

ICH habe aber auch wirklich unterschätzt, wie psychologisch einen das überrollen kann, ähm, das habe ich wirklich unterschätzt, das hätte ich nicht gedacht (Lorena)

Ein anderes Beispiel liefert Olivia, die zur Zeit der Datenerhebung einen ersten gescheiterten Transfer hinter sich hatte und einen weiteren Versuch vor sich. Das kommentierte sie im ethnographischen Gespräch mit der Aussage, sie wünsche sich, den zweiten Zyklus mit derselben Naivität begehen zu können, wie dies beim ersten Mal der Fall gewesen war. Niemals hätte sie wissen können, wie belastend das Durchführen einer IVF sein könnte.

Und schliesslich bleiben, *viertens*, diejenigen Personen unsichtbar, die trotz medizinisch assistierter Reproduktion kinderlos blieben: »Advertisements of reproductive clinics usually show only happy families with children« (Hiimäe 2017: 30). Dieser exklusive Fokus auf Erfolgsgeschichten bezieht sich nicht nur auf Werbungen für IVF-Kliniken. Er gilt auch für den akademischen, den populären, den klinischen sowie den politischen

10 Vgl. zum Kostenfaktor die Ausführungen unter 3.2.

Diskurs, und zwar zum Trotz der empirischen Realität. Mit dem Fokus auf Erfolgsgeschichten wird gerade *nicht* die Mehrheit der Betroffenen abgebildet (vgl. Throsby 2006: 78).

Überhöhte Ansprüche an die Medizin

Insbesondere dieser letzte Aspekt ist relevant für Wunscheltern, die vor der Entscheidung stehen, ob sie Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten oder nicht. Wunscheltern sind in der Regel nicht neutral oder objektiv in ihrer Entscheidungsfindung und massgeblich beeinflusst durch einen »myth« of great medical progress in the treatment of infertility [...] that promise[s] a biological child to virtually any couple« (Sandelowski 1993: 42f.; vgl. zum verzerrten medialen Bild ferner Greil 1991; Hiiemäe 2017; Imeson/McMurray 1996; Noble/Bell 1992; Rowland 1985; Throsby 2004: 6; Ullrich 2022; Whiteford/Gonzalez 1995: 35). Tatsächlich ist es kaum möglich, objektive und verlässliche Angaben zu den »Erfolgsraten« von IVF-Kliniken zu machen. Die Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) sammelte Daten in den Jahren zwischen 2014 und 2022. Diesen zufolge wurden 28 Prozent der Paare beim ersten Zyklus Eltern, und die durchschnittliche Anzahl an durchgeführten Zyklen lag bei 3,28 – danach hörten sie auf, weil sie »erfolgreich« waren oder aber, weil sie keine weiteren Versuche mehr starten wollten oder konnten.¹¹ Gemäss Karen Throsby (2004: vgl. 7) jedoch beenden fast 80 Prozent der Wunscheltern die Behandlungen, ohne dass sie Eltern geworden sind. Gemäss Ullrich (2022) wird Patient:innen in deutschen Kliniken eine Erfolgsquote von 30 Prozent angegeben, ohne dabei deutlich zu kennzeichnen, dass dies lediglich den prozentualen Anteil erfolgreicher Schwangerschaften nach einem Transfer wiedergibt. Die Zahl der Geburten »aller begonnenen plausiblen Behandlungszyklen« liege deutschlandweit bei gerade mal 12 Prozent (280). Franklin (2002) geht gar so weit, die IVF aufgrund ihrer tiefen Erfolgsraten als »gescheiterte Technik« zu bezeichnen (vgl. 381).

Bei der Rezeption solcher Studien muss folglich immer gefragt werden, worauf sich die Zahlen beziehen – auf einzelne Schritte im Behandlungszyklus oder auf die sog. »Baby-take-home-Rate«,¹² also diejenige Rate, die angibt, wie viele Frauen tatsächlich ein (gesundes) Kind gebären, nachdem sie Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen haben.¹³ Statistiken, wie sie den Wunscheltern präsentiert werden, sind nie neutral – sie wurden für bestimmte Zwecke erschaffen und dargestellt und werden von Personen

11 Für diese Zahlen danke ich Nina Jakoby, die diese bei der SGRM angefragt hat.

12 Auch die »Baby-take-home«-Rate kann auf diverse Arten wiedergegeben werden. So kann sie sich auf einen *einzelnen* Behandlungszyklus beziehen oder aber auf den Durchschnitt aller Patient:innen, die es in der Regel mehr als einmal versuchen. Mit steigender Anzahl Versuche steigt logischerweise auch die Chance auf einen Erfolg. Dies wird von Whiteford/Gonzalez (1995) kommentiert: Weil Kliniken ein Interesse an möglichst guten Statistiken hätten, könne es passieren, dass Druck auf die Patient:innen zum Weitermachen der Behandlung ausgeübt werde, sobald sie damit begonnen hätten (36).

13 Wobei auch hier meistens nicht mit hundertprozentiger Sicherheit angegeben werden kann, ob sich eine Schwangerschaft tatsächlich aufgrund der Reproduktionsmedizin eingestellt hat, oder ob sie auf getimten Geschlechtsverkehr zurückzuführen ist. Im Interview mit Rahel (t2) wurde dies deutlich. Niemand konnte ihr versichern, ob es sich bei dem Kind, mit dem sie gegenwärtig schwanger war, tatsächlich um den Embryo handelt, den man vor kurzem in-vitro gezeugt hatte.

rezipiert, die den Zahlen gegenüber ebenfalls kaum neutral begegnen können (vgl. Gerrits 2016: 177). Wunscheltern tendieren in Bezug auf Reproduktionsmedizin zu einem »binary thinking« (Tymstra 1989). Das bedeutet, dass sie weniger als in anderen Situationen dazu in der Lage sind, Fakten und Zahlen neutral zu bewerten bzw. abzuwägen. Sie möchten konkret wissen, *ob* sie mit der medizinischen Unterstützung Eltern werden können oder nicht. Dieses »binäre Denken« zeigt sich bei Nadine:

wir wussten also, im besten Fall führt die IVF bei der Hälfte der Leute zum Erfolg, und du hoffst immer, du bist [bei dieser Hälfte dabei] (Nadine)

Viele Patient:innen beziehen negative Wahrscheinlichkeitsberechnungen nicht auf sich selbst. Sie hoffen und gehen davon aus, dass es bereits beim ersten Behandlungszyklus funktionieren wird (vgl. Imeson/McMurray 1996: 1018). Dass sie folglich teilweise überhöhte und unrealistische Erwartungen an die Medizin herantragen, ist Ausdruck dessen, wie die Geschichte der Medizin ganz allgemein geschrieben wird: als eine solche des Fortschritts (vgl. Feuerstein 2008: 161). Wunscheltern suchen sich medizinische Hilfe, weil sie davon ausgehen, dass sie durch die Behandlungen »geheilt« werden – sprich, dass sie dadurch Eltern werden (vgl. Gerrits 2016: 159). Hinzu kommt, dass sie vermutlich die Erfahrung gemacht haben, dass es so etwas wie eine reproduktive Autonomie gibt. Dies ist zwar an sich nicht falsch, der Trugschluss liegt jedoch darin begründet, dass sich diese reproduktive Autonomie primär auf das *Nicht-Wollen* eines Kindes bezieht. Der historisch vergleichsweise gute Zugang zu Verhütungsmitteln und Abtreibungen ermöglicht es insbesondere Frauen, *nicht* schwanger zu werden bzw. ein Kind *nicht* austragen zu müssen (vgl. May 1998: 208). Erst im Verlauf des Prozesses wird Wunscheltern klar, dass die medizinische Machbarkeit bei der *Verhinderung* von Reproduktion nicht auch auf deren *Herbeiführen* übertragbar ist – eine von Gerrits' (2016: vgl. 166) Interviewpartner:innen verwendete die Metapher einer »lottery«, um die Selbstwahrnehmung ihrer individuellen Chancen auf eine Schwangerschaft zu verbalisieren.

Auch im Interview mit Lorena wird dies besonders deutlich. Sie reflektiert ihre initiale Anspruchshaltung an die Reproduktionsmedizin und ihre »naive« Herangehensweise:

ich dachte »du gehst jetzt zum Arzt [Original: zum Dokter], weil du ein Baby willst und der hilft dir, dass du das bekommst« (Lorena)

Fast alle interviewten Wunscheltern machten so wie Lorena ernüchternde Erfahrungen im Kontext der Fertilitätsbehandlungen. Sie erwarteten eine rasche und klare Diagnose, einen individualisierten Behandlungsplan, eindeutige Verhaltensanweisungen etwa bezüglich Alkohol- und Koffeinkonsum und Erklärungen dafür, warum einzelne Schritte im Prozess (nicht) funktioniert hatten. Tim gibt diese Art der Interaktion wieder, indem er abwechselnd sich selbst und die Ärzt:innen zitiert. Er bezieht sich im folgenden Ausschnitt auf die Situation, in welcher ihm mitgeteilt wurde, dass seine Spermienqualität suboptimal sei, woraufhin er wissen wollte, wie er sich nun verhalten sollte:

dann haben wir [die Ärzte] gefragt »ja und wie?« (1) »jaa, Kaffee, wenig Alkohol, Stress bla, kann, MUSS nicht« »ah, danke, wahnsinnig gute Info, (1) also ist es ein Zufall?« »ja, schon ein wenig« »aha, spannend, dafür bin ich jetzt hergekommen« (Tim)

Ein anderes Beispiel ist Lea (t1), bei der beim ersten IVF-Versuch alle Eizellen abstarben, bevor sie hätten befruchtet werden können. Niemand konnte ihr die Gründe dafür benennen:

ich bin nicht einmal zum Transfer gekommen, es sind alle Eizellen vorher kaputt gegangen, (1) und sie [die Ärzte] haben, also sie haben nicht sagen können wieso (Lea t1)

Als letztes Beispiel ist Rahel (t2) zu benennen, die immer sehr bestrebt war, Erklärungen für sämtliche Vorgänge, Erfolge und Misserfolge zu finden. Ernüchtert stellt sie fest:

es ist so random das Ganze, und du kannst so nicht alles abdecken, es hat so viele noch offene Faktoren, die du einfach nicht weisst, es ist wirklich schlussendlich einfach Zufall, [ob eine künstliche Befruchtung und der Transfer funktionieren], who knows, wirklich keine Ahnung (Rahel t2)

Es liessen sich noch zahlreiche weitere Beispiele benennen: Die Frustration von Vera, dass ihr nie eine Diagnose hat gestellt werden können und darüber, dass die behandelnden Ärzt:innen ihres Erachtens nicht gemäss den Empfehlungen der WHO agieren; Fionas sowie Tims Unverständnis darüber, dass zwei Spermiogramme desselben Mannes verschiedene Hinweise hinsichtlich der Spermienqualität liefern können; Biancas und Fionas Verwirrung darüber, dass verschiedene Ärzt:innen verschiedene Handlungsoptionen vorschlagen und die Erfolgchancen divergierend einschätzen; Nadines Verständnislosigkeit darüber, dass man ihr keine Eizellen entnehmen konnte, obwohl gemäss den Mediziner:innen eigentlich alles in Ordnung war bei ihr. All diese Beispiele zeigen, dass Wunscheltern erhöhte Erwartungen an die Reproduktionsmedizin als scheinbar monolithische Einheit und die biomedizinischen Expert:innen als vermeintlich objektive Instanzen stellen. Die Erfahrung einer Ernüchterung ist folglich vorprogrammiert (vgl. dazu auch Sandelowski 1993: 56; Tjørnhøj-Thomsen 2005: 80). Die biomedizinischen Expert:innen nehmen das Auftreten der Wunscheltern umgekehrt als »ungeduldig« wahr, wie es die Reproduktionsmedizinerin, die ich bei dem Feldaufenthalt in der Klinik kennenlernte, deutlich machte:

they [the patients] want to be pregnant yesterday

Die Ausführungen haben gezeigt, dass sich die Reproduktionsmedizin auf einem diskursiven Level als »natürliche«, normale und heilungsversprechende Antwort auf das »Schicksal« der ungewollten Kinderlosigkeit etablieren konnte. Diese Etablierung hat in der empirischen Realität von Wunscheltern Konsequenzen, die sie wortwörtlich am eigenen Leib spüren. Reproduktionsmedizin wird ihnen als normative und »objektive«, berechenbare und »rationale« Lösung vorgestellt, ohne dass sie in der Regel wissen kön-

nen, mit welchen potenziellen emotionalen und psychischen Implikationen dies einhergehen kann.

Im folgenden Unterkapitel wird die Rolle, die Wunscheltern den Mediziner:innen zuschreiben, näher ausgeführt und theoretisch untermauert, warum diese den therapeutischen Imperativ noch weiter verstärkt.

7.3.2 Mediziner:innen: Orientierung am Therapievollzug

Priorisierung der maximalinvasiven Therapieform

Als zweite relevante Akteur:innen, die den therapeutischen Imperativ bedingen, sind die medizinischen Expert:innen zu nennen. Dabei geht es nicht um die Mediziner:innen an sich, sondern um die Figur, die sich aus den Ausführungen der Wunscheltern herauskristallisiert – also um *ihre* sehr spezifischen Perspektiven auf die Reproduktionsmediziner:innen. Weiter unten soll auch auf die Rolle der Ärzt:innen aus soziologischer und systemlogischer Sicht eingegangen werden.

Der Rolle dieser Figur scheint es inhärent, dass sie standardmässig *immer* von einer Behandelbarkeit von als »krank« gelesenen Körpern ausgehen, was die quantitative Auffälligkeit des Codes »Orientierung am Therapievollzug« im empirischen Material aufzeigt. Irritation löste dieses Charakteristikum v.a. bei denjenigen Interviewpartner:innen aus, die selbst nicht dazu bereit waren, alle zur Verfügung stehenden Therapien in Anspruch zu nehmen. Die evangelikale Judith stellt ein Beispiel dafür dar. In einem öffentlichen Interview führt sie aus:

die Frauenärztin, für die ist das klar gewesen, da können wir noch WEIT gehen und ähm, da, da sind noch lange nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft (Judith auf *livenet*¹⁴)

Auffallend am empirischen Material ist, dass Mediziner:innen grundsätzlich nicht *irgendeine* Therapieform anzubieten bzw. vorzuschlagen scheinen, sondern tendenziell die maximalinvasive Form. Dies zeigten die bereits sehr früh durchgeführten Studien von Pfeffer (1987: vgl. 91) und Whiteford/Gonzalez (1995: vgl. 34). Insbesondere in denjenigen Fällen, in denen den Wunscheltern keine Diagnose gestellt werden konnte, wurde pauschal eine IVF als Standardlösung veranschlagt. Viele der Interviewpartner:innen der vorliegenden Studie wollten zunächst eine Insemination durchführen lassen, weil diese erstens weniger invasiv ist und zweitens von der Krankenkasse übernommen wird. Dies scheint nicht immer im Sinne der Ärzt:innen zu sein, die grundsätzlich die weitaus invasivere, jedoch auch erfolgsversprechendere IVF als *das* Mittel zum ersehnten Zweck betrachten. Das zeigt sich in den Ausführungen von Maria und Lorena:

sie [die Ärzt:innen] haben gesagt »wir können es so [mit der Insemination] probieren« (3) »wird nicht funktionieren, sondern es wird wirklich die künstliche Befruchtung

14 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.

brauchen«, (1) das haben sie mir so gesagt, und dann haben ich und mein Mann entschieden »nein, wir probieren es jetzt nicht mit der künstlichen«, ist halt auch eine finanzielle Frage, (3) nicht, dass wir das Geld nicht gehabt hätten, aber wir dachten halt, (1) man kann es ja trotzdem zuerst anders probieren und ob wir jetzt nochmals ein Jahr mehr warten oder nicht, kommt schlussendlich jetzt auch nicht mehr drauf an, (3) und dann haben wir es im Sommer jetzt mit der Insemination probiert, und es hat gerade beim ersten Mal funktioniert <lacht> (Maria)

wir haben [nur] zwei gemacht [obwohl drei bezahlt worden wären], weil der Doktor gesagt hat »ich mach Ihnen gerne noch eine dritte, aber ehrlich gesagt, ihr könnt euch das sparen«, (2) er meinte dann einfach, und ich fand das gut, er war ehrlich, er sagte »okay, das hat jetzt 2x nicht geklappt, ich mach euch gerne die dritte, wenn ihr das wollt, aber ehrlich gesagt, ihr verliert Zeit« (2) wir verlieren da nur Zeit, (1) und ER hat ja auch sofort eine ICSI gemacht, nicht eine IVF (Lorena)

Während Maria und ihr Mann den Weisungen der Mediziner:innen widersprochen und auf die Insemination bestanden haben, entschied sich Lorena dafür, ihnen zu folgen. In beiden Fällen reflektieren die Sprecher:innen ihre Entscheidungen positiv – Maria konnte sich gegen den Rat der Expert:innen durchsetzen und hat damit Recht behalten sollen, und Lorena führte den Erfolg der ICSI u.a. auf den zuständigen Arzt zurück, der sie ihres Erachtens kompetent beraten hatte. Nicht immer jedoch evaluierten Wunscheitern diese Art der Interaktion positiv. Ein anderes Beispiel für die Priorisierung maximalinvasiver gegenüber minimalinvasiver Methoden ist die Ablehnungshaltung von Reproduktionsmediziner:innen gegenüber der IVF Naturelle. Dabei wird pro Zyklus nur diejenige Eizelle entnommen, die »natürlich« – d.h. ohne hormonelle Stimulation – heranreift. Der Nachteil besteht darin, dass dann pro Zyklus auch nur maximal eine Befruchtung stattfinden kann. Die Reproduktionsmedizinerin, die ich im Sommer 2022 kennenlernte, bezeichnete diese als »Hype« und als sinnlos, weil die Erfolgschancen zu gering seien. Trotzdem stellte sie in meinem Sampling für einige Evangelikale (Sabine und Nadine) sowie für Vera, die körperlich und physisch stark auf die hormonellen Behandlungen reagierte, eine Option dar. Für Sabine und Nadine war diese Idee aufgrund ihrer religiösen Überzeugungen schon sehr konkret, weswegen sie damit explizit an die Ärzt:innen herantraten. Beiden wurde deutlich davon abgeraten, im Fall von Nadine war diese Form der IVF sogar überhaupt nicht möglich. Auch Vera (t2) verwies im Interview auf Bekannte, die Ähnliches erlebt haben. Nadine und Vera berichten:

sie [die Ärztin] hat mich ziemlich abgewiesen, weil wir hätten, und das kannst du eben nicht überall, wir hätten eine IVF im natürlichen Zyklus machen wollen, (1) das propagieren sie hier und in der [Klinik in der Schweiz] und in der [andere Klinik in der Schweiz] eben nicht unbedingt (Nadine)

also, ich weiss von einer Kollegin, die so [mit einer IVF Naturelle] Erfolg hatte, bei der 5. IVF hat sie darauf bestanden, das so zu machen, die Ärzte sagten »nein«, sie hat wirklich darum gekämpft und der Arzt hat noch zu ihr gesagt »das wird NICHTS«, es sei Geld aus dem Fenster geworfen [Original: gschmissee] (Vera t2)

Viele meiner Interviewpartner:innen kannten die IVF Naturelle nicht, als ich sie im Interview darauf ansprach. Die medizinischen Expert:innen legen sie den Wunscheltern gar nicht erst als Option dar, wie im Interview mit Vera (t2) explizit wurde:

I: das heisst, das mit der IVF Naturelle war nichts, was man dir [in der Klinik] vorge schlagen hat, nachdem sie merkten »ah Sie reagieren stark auf die Stimulationen«

V: [verneinend] mh-h, (1) das habe ich eigentlich erst durch die anderen Frauen erfahren, dass es das überhaupt gibt

Eine weitere empirische Manifestierung der Orientierung an der invasiveren Therapieform bezieht sich auf das Thema der Eizellspende. Diese ist zum Zeitpunkt der durchgeführten Interviews in der Schweiz verboten, die Legalisierung jedoch zunehmend Teil politischer Diskussionen. In den Ausführungen der Reproduktionsmedizinerin, die eingangs dieses Kapitels eingeführt wurde, wird deutlich, dass die medizinischen Expert:innen diese herbeisehnen: »egg donation is hopefully coming soon«. Aus Sicht des *medizinischen* Systems ist das auch nachvollziehbar. Ein Verbot ist aus dieser Perspektive ausschliesslich hinderlich, weil nicht alle Patient:innen optimal behandelt werden können. Tatsächlich scheint das Verbot die Mediziner:innen in den IVF-Kliniken nicht davon abzuhalten, den Wunscheltern eine im Ausland durchgeführte Eizellspende nahe zu legen bzw. diese sogar als Voraussetzung für die weitere Behandlung aufzuerlegen. Nadine berichtet:

irgendwie hiess es dann, wir dürften nur noch einmal [eine Eizellentnahme bei mir machen], und danach müssten wir Eizellspende in Betracht ziehen, er [der Arzt] hat das einfach so gesagt, es war davor NIE Thema (Nadine)

Es wird ersichtlich, dass die behandelnden Ärzt:innen in der Wahrnehmung der befragten Wunscheltern in der Regel stets eine klassische IVF bzw. eine ICSI anstreben, unter Umständen auch mit gespendetem und damit »optimalem« Genmaterial. Alle anderen, weniger invasiven Versuche vor der künstlichen Befruchtung werden von ihnen gar nicht als valide Versuche anerkannt. Das zeigt sich abschliessend in Veras Ausführungen. Zum Zeitpunkt des zweiten Interviews hat sie bereits medizinische Hilfe in Anspruch genommen, nicht jedoch eine künstliche Befruchtung. Das liegt insbesondere daran, dass sie hohe körperliche und physische Strapazen durch die Hormonbehandlungen befürchtet. Sie führt aus:

sie [die Ärztin] sagte auch »ja, ihr habt ja noch gar nichts probiert«, (1) aber ich habe zwei Zyklen stimuliert, ich habe (1) vier, fünf Mal ausgelöst, und ich meine, wenn man jeden Monat seinen Zyklus trackt, dann hat man ja sehr wohl etwas probiert, ich habe vier Monate das Aspirin genommen, das ASS100 von dem ich Magenschmerzen bekam, und mir sagen sie, ich hätte nichts probiert, (1) also eigentlich müsste es ja reichen [Original: lange] zum richtigen Zeitpunkt Sex zu haben, damit man etwas probiert hat, aber wir haben ja schon medizinisch nachgeholfen, (1) nur, weil ich keine IVF hatte, habe ich also nichts probiert, (1) das hat mich genervt (Vera t2)

Das von Vera beschriebene Leiden, wie etwa die Magenschmerzen, werden von den Reproduktionsmediziner:innen offensichtlich nicht als Grund gelesen, es nicht weiter zu versuchen bzw. noch eine weitere, invasivere Form des Eingriffs vorzunehmen. Aus ärztlicher Sicht gibt es keinen Grund, nicht die maximalinvasive und damit vielversprechendste Form des Eingriffs zu wählen. Dass ihre bisherigen Versuche und ihr Leiden nicht als solche wahrgenommen und anerkannt werden, konfiguriert mit ihrer subjektiven Wahrnehmung dessen, dass sie seit einem Jahrzehnt versucht, ein Kind zu bekommen.

Aus den Ausführungen der Wunscheltern geht hervor, dass diese wahrgenommene Haltung der Mediziner:innen in ihnen teilweise Irritation hervorrief. Mediziner:innen jedoch sind aus soziologischer Sicht an ihre Rolle gebunden, die ihnen nahelegt, wie sie zu denken und zu handeln haben (vgl. Hanses 2012: 39) – in diesem Fall orientieren sie sich am übergeordneten Ziel, »to get those women pregnant«.¹⁵ Eine IVF Naturelle muss negativ konnotiert sein, weil sie hinsichtlich der Erfolgchancen ausschliesslich Nachteile gegenüber einer klassischen IVF hat; die Legalisierung der Eizell-spende muss ersehnt werden, denn auch sie erhöht die Erfolgchancen und auch eine Insemination ergibt, verglichen mit der künstlichen Befruchtung, selten Sinn, wenn möglichst schnell eine Schwangerschaft erzielt werden will. Das zeigt: Ärzt:innen *müssen* immer diejenige Behandlungsform vorgeben oder propagieren, die hinsichtlich der Erfolgchancen am vielversprechendsten ist; es gibt so etwas wie einen »Rechtfertigungsdruck, dem der Arzt bei nicht voller Ausschöpfung des medizintechnisch Möglichen oft ausgesetzt ist« (Feuerstein 2008: 164).

Dieser Druck erfolgt aus der historisch gewachsenen Position der Biomedizin, die Greil bereits 1991 erfasste:

The rise of scientific medicine represent[s] the secularization of health care [...] Implicit in the medical model's radical separation of the technical realm from the interpretive realm is the notion that suffering is *pointless* [Herv. i.O.] [...] And if the medical model has an implicit theodicy, then it also has an implicit moral imperative, an implicit prescription for action. If suffering is pointless, then it is pointless to suffer (Greil 1991: 158).

Die Prämisse, der biomedizinische Expert:innen folgen müssen, basiert also auf der Grundannahme, dass Leiden keinen tieferen Sinn hat. Daraus folgt in einer logischen Konsequenz, dass ärztliches Handeln nicht mehr darauf abzielt, aus körperlichen Konditionen Sinn zu generieren oder moralisch aufzuladen. Alle Handlungen sind strikt darauf ausgerichtet, das Leiden durch einen ärztlichen Eingriff zu beheben – in Greils Worten »an implicit prescription for action«. Das sehr klar umrissene bzw. eng definierte Leiden besteht in diesem Fall in der Unfruchtbarkeit, im Unvermögen, schwanger zu werden. In der Behebung dieses Leidens – und zwar *nur* darin – besteht die Pflicht der Ärzt:innen. Anders als es der Name der Institution vorgaukelt, behandeln biomedizinisch ausgerichtetes Kinderwunschzentrum dementsprechend *nicht* den *Kinderwunsch*, wie Wunscheltern ihn bisher als umfassendes sowohl medizinisches wie auch soziales

15 Zitat Feldtagebuch, Reproduktionsmedizinerin Sommer 2022.

Problem erlebt haben. Kinderwunschzentren behandeln lediglich und ausschliesslich die *Unfruchtbarkeit*. Hätten die Kliniken den Anspruch, die empirische Realität abzubilden, müssten Kinderwunschzentren eigentlich den Namen »Unfruchtbarkeits-Zentren« tragen. Rahel (t1) beschrieb diese Erfahrung in beeindruckend präziser Art und Weise:

eben, das ist natürlich, das ist so eine Fertilitätsklinik, die, die bieten dir halt einfach [...] ich meine, die, die sind auch wirtschaftlich getrieben, also es ist wirklich, es ist dann nichts Emotionales mehr oder irgendwie äh, (3) ja also, es geht dann eigentlich darum, die machen einfach Geld mit dem, und deren Ziel ist es, dich schwanger zu machen, Punkt, da geht es nicht darum, wie ich mich fühle oder irgendwas und ähm, (3) und die sagen halt, wir wollen, wir wollen, äh, wir wollen für euch oder für dich die bestmögliche Ausgangslage haben, dass du schwanger wirst, das heisst, du spritzt dir einfach Hormone, du spritzt dir auch Hormone vor dem Transfer, (1) damit halt einfach dein Körper superready ist für die Annahme, und dass einfach von ihnen aus gesehen (1) hormonmässig einfach alles im Lot ist und ALLES ungefähr stimmt, und wenn es dann nicht klappt, dass sie wie sagen können »wir haben alles versucht« (Rahel t1)

Rahel hat die Handlungsmaximen der Ärzt:innen auf allen Ebenen als solche identifiziert. Entsprechend benennt sie den Ort als »Fertilitätsklinik« und nicht als »Kinderwunschklinik« – es geht »nicht darum, wie ich mich fühle oder irgendwas«. Die zuständigen Mediziner:innen müssen alles daran setzen, dass die zu behandelnden Körper »superready« sind, sodass sie sich selbst bereits *prophylaktisch* von jeglicher Schuld (oder, wie Feuerstein es benannt hat: vor jeglichem »Rechtfertigungsdruck«) freisprechen können, wenn die Behandlung erfolglos bleibt: »wir haben alles versucht«. Viele Interviewpartner:innen sprachen von Schmerzen oder emotionaler Belastung infolge der Hormonstimulationen. Solchen individuellen Befindlichkeiten können Ärzt:innen empathisch oder weniger empathisch begegnen. In ihrer Rolle als medizinische Expert:innen können sie im Grundsatz aber *immer nur* als in Kauf zu nehmende Opfer eines übergeordneten Ziels betrachtet werden.

Operative Anschlussfähigkeit

Auf einer höheren theoretischen Ebene lassen sich die bisherigen empirischen Ausführungen besonders gut mit Niklas Luhmanns (1984) Theorie der sozialen Systeme begründen. Gemäss dieser ist die Gesellschaft in einzelne Teilsysteme differenziert, wobei jedes einen anderen, für sich selbst relevanten Inhalt bearbeitet. Sie sind entsprechend hochspezialisiert. Der Logik der Systeme ist inhärent, dass sie über binäre Codes operieren – im Fall des Systems Medizin ist dieser binäre Code »krank/gesund« (Luhmann 1990). Die Besonderheit dabei ist, dass die »operative Anschlussfähigkeit« des Codes über den semantisch *negativen* Pol erfolgt, und zwar »krank« (vgl. dazu auch die Ausführungen bei Stollberg 2008: 359):

Der Positivwert vermittelt die Anschlussfähigkeit der Operationen des Systems, der Negativwert vermittelt die Kontingenzreflexion, also die Vorstellung, es könnte auch anders sein. Im Anwendungsbereich des Systems der Krankenbehandlung kann dies nur heissen: der [sic!] positive Wert ist die Krankheit, der negative Wert ist die Gesundheit. *Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv* (Herv. L.B.), nur mit Krankheiten kann

er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit (Luhmann 1990: 187).

Im Medizinsystem geht es folglich immer darum, eine Krankheit als solche zu identifizieren, damit sie behandelt werden kann; Krankheiten lösen überhaupt erst die Möglichkeit aus, dass Kommunikation erfolgen kann. Vogd (2012) hat Luhmanns Ausführungen aufgenommen und in dem Sinne präzisiert, dass er sie mit menschlichen Akteur:innen weitergedacht hat.¹⁶ Diese Akteur:innen im System Medizin (die Ärzt:innen) haben die Aufgabe, operativ anschlussfähige Körper zu *behandeln*, und nicht primär, sie zu heilen:

Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, ist dann zwar in Bezug auf die Begründung der Maßnahme durchaus bedeutsam, jedoch in Hinsicht auf die Frage, was Ärzte im konkreten Fall zu tun haben, nur von sekundärem Interesse. Wichtiger erscheint hier vielmehr für die Ärzte, dass überhaupt eine Therapie für das Problem der Krankheit angeboten werden kann (Vogd 2012: 79).

Ob also Wunscheltern nach einer Kinderwunschbehandlung »gesund« sind, ist gemäss der Systemlogik zweitrangig. »Scheitern« bezieht sich hier nämlich weder auf den konkreten Erfolg oder Misserfolg einer Therapie, noch darauf, ob aus Wunscheltern Eltern geworden sind und noch weniger darauf, welche körperlichen oder psychischen Nebeneffekte die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin implizieren kann. »Scheitern« bezieht sich lediglich darauf, *ob* überhaupt eine Therapie angeboten werden kann. Entsprechend werden Ärzt:innen plausibel machen, dass die Durchführung einer Therapie immer die sinnvollere Option darstellt. Das zeigt sich in den Ausführungen der Wunscheltern. Sie lasen aus den Interaktionen mit den Ärzt:innen, dass diese ihren Fall als lösbar deuteten, sofern eine Therapie durchgeführt wird:

und sie [die Ärzt:innen] haben uns auch immer das Gefühl gegeben, dass es lösbar ist, dass, dass wir nicht ein hoffnungsloser Fall sind (Anja)

sie [die Ärzt:innen] haben mir dann da auch gesagt, dass (1) die (2) Diagnose sozusagen von der Frauenärztin [die meinte, es würde schwierig werden für Bianca, schwanger zu werden] aus ihrer Sicht falsch ist, oder, dass sie das nicht so sehen, und dass sie nicht unbedingt finden, dass ich, oder es KÖNNTE sein, sie wissen ja auch nicht, was sonst noch ist, aber es könnte sein, dass ich nicht unbedingt weniger Chancen habe als andere (Bianca)

der [der Arzt] war immer sehr positiv und meinte »so, jetzt schauen wir mal« (Lorena)

16 Luhmann hat sich nicht mit Individuen auseinandergesetzt bzw. schrieb ihnen keinen aktiven Status zu; vgl. dazu den berühmt gewordenen Satz: »Der Mensch kann nicht kommunizieren; nur die Kommunikation kann kommunizieren« (Luhmann 1992: 31); vgl. die Ausführungen unter 10.4.

Systemlogisch gesprochen lasen die Ärzt:innen Anja, Bianca und Lorena als operativ anschlussfähige Objekte. Sie haben eine Krankheit, auf die sie mit einer Therapie antworten können. In diesem Sinne *nicht* anschlussfähig sind nur diejenigen Individuen oder Körper, die eine Therapie gänzlich verweigern. So wurden beispielsweise Daniela und Fabian gelesen, die den Reproduktionsmediziner:innen mitteilten, dass eine künstliche Befruchtung für sie aus persönlichen Gründen nicht in Frage komme:

sie [in der Klinik] haben uns da gesagt, ihr müsst euch einfach gut überlegen, ob ihr das nicht irgendwann bereut, wenn ihr euch jetzt dagegen entscheidet, das habe ich recht SCHWIERIG gefunden, weil ja, wie willst du wissen, ob du nicht in 3 Jahren irgendetwas bereust? (Daniela)

Daniela und Fabian haben sich in dieser geschilderten Situation der ihnen eigentlich zugeschriebenen Rolle als zu behandelnde Patient:innen widersetzt, der zufolge sie »die Zumutungen duldsam und ohne allzu großen Widerstand« zu ertragen haben (Vogd 2012: 73). Sie begehen einen »Rahmenbruch«¹⁷ (Goffman 1977), der die tieferliegenden Machtstrukturen zwischen Patient:innen und Ärzt:innen offenlegt. Macht zeigt sich gemäß Max Weber (1972) dann, wenn die Chance besteht, den eigenen Willen gegen das Widerstreben anderer durchzusetzen. Dabei ergibt sich der »Wille« des Mächtigen nicht unbedingt aus seinen persönlichen Absichten, sondern ist ein Effekt der Machtpraxis. Reproduktionsmediziner:innen wollen nicht aus persönlichen Gründen, dass Patient:innen eine IVF in Anspruch nehmen, sondern aufgrund der im System Medizin geltenden Regeln, welche ihnen zugleich diese Machtposition zuschreiben und garantieren.¹⁸ Um den eigenen Willen durchzusetzen und Daniela und Fabian wieder in ihre Rollen als Patient:innen zurückzuführen, brachten die von Daniela referenzierten Ärzt:innen ein spezifisches Argument vor: Sie merkten an, dass sie diese Entscheidung vielleicht irgendwann bereuen könnten. Dieses Narrativ der Reue, welches Daniela in diesem Zitat über die behandelnden Ärzt:innen wiedergibt, ist ein wiederkehrendes im empirischen Material und wird daher im folgenden Unterkapitel näher beleuchtet.

7.3.3 Patient:innen: wir müssen es probieren

Die andere Motivation

Auch die Wunscherfüllung konstituieren den therapeutischen Imperativ mit ihrem Handeln und ihren Denklagen mit. Eine ihrer Motivationen, eine IVF in Anspruch zu nehmen, ist ganz offensichtlich ihr unerfüllter Wunsch nach Nachwuchs. Hinzu kommt aber noch eine zweite Motivation, die eine Therapieverweigerung nahezu verunmöglicht. Das zeigt sich in den folgenden Ausführungen:

17 Vgl. dazu auch die Interviewstudie von Hanses (2012), bei der einige von Brustkrebs betroffene Interviewte den »Rahmen gebrochen« haben, weil sie eine Behandlung abgelehnt haben (vgl. 42–47).

18 Siehe dazu den Machtbegriff bei Luhmann (2000) und die daran anknüpfende Diskussion in Bezug auf die Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen Nassehi (2008).

ich habe gesagt »ich will es probieren«, auch, dass ich abschliessen kann, dass ich sagen könnte, (1) es hat nicht, es hat nicht sein sollen [...] ich glaube, ich würde mir Vorwürfe machen im Sinne von »du hast nicht alles probiert«, wenn ich schlussendlich durch den Trauerprozess durchgehen müsste, es wäre immer noch so »aber wenn ich doch HÄTTE«, und, und so ist das wie, ich hatte das Gefühl, ich brauche das auch als Abschluss (Anja)

mein Motiv war immer auch so, (1) ich möchte nicht danach mit 50 ohne Kinder dastehen und mir vielleicht vorwerfen, ich hätte nicht alles probiert, was die Medizin mir ermöglicht hätte, also das war KEINE Diskussion, ich wollte es probieren, (1) einfach um hinterher nicht zu sagen »he, das hättest du vielleicht aber haben können«, (3) das war so ein wenig der Antrieb (Lorena)

wir mussten das wie für uns probieren zum sagen »hey wir haben es wenigstens probiert«, (1) einfach so, ja, (1) nicht, dass du danach denkst »hätte ich doch« (Jana)

ich muss auch mit Frieden Schluss machen können, ich werde bald 40, ich kann dann nicht mit 42 denken »OU, jetzt habe ich das nicht gemacht, und HÄTTE ich jetzt noch, medizinisch gesehen hat man immer nur noch weniger Chancen, und es wird NOCH schwieriger sein« (Sabine)

Es zeigt sich eine eindeutige, zweite Motivation, die neben der ersten besteht. Es geht bei der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin in der Regel nicht nur um die Erfüllung des Kinderwunsches. Es geht auch darum, potenzieller Reue vorzubeugen; um das Gefühl, »keine Mühe gescheut zu haben« (Franklin 2002: 364). Die Quantität dieses Codes ist kein Zufall des vorliegenden Samplings. Auch andere ethnographische Forschungen identifizierten dieses Narrativ in den Ausführungen von Wunscheltern. Tymstra (1989) sowie de Zoeten/Tymstra/Alberda (1987) benannten es als »anticipated decision regret«. Sie konstatierten, dass Paare eine künstliche Befruchtung durchführten, selbst wenn die Chancen auf einen Erfolg sehr gering sind – in den von ihnen untersuchten Fällen bei bis zu unter zwei Prozent. Die befürchtete Reue, die Wunscheltern in naher oder weiter entfernt liegender Zukunft einholt, *zwingt* sie selbst zur Inanspruchnahme. Es gibt also eine »Neigung des Patienten, dem Einsatz einer Technik nur deshalb zuzustimmen, um später keine Reue über eine möglicherweise verpasste Chance empfinden zu müssen« (Feuerstein 2008: 165). Barbara Duden schreibt der Entscheidungssituation, in der sich Wunscheltern befinden, eine »scheinbare Selbstbestimmtheit« zu. In biomedizinischen Beratungsgesprächen werden Patient:innen die Eingriffs-Möglichkeiten scheinbar neutral aufgezeigt. Dadurch werden sie zu Manager:innen ihrer eigenen Zukunft. Reproduktionstechnologische Eingriffe haben eine solch diskursive Normalisierung erfahren, dass auch »die Nicht-Inanspruchnahme als selbst zu verantwortende Option erscheint und bei einem zukünftigen Schaden der Betroffenen vorgehalten werden kann« (597). Der »Schaden« ist in diesem Fall ein Szenario, bei der das Paar reuevoll auf die vergangene Zeit zurückblickt und sich vorwirft, die medizinische Hilfe nicht in Anspruch genommen zu haben. Auch Sarah Franklin (1998) spricht in Bezug auf Reproduktionsmedizin, die Wunscheltern als Therapieform angeboten wird, von einer »forced choice«, und Greil argumentiert »women really do not have the power to say »no«

to reproductive technology« (Greil 1991: 182).¹⁹ In Gerrits' (2016) Studie gaben einige der Interviewten sogar explizit an, dass sie sich selbst keine Wahlmöglichkeit zugestanden haben. Wer auf »herkömmlichem Weg« keine Kinder bekommen kann und dennoch welche möchte, *muss* Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen – unabhängig jeglicher Risiken und Erfolgschancen (vgl. 179).

In der Literatur fällt häufig das Argument, dass es oft schon die bloße Existenz der Reproduktionsmedizin ist, welche die Wunscheltern in ihrer Entscheidung determiniert (vgl. z.B. Czarnecki 2022; May 1998: 210; Hiimäe 2017: 34f.; Sandelowski 1991). Franklin (2002) macht das an einem Beispiel besonders klar deutlich. Während der Zeit, in der sie in England Daten erhob, war die Dichte an IVF-Zentren noch nicht so hoch und damit die Zugänglichkeit nicht vergleichbar mit heute. Eine der von ihr befragten Frauen gab an, in der Vergangenheit bereits emotional mit dem Wunsch nach biologischen Kindern abgeschlossen zu haben. Als dann in ihrer Nähe eine Kinderwunsch-Klinik eröffnete, änderte sich dies wieder, und die emotionale Auseinandersetzung startete von Neuem (vgl. 367). Das Argument, dass die bloße Existenz der Möglichkeit es verhindert, mit dem Kinderwunsch abzuschliessen, erscheint demgemäss plausibel. An dieser Stelle soll es jedoch noch weiter präzisiert werden: Die Existenz an sich kann allein nicht für etwas verantwortlich gemacht werden, dazu bedingt es diskursiver Verhandlungen über den existierenden Gegenstand. Wie weiter oben ausgeführt, ist es demnach viel eher die diskursive Etablierung der biomedizinischen Kinderwunschbehandlungen als »normaler«, »natürlicher« und damit moralisch unbedenklicher Weg, welche das Abschliessen mit dem Wunsch nach genetisch verwandten Kindern für Wunscheltern so schwierig macht. Das zeigt sich daran, dass Personen, die – trotz des dominanten Diskurses – ausgeprägte moralische Bedenken der Reproduktionsmedizin gegenüber haben, die Kinderlosigkeit deutlich schneller akzeptieren (s.u.).

You never fail until you stop trying: Warum Aufhören so schwierig ist

Ein Aspekt, der an IVF-Behandlungen als verheerend erlebt werden kann, liegt in deren Logik begründet: Ihnen ist kein Ende inhärent, theoretisch können endlos viele Behandlungen durchgeführt werden (vgl. Throsby 2010: 239). Ein »Ende« der Inanspruchnahme der IVF ist nicht objektiv als solches Feststellbares, sondern bleibt immer wieder aufs Neue verhandelbar. Wunscheltern müssen sich selbst ein solches Ende aktiv *zugestehen*. Dabei können sie im Vorhinein nicht wissen, ab wann sie vor sich selbst glaubhaft machen können, dass dies der Fall sein wird. Das stellen Jana, Lorena und Nadine rückblickend fest. Bei Jana und Lorena hat der Transfer der ersten ICSI zur Geburt ihrer Kinder geführt, bei Nadine stellte sich eine spontane Schwangerschaft ein. Vor diesen Erfolgen konnten sie aber nicht einschätzen, was geschehen würde, wenn der erste oder der zweite oder auch der dritte Versuch einer künstlichen Befruchtung misslingen würde:

aber weisst du [Original: gäll], du weisst halt nie, wenn du am Anfang des Prozesses stehst, weisst du nie, ob du wirklich zu dem Punkt kommst, dass du dein Kind in den

19 Auch wenn werdende Eltern vor der Entscheidung stehen, ob sie pränatale genetische Abklärungen in Anspruch nehmen möchten (etwa, um Trisomien beim Ungeborenen feststellen zu können), handelt es sich gemäss Samerski (2002, 2003) um eine »Scheinfreiheit«.

Händen hast, und das finde ich sehr [Original: uh] schwierig, wenn mir jemand hätte garantieren können »doch [Original: moll], es funktioniert beim ersten oder beim zweiten Mal, (1) oder auch beim dritten Mal«, (1) dann machst du das, irgendwann stehst du da wahrscheinlich und denkst (1) »ja, probiere ich es nochmals, oder lasse ich es sein, oder was mache ich?«, weil, (1) eben, irgendwann hast du keine Ressourcen mehr (Jana)

ich hatte schon manchmal ein wenig Angst davor gehabt »wie weit treibst du das?«, also, es gibt ja auch die Frauen, die nicht mehr aufhören können, (2) und dann sieben, acht, neun Mal dort sitzen [Original: hocked] (Lorena)

die Gefahr ist, dass du nie aufhören kannst, (1) aber der Wunsch Mami zu sein ist SO tief gewesen, dass ich wie das Gefühl hatte, ich kann nicht aufhören (Nadine)

Weil sowohl Jana als auch Lorena durch die Behandlungen Mutter wurden und Nadine spontan schwanger wurde, blieb der Gedanke ans »Aufhören« für sie nur eine vage Vorstellung. Sie konnten nicht antizipieren, ab wann sie die Kinderlosigkeit vor sich selbst hätten rechtfertigen können – das Gefühl, das dadurch ausgelöst werden kann, benennt Jana als »schwierig«, Lorena als »Angst« und Nadine als eine »Gefahr«. Bei Fiona trat genau diese Situation ein. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie bereits mehrere erfolglose Versuche hinter sich und verhandelt gerade darüber, ob sie »genug probiert« hat und »aufhören kann«:

wenn wir es jetzt nicht probieren, <weint> wo quasi alles noch einigermassen okay ist, (3) vielleicht bereuen wir es halt später irgendwann und dann, (3) kann es, ja, dann ist es dann halt einfach zu spät, dann kannst du nichts mehr machen [...] ja, es ist, es ist irgendwie für mich dann auch, ich hab manchmal auch jetzt schon das Gefühl, dass ich so weit weg bin von den Jungen, dass ich jetzt gar nicht mehr verstehe, was jetzt die machen und so, mit ihren, keine Ahnung, neuen Kommunikationsmitteln und so, und ja, wenn ich mir jetzt so vorstelle, ein Kind, das jetzt so 35 Jahre jünger ist, dann, ja eben, oder wenn es dann fast 40 Jahre sind, dann sind es nochmals 5 Jahre mehr, die ich nicht verstehe, darum habe ich eigentlich für mich selbst so ein wenig gesagt, eigentlich älter als 35 will ich jetzt nicht unbedingt sein, wenn ich ein Kind bekomme [...], es ist irgendwo durch für mich dann auch einfacher zu wissen »okay, ich habe jetzt gesagt, bis 35 probieren wir das« und um dann zu sagen »okay, jetzt haben wir die Grenze erreicht und jetzt kann ich auch aufhören, es ist jetzt okay, ich glaub, ich hab genug probiert« weil, ja, irgendwie, (3) ja, (1) ich weiss, es ist noch schwierig zu beschreiben, es ist (1) halt schon, (1) ja, du könntest einfach, <weint> immer weiter probieren, und du brauchst mega viel Zeit und Geld (Fiona)

Für Fiona war klar, dass sie es mit der künstlichen Befruchtung zumindest versuchen muss. Dabei stiess sie irgendwann auf die Herausforderung, dass man es »immer weiter probieren« kann. Um dieser Situation zu entkommen, definierte sie ein Limit, bei dessen Erreichen sie sagen kann »wir [haben] die Grenze erreicht und jetzt kann ich auch aufhören, es ist okay, ich glaub, ich hab genug probiert«. Diese Deutung zeigt auf, dass es schwierig sein kann, einen emotionalen Abschluss zu finden, nachdem man »erst« eine erfolglose IVF hinter sich hat. Nur das betroffene Individuum selbst kann sich dies zu-

gestehen, und das ist unter Umständen erst nach mehrmaligen »Runden« der Fall. Fiona lässt dabei erfahrenes emotionales oder körperliches Leid nicht als valide Faktoren zu, sich das Aufhören zuzugestehen. Sie orientiert sich vielmehr an äusserlichen und objektiv messbaren Faktoren wie »Zeit und Geld« sowie darüber, dass sie im subjektiven Verständnis irgendwann keine gute Mutter mehr sein kann, weil der Altersabstand zum Kind zu gross wäre. Diese Deutung ist in seiner implizierten Brutalität kaum zu überbieten: Sich das »Aufhören« zuzugestehen, erfordert in einem solchen Fall intensives Leiden auf allen Ebenen, körperlich, emotional, finanziell und zeitlich. Bei Fiona handelt es sich nicht um einen extremen Einzelfall, was sich darin zeigt, dass andere ethnographisch Forschende in diesem Gebiet vergleichbare Beobachtungen machten. Eine von Franklins Interviewpartnerinnen argumentierte, sie habe sich nicht »getraut«, nach dem ersten gescheiterten Versuch aufzuhören (2002: vgl. 365). Gerrits (2016) schreibt: »once couples had started IVF treatment it was difficult not to pursue further treatment, even if the woman was truly suffering from it« (188). Wunscheltern, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, scheitern in der Selbstwahrnehmung nicht nur darin, Eltern zu werden, sondern jetzt potenziell zusätzlich darin, es *gut genug* versucht zu haben bzw. »stark« genug zu sein (vgl. Beck-Gernsheim 1989; Sandelowski 1993: 50). Eine Beobachtung von Lasker/Borg (1987) zeigt, dass sie auch von aussen in dieser Selbstwahrnehmung weiter bestärkt werden. Während ihrer ethnographischen Forschung im Wartezimmer einer IVF-Klinik fiel ihnen ein Schild auf, das verlautete: »You never fail until you stop trying«. Diese ethnographischen Daten sind vergleichsweise alt – es ist davon auszugehen, dass sich der Druck zur fortlaufenden Inanspruchnahme immer invasiverer und vermeintlich erfolversprechenderer medizinischer Massnahmen vor dem Hintergrund der fortschreitenden Medikalisierung der Fortpflanzung (s.o.) weiter intensiviert hat. Ein aktuelleres Beispiel ist das autobiographisch ausgerichtete Buch der Schauspielerin Tanja Szewczenko (2022). Es trägt den Titel »Durch die Hölle zum Glück: Meine Kinderwunschbehandlungen, Fehlgeburten und warum ich nie aufgegeben habe«. Der Untertitel verweist genauso wie der Spruch im Wartezimmer auf die diskursiv etablierte Bewertung von Wunscheltern, die die IVF-Behandlungen stoppen. Sie haben weder das Ideal der Mutterschaft noch dasjenige des sozial erwünschten kämpferischen Umgangs mit der Situation der Unfruchtbarkeit erreicht. Sie haben »aufgegeben« und sind auf allen Ebenen »gescheitert«.

Ein weiteres Spezifikum von Kinderwunschbehandlungen, welches das Aufhören erschwert, besteht in der Bewertung von »Erfolgen« bzw. »Misserfolgen« durch Wunscheltern. Versuche, die nicht zur Geburt eines Kindes führen, werden nicht immer und ausschliesslich als »Scheitern« verbucht. Die Beziehung zwischen Erfolg und Misserfolg ist vielmehr eine graduelle. Fiona etwa spricht von einem »Teilerfolg«, nachdem sie nach ihrem ersten Transfer kurzzeitig einen positiven Schwangerschaftstest hatte. Gerade diese »Teilerfolge« sind es, die Wunscheltern dazu animieren, es immer weiter zu versuchen (siehe zur Implikation der »Teilerfolge« auch Bailey/Ellis-Caird/Croft 2017: 328; Becker 2000; Jennings 2010: 218; Sandelowski 1993: 53). Throsby (2004) spricht in diesem Zusammenhang von einem »seductive maybe-next-time promise« (8) und Ullrich (2022) schreibt der Reproduktionsmedizin eine »Eigenlogik« (283) zu, der man fast nicht ausweichen kann, sobald man die Kinderwunschklinik betreten hat. Diese Eigenlogik der Medizintechnik impliziert auch, dass eine Behandlung oder Diagnostik stets eine wei-

tere nach sich ziehen kann – in einem »lawinenartigen« Ausmass (Feuerstein 2008: 166). In der Regel beginnt man mit einer weniger invasiven Form, einer Insemination (einer IUI). Hinsichtlich des Grades an Invasivität ist der Schritt von einer IUI zu einer IVF zwar gross, verliert jedoch angesichts dessen, *dass* man bereits »eingegriffen« hat, im subjektiven Empfinden an Gewicht. Das zeigt sich an Leas Ausführungen:

am Anfang habe ich gesagt, ich mache drei IUI, dann höre ich auf, und dann bin ich trotzdem, konnte ich das nicht abschalten diesen Wunsch, und habe noch eine vierte und fünfte IUI gemacht, (2) und halt zwischendurch Abklärungen und Bauchspiegelungen und OP von der Endo[metriose] und so weiter, (3) und ja, (1) dann habe ich gesagt, ich mach eine ICSI und höre auf, (1) und da kam es ja nicht einmal zu einem Transfer, und dann hatte ich das Gefühl »ja nein, (1) jetzt probiere ich das nochmals« (Lea t1)

Die Situation scheint paradox: Je höher die emotionalen, körperlichen und finanziellen Investitionen in Kinderwunschbehandlungen gewertet werden, desto schwieriger scheint es zu fallen, damit aufzuhören. Der Wunsch nach biologisch verwandten Kindern kann durch die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin noch dringender werden, als er es davor war (vgl. Franklin 1998: 112); mit einem Kinderwunsch abzuschliessen wird potenziell herausfordernder, wenn man bereits einmal einen positiven Test hatte oder den Embryo – sein »Kind« – sogar schon einmal auf einem Ultraschallbild gesehen hat (vgl. Franklin 2002: 376). Greil spricht in diesem Zusammenhang von einer »addiction« (1991: 5). Auch er identifizierte dieses Muster. Wunscheltern setzen sich im Vorhinein Limits, »wie weit« sie gehen möchten, und halten sich am Ende doch nicht daran (vgl. ebd.).

Die Ausführungen machen deutlich, dass die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin permanent neue Hoffnungen kreiert – durch messbare »Teilerfolge«, durch die Möglichkeit der vielversprechenden nächst-invasiveren Form des Eingriffs sowie der Befürchtung, dass es beim nächsten Mal funktionieren *könnte* und man dadurch etwas verpassen könnte. Insofern wirkt die so generierte Hoffnung als ambivalenter Treiber: einerseits befähigend, weiterzumachen, andererseits behindernd, aufzuhören (vgl. Franklin 2002: 387).

Die Situation wird nicht zuletzt dadurch perpetuiert, dass Wunscheltern in ihrer Umwelt permanent mit Unverständnis konfrontiert werden. Sie müssen sich vor unbeteiligten Dritten immer wieder rechtfertigen, sich dazu verhalten und unter Beweis stellen, dass sie weiterhin aktiv an der Erfüllung ihres Kinderwunsches arbeiten.²⁰ Das zeigen Nadines und Veras (t2) Ausführungen:

es fragen halt immer alle »hast du Kinder?«, und dann sagst du »nein«, »ja wollt ihr keine?«, »doch, [...] wir würden gerne, wir können nicht, wir haben alles probiert, das man in der Schweiz machen kann« (Nadine)

20 Auch Personen mit nur einem Kind werden von unbeteiligten Dritten mit Unverständnis konfrontiert. Lea hatte zum Zeitpunkt beider Interviews ein Kind, wünschte sich jedoch ein zweites. Dass in ihrem Umfeld immer wieder die Frage danach kam, warum sie denn nur ein Kind habe, versetzte ihr immer wieder einen Stich« (t2). Daraus lässt sich schliessen, dass die »Normfamilie« auch eine gewisse Anzahl Kinder voraussetzt.

also ich habe den Leuten auch schon gesagt, wenn sie mich damit genervt haben, so »ich kann nicht schwanger werden«, dann ist das Thema sofort [Original: grad] gegessen, also entweder sind sie mega beschämt und sagen einfach gar nichts mehr, das ist das Optimum, oder sie sagen »ja, geht doch in eine Klinik«, und dann kann ich sagen »ich bin schon in Kliniken gewesen«, und dann ist Ruhe, (1) also dann hast du wirklich Frieden danach (Vera t2)

Nadine und Vera, die beide medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, können diesen unliebsamen Kommentaren Dritter begegnen. Sie können glaubhaft machen, dass sie der sozialen Norm entsprechen, erstens Kinder zu wollen, und zweitens, sich auch adäquat darum zu bemühen. Dann haben sie im besten Fall »Ruhe«. Anders sieht es bei Personen aus, die die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe ganz verweigern. Julia, die mit Lukas zusammen den Weg der Adoption bevorzugt hat und Daniela, die sich schliesslich für ein Leben ohne Kinder entschied, zeigen dies auf:

das Unverständnis, (1) dass man nicht alles ausprobieren will, was man kann, [...] DAS, das finde ich schon auch noch krass mit dem, (1) mit dem das Gefühl haben, eben, (1) fast so ein wenig ein Vorwurf »du hast es nicht versucht« (Julia)

es gibt schon so einen gewissen Druck, wenn man unerfüllten Kinderwunsch hat und nicht alles ausschöpft, das man HÄTTE können, (1) das braucht schon auch Mut einfach zu sagen »ähm ja, tatsächlich haben wir diesen unerfüllten Wunsch, und er ist nicht weniger schlimm unerfüllt, weil wir nicht alles probiert haben«, sondern wir können genau gleich unter dem leiden, auch wenn wir uns entschieden haben, nicht das volle Mass an Möglichkeiten auszuschöpfen, (1) das finde ich, das braucht wirklich noch, (1) finde braucht Mut zu sagen »nein, wir machen nicht alles, was medizinisch möglich wäre« (Daniela)

In den Ausführungen wird deutlich, dass Daniela und Julia eine Aberkennung ihres Kinderwunsches wahrnehmen, weil sie keine oder nur in sehr geringem Umfang Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen wollten. Jemand mit einem *richtigen* Kinderwunsch, so die wahrgenommene Präsupposition, nimmt die Strapazen der Reproduktionsmedizin gerne auf sich. Das zeigt sich auch in den Daten anderer Studien, Sandelowski schreibt dazu: »it is quitting rather than persisting that increasingly requires justification« (1993: 53f.). Danielas Beschreibungen zeigen, dass dies auf Personen wie sie, die eine biomedizinische Therapie gar nie erst begonnen hat, möglicherweise in noch höherem Masse zutrifft. Anderen gegenüber die Entscheidung immer wieder zu legitimieren, braucht »Mut« (vgl. zur Herabwürdigung von Paaren, die keine oder nur in geringem Umfang Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen haben auch Westermann/Alkatout 2020: 134f.).²¹

21 Die Frage, wie viel Engagement für die Erfüllung des Kinderwunsches sozial erwünscht ist, ist jedoch ambivalent. Einerseits werden viele Versuche mit sozialer Anerkennung quittiert, weil es mit Ausdauer, »braveness« und dem Narrativ des »never give up« assoziiert wird. Andererseits haftet Paaren, die »niemals aufgeben«, auch eine negative Konnotation an. Sie gelten als »besessen« oder »hysterisch«. Letzteres wird insbesondere Frauen zugeschrieben, ein männliches Pendant existiert diskursiv nicht (vgl. Sandelowski 1993: 42–47; Throsby 2010: 239–241).

7.4 Ressourcen im Umgang mit den Logiken des biomedizinischen Feldes

Der »therapeutische Imperativ« gehört zu den dominierenden Machtstrukturen, mit welchen Wunscheltern im Rahmen der Interaktionen im biomedizinischen Feld konfrontiert werden. Auch wenn dieser einen starken Einfluss auf ihr Handeln und Denken ausüben kann, so schaffen sich Wunscheltern doch immer wieder verschiedene Arten des subversiven Umgangs damit, teilweise bewusst, teilweise unbewusst. Bei der Analyse dieser »Strategien« lassen sich grundlegend zwei Herangehensweisen an den »therapeutischen Imperativ« benennen: Für den grösseren Teil der Wunscheltern ist es unumgänglich, den Logiken des Imperativs zu folgen, während sich ein anderer Teil diesem grundsätzlich verweigert. Daraus eröffnen sich jeweils unterschiedliche Möglichkeiten der Ressourcen im Umgang mit ihm, die im Folgenden genauer ausgeführt werden sollen.

7.4.1 Inanspruchnehmende von Reproduktionsmedizin

Wunscheltern, die keine andere Wahl sehen, als eine künstliche Befruchtung durchzuführen, könnte man als determiniert durch die Logik biomedizinischer Interaktionsmomente verstehen. Eine etwas andere Perspektive auf sie zeigt sich, wenn man sie nicht als Opfer der Situation versteht, sondern als aktiv handelnde Subjekte. Im Sinne des *Doing* unerfüllter Kinderwunsch streben sie als solche ein Gefühl an, dass sie alles erdenklich Mögliche *getan* haben, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen – unabhängig davon, ob dieser sich dann erfüllt oder nicht (vgl. Daniluk 1996: 85; Tjørnhøj-Thomsen 2005: 81). Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dass es sich dabei um ein irrationales und »ver zweifeltes« Verhalten handelt, insbesondere in Fällen mit Erfolgschancen im einstelligen Bereich. Bei genauerem Hinsehen lässt sich jedoch ein kalkultiertes Vorgehen identifizieren: Es ist Bestandteil der Coping-Strategie, um mit der Situation sowie mit antizipierten Zukunfts-Szenarien umgehen zu können (vgl. Franklin 2002: 389). Diese Perspektive veranschaulicht und vertieft Karen Throsby in verschiedenen ihrer Publikationen: »[The argument is] that IVF produces an imperative to engage with it, but that this can be mobilized, post-IVF failure to produce a new, technologically mediated, legitimized form of childlessness« (Throsby 2010: 236). Wunscheltern nutzen also die IVF als Mittel zum Zweck – nicht nur, um schwanger zu werden, sondern auch, um ihre potenzielle Kinderlosigkeit bereits im Vorfeld zu rechtfertigen. Dabei handelt es sich um eine neue Art der Kinderlosigkeit, eine, die durch den sogenannten *Post-IVF-Körper* (Original: *Post-IVF-Body*, Throsby 2006: 77) erzeugt wird. Damit führte Throsby einen – erstaunlicherweise selten rezipierten – Begriff ein, der den Imperativ zur Nutzung von Reproduktionsmedizin theoretisch fassbar macht. Unabhängig davon, ob eine IVF-Behandlung zum primär intendierten Ziel geführt hat oder nicht, trägt der *Post-IVF-Körper* die Spuren einer IVF-Behandlung – im wortwörtlichen Sinne (weil etwa Einstichstellen von Hormonspritzen sichtbar sind oder der Körper sich durch die Behandlungen verändert hat) wie auch im übertragenen Sinne. Der *Post-IVF-Körper* ist »fundamentally distinct from the ›not yet pregnant‹« (Throsby 2006: 78). Damit ist »the engagement with IVF [...] never without consequences [...] [T]he material-discursive body will always be modified and marked by it, even when it fails« (Throsby 2004: 21).

Ein Beispiel für die Relevanz des Post-IVF-Körpers für Wunscheltern liefert die mediale Berichterstattung über die Kinderlosigkeit von Jennifer Aniston. Am 11.11.2022 veröffentlichte der Tagesanzeiger, eine Schweizer Tageszeitung, einen Artikel über die Schauspielerin. Darin heisst es:

Jahrelang wurde die Schauspielerin als selbstsüchtig bezeichnet, weil sie kinderlos blieb. Nun spricht Aniston erstmals über ihre erfolglosen Versuche, Mutter zu werden [...] Sie habe sich In-vitro-Fertilisationsbehandlungen unterzogen, chinesische Tees getrunken und alle möglichen weiteren Dinge versucht [...] Lange habe sie die öffentliche Darstellung verletzt, dass sie selbstsüchtig und nur auf ihre Karriere fokussiert sei. »Und Gott bewahre, dass eine Frau erfolgreich ist und kein Kind hat. Und der Grund, warum mein Mann mich verlassen hat, warum wir uns getrennt und unsere Ehe beendet haben, soll gewesen sein, dass ich ihm kein Kind schenken wollte. Das waren absolute Lügen.« Auch wegen der vielen unwahren Geschichten wolle sie die Wahrheit nun erzählen. »Ich habe nichts zu verbergen.«²²

Jennifer Aniston klärt die Lesenden in diesem Artikel darüber auf, dass sie über einen Post-IVF-Körper verfügt und deswegen »nichts zu verbergen« habe. Sie war nie »selbstsüchtig« oder nur »auf ihre Karriere fokussiert«, sondern hat ihren Körper den Behandlungen ausgesetzt und alles unternommen, um Mutter zu werden. Daraus wird ersichtlich: Keine Kinder zu haben, weil man keine haben *kann*, ist nach wie vor sozial legitimer, als keine Kinder zu haben, weil man keine *will*. Das zeigt sich auch im Datenmaterial von Throsby/Gill (2004). Sie fanden heraus, dass es für Wunscheltern zusätzlichen Stress bedeuten kann, wenn andere fälschlicherweise annehmen, sie seien *freiwillig* kinderlos (vgl. dazu auch Kapitel 12). Der Post-IVF-Körper beweist, dass man zur ersten Gruppe gehört; zu derjenigen, die bestrebt war, der kulturellen Norm zu folgen, der zufolge Frauen Kinder haben sollten (vgl. dazu z. B. Morell 2000).

Damit wird auch klar, dass der Post-IVF-Körper Ausdruck von etwas Ambivalentem ist. Einerseits kann er als Manifestation patriarchaler Strukturen verstanden werden. Die Norm, sich zu reproduzieren, ist ihm inhärent, er geht jedoch in seiner Implikation noch weiter: Er stellt die Forderung an Frauen bzw. weibliche Körper, sich angemessen darum zu *bemühen* und den entsprechenden Preis zu bezahlen. Auch eine (Noch-)Nicht-Mutter soll sich demzufolge für ihre Kinder aufopfern – noch bevor diese überhaupt existieren. Andererseits haben die Ausführungen *auch* gezeigt, dass der Post-IVF-Körper eine Coping-Strategie für Frauen darstellen kann: Sie eignen sich die biomedizinischen Methoden (insbesondere die IVF) für ihre eigenen Zwecke an. Sie zweckentfremden die IVF als Mittel, um den emotionalen Abschluss mit dem Kinderwunsch zu legitimieren – vor sich selbst wie auch in der sozialen Interaktion mit anderen.²³

Wunscheltern schaffen sich weitere Ressourcen, um mit dem grundsätzlichen Machtgefälle zwischen sich und den Ärzt:innen umzugehen. Dazu zählt insbesondere, dass sie sich selbst ein grosses reproduktionsmedizinisches Wissen aneignen, etwa über

22 Vgl. <https://www.tagesanzeiger.ch/ich-habe-versucht-schwanger-zu-werden-612496664668>, zuletzt abgerufen am 22.10.20256.

23 Vera (t2) argumentiert sogar explizit so: »wir wollen es halt noch probieren wir glauben aber nicht, dass es noch klappt«.

die Lektüre von (populär-)wissenschaftlichen Büchern und im Internet veröffentlichten Beiträgen oder über den Austausch mit anderen Wunscheltern in Internetforen. Weil viele Wunscheltern die Art und Weise, wie Behandlungen an ihnen ausgeübt werden, als ein »Schema X« (Janas Wortwahl) wahrnehmen, nutzten sie dieses Wissen und konfrontierten die behandelnden Ärzt:innen damit. Das war im vorliegenden Sampling insbesondere bei Vera der Fall, die spezifisch auf ihren eigenen Fall zugeschnittene Therapieformen ins Gespräch mit den Expert:innen einbrachte. So konnte sie die wahrgenommene asymmetrische Beziehung zwischen sich und ihnen ein Stück weit in ein gefühltes Gegenteil verkehren. Eine andere Strategie mit empirischer Relevanz zeigt sich im aktiven Wechsel der konsultierenden gynäkologischen oder reproduktionsmedizinischen Expert:innen bzw. der Kinderwunschklinik. Insbesondere Vera, Lea, Nadine, Anja und Tim sowie Jana beklagten eine »Unmenschlichkeit« (Lea t1, Jana), fehlende Empathie, schlechte Kommunikationsfähigkeiten und einen zu engen Blick der Mediziner:innen. Die Klinik zu wechseln, stellt ebenfalls eine Möglichkeit dar, die Machtstrukturen im subjektiven Verständnis umzukehren, denn die Rollenzuschreibungen verändern sich. Statt ein paternalistisches Verhältnis zwischen sich und dem:der Ärzt:in einfach hinzunehmen, verstehen sie die Reproduktionsmedizin als Dienstleistung, die sie nur in Anspruch nehmen, solange sie als Kund:innen mit den Anbietenden zufrieden sind.²⁴

7.4.2 Therapieverweiger:innen

Es gibt Wunscheltern, die ihre Kinderlosigkeit ohne einen Post-IVF-Körper legitimieren können. Anders als für die anderen Wunscheltern ist für sie die Frage danach, ob sie Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten oder nicht, *keine* Scheinwahl, sondern eine tatsächliche Entscheidung. Im vorliegenden Sampling hat es sich erwiesen, dass dies ausschliesslich bei den Evangelikalen der Fall war. Von den acht evangelikalen »Einheiten« (bzw. vierzehn Einzelpersonen)²⁵ schlossen vier eine IVF kategorisch aus (Miriam und Tobias, Andreas und Judith, Sonja und Markus sowie Daniela und Fabian), eine entschied sich früh dafür, eine Adoption zu präferieren (Julia und Lukas), zwei dachten in einem langen Prozess darüber nach und wurden dann spontan schwanger, weshalb sich die Frage erübrigte (Sabine und Bianca) und eine hat mit der Entnahme von Eizellen begonnen, ohne dass es je zu einer erfolgreicher Befruchtung kam – auch

24 Greil (1991: vgl. 79–88) sowie Imeson/McMurray (1996: vgl. 1018) konstatierten ähnliche solcher Strategien. Dabei ist davon auszugehen, dass die Etablierung des Internets, die seither in den meisten gesellschaftlichen Kontexten geschehen ist, die genannten Coping-Strategien noch leichter zugänglicher gemacht hat. So ist es heute einfacher denn je, Informationen mit anderen auszutauschen und sich fachlich sowie hinsichtlich alternativer Behandlungsmöglichkeiten in anderen Kinderwunschkliniken zu informieren.

25 Es sind dies einerseits die von mir interviewten Paare und Einzelpersonen Fabian und Daniela, Sonja und Markus, Bianca und Anil, Julia und Lukas, Nadine und Sabine sowie die Teilnehmenden einer öffentlich zugänglichen Talk-Runde, bei der Miriam und Tobias sowie Judith und Andreas interviewt wurden. Auch diese Daten wurden transkribiert (vgl. 5.2.3). Julia und Lukas sind landeskirchlich-reformiert und werden hier der Einfachheit halber zur Gruppe der Evangelikalen dazugerechnet.

hier kam es zu einer spontanen Schwangerschaft (Nadine). Die Frage danach, ob Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen werden möchte oder nicht, wird in diesem Teil des Samplings sehr viel diverser beantwortet. Nahe liegt, dass die Ablehnungshaltung gegenüber einer künstlichen Befruchtung primär über inhaltlich-religiöse Argumente begründet wird. In der Tat liessen sich solche im Datenmaterial herausarbeiten. Für alle Evangelikalen stellte sich die Frage, inwiefern es ethisch vertretbar ist, erstens potenziell »überzähliges Leben« zu erschaffen und zweitens »Leben« auf *diese* Art zu erzeugen.²⁶ Die explizit religiöse Begründung stellt jedoch lediglich die initiale Skepsis gegenüber invasiven Formen der Reproduktionsmedizin dar.²⁷ Mindestens genauso relevant für die Entscheidungsfindung von Evangelikalen scheint die Tatsache zu sein, dass sie sehr viel klarer zu wissen scheinen, worauf sie sich einlassen würden. Dieses Wissen wiederum ist ihnen über die gute soziale Vernetzung mit anderen Evangelikalen zugänglich (innerhalb wie auch ausserhalb ihrer Gemeinden). Im 11. Kapitel wird ausgeführt, dass viele Evangelikale im vorliegenden Sampling sehr engagiert im Austausch waren. Einige von ihnen haben – unabhängig voneinander – eigenständig konfessionsgebundene Selbsthilfegruppen gegründet, und auch die befragten evangelikalen Männer sind im Unterschied zu den nicht-evangelikalen Männern bereit dazu, im Rahmen solcher Gruppen über die eigenen Gefühle und das Erlebte zu sprechen. Die folgenden Interviewausschnitte verdeutlichen die Relevanz des sozialen Austauschs:

in der Gruppe, in der ich mich mit Frauen regelmässig treffe, ist jemand, die sieben Versuche jetzt hatte, erfolglose, und einfach immer wieder das Hoffen, und, und, dieses Mal klappt und dann wieder diese brutale Enttäuschung, weisst du ich meine, schon wenn, wenn du jetzt NICHT diesen Weg gehst und nicht SO mega viel Geld, oder die haben z.T. irgendwie 20'000 Franken [Original: Stutz] ausgegeben, und, und es hat dann trotzdem nichts gebracht [Original: nüt usegluegt], oder es ist ja kein KIND <lacht> draus geworden, und einfach das, das Dilemma und, und ja, wenn du so viel investierst und danach auch immer diese Termine, also die immer wieder irgendwie freischaufeln musst, für das, dass du dann genau an dem Zyklustag dann dorthin kannst und der Stress, was sage ich jetzt dem Arbeitgeber, und sage ich es ihm oder sage ich es nicht, ich kann ja nicht immer fehlen (Daniela)

also, einfach auch wenn man sieht, was das [die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin] bei anderen Paaren alles auslöst (Fabian)

26 Diese Verhandlungen werden im 10. Kapitel intensiv diskutiert.

27 Interessanterweise scheint es sich hierbei um ein lokales Spezifikum zu handeln. In US-amerikanischen Kontexten beispielsweise ist die IVF als Lösung für Unfruchtbarkeit unter Evangelikalen etabliert. Dem Argument, dass Menschen (überzähliges) Leben schaffen und damit »Gott spielen«, wird so begegnet, dass der »spark of life« nur erfolgt, wenn Gott diesen auch will und ermöglicht. Ärzt:innen *können* demzufolge gar nicht »Gott spielen«, sondern nur auf seine Unterstützung hoffen (vgl. Czarnecki 2022: 104). Damit reiht sich auch diese christlich-religiöse Begründung in das allgemeine Narrativ, demzufolge Reproduktionsmedizin Bestandteil des »natürlichen Bereichs« ist (s.o.).

wir haben jetzt schon Kontakt mit zwei, drei Paaren [...], bei denen ist es schon seit JAHREN ein unendlicher Kampf und einfach, SO in einer tiefen Depression, weil es einfach nicht funktioniert (Lukas)

wir hatten ein Paar im engen Freundeskreis, das mit künstlicher Befruchtung zwei Kinder bekommen hat, und das so ein wenig MITzuverfolgen und das zu sehen, was das so für ein Leidensweg ist (Miriam auf livenet²⁸)

Auch nicht-evangelikale Wunscheltern tauschen sich mit anderen Betroffenen aus. Im Unterschied zu den Evangelikalen geschieht dieser Austausch jedoch meist erst später im Prozess, also dann, wenn sie bereits damit begonnen haben, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Evangelikalen jedoch scheinen bereits vorgängig einen solchen Austausch zu suchen, um die Erfahrungen anderer als relevanten Faktor für die individuelle Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Infolgedessen ist es insbesondere den Frauen möglich, kalkulierter abzuwägen, ob sie diesen Weg mit all seinen körperlichen und emotionalen Implikationen einschlagen möchten:

ich hatte das Gefühl »nein, ich kann [Original: mag] das (1) psychisch und körperlich irgendwie nicht mir antun« (Julia)

ich wollte mir das nicht antun, oder ich habe es mir auf eine Art auch nicht zugetraut, psychisch diese Kraft zu haben, dann mit allen möglichen Rückschlägen umzugehen, [...] vielleicht, es tönt glaube ich ein wenig, es ist vielleicht ein wenig egoistisch, aber ja, das wars mir nicht wert (Daniela)

das Ganze eben auch Ethische auch mit dem man sich auseinandersetzen muss [ob man potenziell »überzähliges« Leben erschaffen darf], das habe ich mir eigentlich auch nicht zugetraut und nicht zutrauen WOLLEN (Miriam auf livenet²⁹)

Auch die evangelikalen Männer beziehen sich in ihren Aussagen auf die Erfahrungen von anderen. Dabei fällt auf, dass sie diese noch mehr als die Frauen als Ressource für sich nutzen können: Zwar artikulieren auch Julia, Daniela und Miriam, dass sie eine kalkulierte, informierte und selbstbewusste Entscheidung trafen, die ihr persönliches Wohlbefinden an die erste Stelle stellt. Semantisch hingegen lassen sich defizitäre Momente festhalten: Sie »trauen« sich die Herausforderungen nicht zu, ihnen fehlt es an »Kraft« oder sie sind sogar »egoistisch«. Den Männern hingegen gelingt es eher, ihre Entscheidung gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin sowie ihr Denken und Handeln uneingeschränkt als Stärke zu rahmen:

wenn man unvorbereitet in die Mühle [gemeint sind die biomedizinischen Fertilitätsbehandlungen] rein geht, (1) dann kommt man nicht mehr raus, weil die Mühle will einen nicht mehr rauslassen, die kennt nur das Erfolgserlebnis, und die macht einfach dann noch weiter, (1) und wir haben wie, für mich war es unglaublich wichtig, dass wir

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

29 Ebd.

vorher gesagt haben, (1) ähm, bis dorthin gehen wir, und weiter gehen wir nicht, egal wie das Resultat sein wird, und dann konnten wir auch selbstbestimmt wieder aussteigen (Andreas auf *livenet*³⁰)

ich will nicht sagen, dass man dann [wenn man 15 Jahre lang erfolglos mit künstlichen Befruchtungen versucht, Eltern zu werden] nicht lebt, 15 Jahre lang, aber die Frage ist einfach, was mache ich denn im Hier und Jetzt [...] man muss früh den Frieden finden, weil wenn du nicht 20 Jahre leidest, sondern nur zehn, dann hast du schon zehn Jahre gewonnen, und wenn es nicht zehn sind, sondern nur (2) ein Jahr, dann hast du so viel an Lebensqualität gewonnen, die dir einfach sicher gut tut, oder, (1) auch im Umfeld, also, es gibt sicher auch Leute, die Depressionen und was weiss ich dann danach haben, also wo es sehr schwierig werden kann, und da sind wir glaube ich auch dankbar, dass wir, dass es uns gut geht, auch wenn mal Tränen kommen, das gehört zum Leben (Fabian)

Andreas und Fabian sprechen allgemeiner über die Situation («wenn *man* unvorbereitet in die Mühle rein geht», «*man* muss früh den Frieden finden») und machen klar, dass sie *über* ihr stehen, weil sie diese kognitiv durchschaut haben («die Mühle will einen nicht mehr rauslassen»; «*selbstbestimmt* wieder aussteigen») und weil sie das Leid kompetent annehmen können als etwas, was zum Leben dazugehört («Tränen [...] das gehört zum Leben»).³¹

Unabhängig von der geschlechtlich bedingten Diskrepanz hinsichtlich des Framings ist es beeindruckend, wie adäquat Evangelikale die Situation zu antizipieren vermögen, ohne dass sie sie selbst erlebt haben. Die empirische Forschungsliteratur kommt zu vergleichbaren Schlüssen wie sie: »Infertility treatment is a high-stakes gamble: It is possible to lose all the money, time, and effort invested and gain nothing in return« (May 1998: 208). Daniluk (1996) konstatiert, dass viele Paare im Nachhinein die zahllosen »verlorenen« Jahre beklagen, die sie gelitten hätten, ohne am Schluss eine Kompensation, das gewünschte Kind, dafür zu erhalten (vgl. 86). Auch nachdem Wunscheltern mit den IVF-Behandlungen abgeschlossen hätten, könnten sie schwer einfach zurück zur Tagesordnung kehren – »they [...] reported the need to rest and heal before attempting to move forward with their lives« (vgl. ebd.). Gleichzeitig hätte das Abschiessen – das »Befreien« von der »Mühle« in Andreas' Wortwahl – nicht nur eine negative, sondern auch eine »erlösende« Wirkung auf die Wunscheltern. Sie fühlten sich »free from the medical machinery and the emotional roller coaster that characterized their pursuit of pregnancy« (ebd.: 96). Um diese empowernde Komponente, die eine Therapieverweigerung mit sich bringen kann, schienen die evangelikalen Feldsubjekte zu wissen.

Zwei weitere potenzielle Argumente gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin, die spezifisch für evangelikale Wunscheltern bedeutsam sind, werden in anderen Kapiteln näher ausgeführt: Für Evangelikale ist die Interaktion mit Gott sowie

30 Ebd.

31 Vgl. zu den geschlechterspezifisch unterschiedlichen Herangehensweisen zum Thema Unfruchtbarkeit und unerfüllter Kinderwunsch sowie zur Rolle der evangelikalen Männer als »soft patriachs« (Wilcox 2004) die Ausführungen im 11. Kapitel.

die Deutung seiner »Zeichen« zentral für ihre Handlungsentscheidungen. Im vorliegenden Sampling war es viel eher der Fall, dass die Gläubigen diese Zeichen so deuteten, dass sie keine (weitere) Reproduktionsmedizin mehr in Anspruch nehmen sollten (insbesondere bei Sonja und Sabine) (vgl. 9.1). Ausserdem hat für viele Evangelikale die Ehe eine herausragende Bedeutung. Weil deren Fortbestehen oberste Priorität hat, kann der psychisch herausfordernde Prozess von künstlichen Befruchtungen als Bedrohung für sie verstanden werden. So kann die Ehe, sofern vor Gott legitimiert, bereits als vollwertige »Familie« gedeutet werden. Daher referierte Sabine auf sich und ihren Mann in der kinderlosen Zeit als »Familie zu zweit«; Sonja erklärte, sie habe Markus »geheiratet weil ich IHN wollte und das andere ist eine Zugabe« und Fabian argumentierte »first wir zwei und danach alles andere« (vgl. 11.2.2).

Damit zeigt sich, dass Religion für evangelikale Wunscherfüller eine Ressource darstellen kann. Religiös bedingte Überzeugungen, Wertevorstellungen und Dynamiken führen dazu, dass dem therapeutischen Imperativ quantitativ und qualitativ starke Argumente entgegengebracht werden können. So kann die Frage, ob medizinisch »nachgeholfen« werden sollte oder nicht, freier beantwortet werden: Das Abwägen bzw. Gegenüberstellen dieser Argumente erfolgt in der Regel berechnender als dies bei Personen der Fall ist, die nicht religiös sind.

7.5 Theoretische Anschlüsse

Liminalitäten in reproduktionsmedizinischen Behandlungen

Reproduktionsmedizin und dabei insbesondere der therapeutische Imperativ der künstlichen Befruchtung kann sozialwissenschaftlich-theoretisch fassbar gemacht werden, wenn man das Elternwerden bzw. die einzelnen Phasen, die das Elternwerden bedingen, als ein oder mehrere Übergangsrituale versteht. Zu den »klassischen« sozialwissenschaftlich-religionswissenschaftlichen Untersuchungsgegenständen gehören typischerweise die Themen Tod, Sterben und Lebensende (vgl. z.B. Mathijssen/Utriainen/Lüddeckens forthcoming); Geburt und Lebensbeginn etablieren sich ebenfalls als solche (Hennessey 2021; Marxer/Endler 2023). Auch die rituelle Aufarbeitung³² der Situation, in der Lebensanfang und Tod zusammenfallen, wird zunehmend religionswissenschaftlich untersucht (vgl. z.B. zu Abtreibung Biel/Braam/Wojtkowiak 2022; zu reproduktiven Verlusten McIntyre/Alvarez/Marre 2022; zu verstorbenen Neugeborenen Værland/Johansen/Lavik 2021). Eine explizit religionswissenschaftlich-ritualtheoretische Betrachtung der Prozesse, die vor einer Geburt bzw. Schwangerschaft stattfinden, findet sich in der Literatur bisher noch nicht.³³ Möglicherweise liegt dies daran, dass erst die Erfahrung einer Unfruchtbarkeit und damit des *Misserfolgs* des Übergangsrituals dessen einzelne idealtypischen Phasen sichtbar machen. Im Folgenden soll ausgeführt werden, warum eine Betrachtung der Elternwerdung allgemein und des unerfüllten Kinderwunsches sowie der reproduktionsmedizinischen Behandlungen mit dem darin

32 Vgl. allgemein zu »Ritualen« in der Religionswissenschaft Walthert (2020).

33 Vgl. aber zur religionswissenschaftlichen Betrachtung von Fruchtbarkeit bzw. Verhütung Pasche Guignard (2021), Reproduktion Klassen (2019) sowie Schwangerschaft und Geburt (Marxer 2024).

angelegten therapeutischen Imperativ im Spezifischen aus ritualtheoretischer Perspektive gewinnbringend sein kann. Dies schafft eine Sprache für die Krisenhaftigkeit der Situation, die durch die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin und durch den therapeutischen Imperativ noch weiter verstärkt wird. So ist die Lebenswelt von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch geprägt von Schwellenphasen bzw. Liminalitäten.

Das prägende theoretische und vielrezipierte Konzept der Übergangsrituale (»rites de passage«) wurde von Arnold van Gennep (1873–1957) eingeführt. Damit bezeichnete er Rituale, die den sozialen Statuswechsel beabsichtigen (vgl. Bell 2017: 403). Diese unterteilte er in drei Phasen: Trennungsriten (»rites de séparation«), welche die Individuen von der alltäglichen Umgebung abtrennen, Schwellen- bzw. Umwandlungsriten (»rites de marge«), bei denen sie eine Isolation von der restlichen Gesellschaft erfahren, und schliesslich Angliederungsriten (»rites d'agrégation«), durch die sie in einen neuen Status eingegliedert werden (vgl. van Gennep 2005: 21). Mit dieser Dreiteilung trifft van Gennep relevante Aussagen über gesellschaftliche Vorgänge: Übergangsriten sind notwendig, »um Menschen den Übergang zu unterschiedlichen Lebensphasen und Lebensräumen zu ermöglichen« (Bräunlein 2012: 51). Menschen gelangen folglich nicht »einfach so« von einem sozialen Status in einen anderen, denn es gibt einen relevanten und notwendigen »Zwischenraum«, den sie durchleben müssen. Metaphorisch lässt sich dies mit dem Soziologen Justin Stagl verdeutlichen, dessen Analogieschluss an die Funktionsweise einer Schleuse erinnert. Man muss erst »die eine Tür, dann einen Zwischenbereich und schließlich die andere Tür passieren, um herein oder heraus zu kommen« (Stagl 1983: 83). Dieser *Zwischenbereich* ist es, auf den Victor Turner (1920–1983) fokussierte, als er van Genneps Ausführungen weiterdachte. Er benannte die drei Phasen des Übergangsrituals als *structure*, *anti-structural liminality* und *revised structure* (vgl. Bell 2017: 403f.). Der mittlere Bereich, die »liminale Phase«, beschrieb er nicht nur als in klassisch als »Rituale« definierten Situationen relevant, sondern auch im Alltag. In einer liminalen Phase befinden sich verlobte Personen zwischen Junggesellschaft und Ehestand, Wartende im Vorraum, bevor sie von der:dem Ärzt:in als Patient:in behandelt werden sowie Personen, die sich zeitlich in der Prüfungsphase befinden – also in einem Transformationszustand, wo sie die Erlangung eines (akademischen) Grades noch nicht erreicht, die Ausbildung jedoch abgeschlossen haben. Es sind »Zwischenräume«, »Zwischenzeiten«, »Zwischenkategorien«, »Niemandsländer« oder »Quarantänen« (vgl. Stagl 1983: 83).

Turner zufolge sind Individuen, die sich in dieser liminalen Phase befinden, ausgesprochen sensibel; es ist ein Ort bzw. eine Zeit, die sich durch ein hohes Mass an Unstrukturiertheit ausweist (vgl. seinen Begriff der »anti-structural liminality«). Dadurch wird sie besonders bedrohlich und anfällig für Krisen, denn die Individuen verlassen das vertraute Terrain und sind gleichzeitig noch nicht im neu definierten sozialen Status angekommen. Turner beschreibt die rituellen Subjekte als statuslos, als »liminal *personae*«, »threshold people« und als »passengers« (vgl. Turner 1969: 94–96); sie sind »neither here nor there, they are betwixt and between the positions assigned and arrayed by law, custom, convention, and ceremonial« (ebd.). Im Kontext eines Übergangsrituals, bei dem eine ganze Gruppe von einer bevorstehenden Transformation betroffen ist, kommt es zu »Communitas« (ebd.: 96). Damit meint Turner ein starkes Gefühl der Verbundenheit zwischen den »threshold people«. Dass sie »submit together to the general authority of

the ritual elders« (ebd.: 96) ist eine Erfahrung, die zur Aushebelung jeglicher Hierarchien führt, die in anderen sozialen Situationen relevant sind.

Um liminale Phasen auch ausserhalb von Situationen, die explizit als »Ritual« deklariert sind, zu bewältigen, gibt es sozial vorausgearbeitete Skripte. Stagl spricht von einer »Bewältigung von Krisensituationen« in Form von Routinen, Spielregeln oder Bräuchen, und nennt dazu folgende, aus heutiger Perspektive teilweise etwas altertümlich anmutende Beispiele: »Es sind die Älteren, die das Du-Wort anbieten, es ist der Mann, der die Avancen macht, man wirft den Fehdehandschuh, man gratuliert oder kondoliert« (Stagl 1983: 84).

Auch Personen mit einem Kinderwunsch durchlaufen liminale Phasen, unabhängig davon, wie lange ihr Kinderwunsch unerfüllt bleibt. In eine erste begeben sie sich dann, wenn der Entschluss, schwanger bzw. Eltern zu werden, gefasst ist. Sie sind von nun an *Wunscheltern*, aber eben noch keine *Eltern*. Womöglich beobachten sie in dieser Phase ihren Körper auf intensive Art und Weise in Bezug auf mögliche Schwangerschaftssymptome (wie beispielsweise schmerzende Brüste oder ein Ziehen im Unterleib, was auf eine Einnistung hindeuten kann). Der negative Schwangerschaftstest verkündet ein Verweilen in dieser liminalen Phase, während ein positives Ergebnis sie in eine nächste befördert: Das Wissen darum, dass eine Schwangerschaft in den ersten zwölf Wochen von alleine wieder abgehen kann, verunsichert viele Schwangere (vgl. Schadler 2013: 129). Häufig verkünden sie die Neuigkeiten darum erst ab dem Zeitpunkt, zu dem das Risiko für eine Fehlgeburt statistisch gesehen auf ein Minimum gesunken ist. Zwischen einem ersten positiven Schwangerschaftstest und dem Verkünden der Schwangerschaft im sozialen Umfeld befinden sich die Betroffenen im krisenbehafteten Stadium zwischen »Wunscheltern« und »werdenden Eltern«. Sobald sie diesen Status erreicht haben, kann erneut von einer Liminalität gesprochen werden – sie ist in der Partizip-I-Form der Benennung dieses Zustandes bereits inhärent (»*werdende* Eltern«): Die Gemeinten werden definiert über einen Status, den sie noch nicht erreicht haben, der aber nunmehr unaufhaltsam auf sie zukommt. Schliesslich ist auch die Geburt eine letzte liminale Phase, die den Übergang von »werdenden Eltern« zu »Eltern« markiert. Die Betrachtung der Fortpflanzung als soziales Phänomen veranschaulicht, dass diese auch unter idealen Bedingungen durchgängig geprägt ist von Liminalitäten; von Zwischenräumen und »Niemandsländern« und damit auch von Unsicherheiten und potenziellen Krisen.

Stellt sich eine Schwangerschaft nicht so spontan ein, wie dies in einem idealen oder auch idealtypischen Sinn der Fall ist, und ziehen sich die einzelnen oben beschriebenen Phasen über Jahre oder Jahrzehnte hin, so erhalten diese Liminalitäten im subjektiven Erleben eine neue Dimension. Der Titel von Greils Monographie (1991) zeugt davon: »not yet pregnant«. Damit drückt er aus, wie sich die ungewollt kinderlosen Paare, insbesondere die Frauen, explizit nicht als »kinderlos« verstehen, sondern eben als »noch nicht schwanger«. Sie gehören im subjektiven Verständnis *nicht mehr* zu denjenigen, die zu jung oder unreif sind für Kinder oder die keine Kinder wollen, können sich aber gleichzeitig (*noch*) *nicht* zur Gruppe der »Eltern« zählen. Sie sind auch entsprechend der normativen Idee der sie umgebenden sozialen Umwelt selbst keine Kinder mehr, aber auch noch keine Erwachsenen, weil sie (noch) keine Familie gegründet haben (vgl. 103). Der Titel von Sandelowskis Monographie »with child in mind« (1993) verweist ebenfalls auf diesen Krisenzustand. Das Kind, von dem die Betroffenen Eltern werden möchten, de-

finiert den liminalen Zustand zwischen Nicht-Eltern und Eltern; sie bleiben auf unbestimmte Zeit Wunscheltern. Elternschaft kann zu diesem Zeitpunkt weder erreicht noch kann die Idee davon aufgegeben werden (vgl. Greil 1991: 103).

Der liminale Zustand der Wunscheltern zeichnet sich durch besondere Krisenhaftigkeit und Strukturlosigkeit aus. Auch soziale Skripte wie inoffizielle Spielregeln oder Bräuche, wie sie von Stagl weiter oben beschrieben wurden, fehlen. Es existiert nicht einmal eine gesamtgesellschaftliche Bezeichnung dafür; der Begriff »Wunscheltern« ist im alltäglichen Sprachgebrauch nicht verankert, er steht nicht im Duden und ist vor allem auf den juristischen Kontext beschränkt, wo er sich auf diejenigen Personen bezieht, die eine Gametenspende oder eine Leihmutter in Anspruch nehmen.³⁴

Die Krisenhaftigkeit des liminalen Status, in welchem Wunscheltern sich befinden, trägt zum therapeutischen Imperativ bei. Reproduktionsmedizin verspricht, sie aus dem Status herauszuholen und zu Eltern zu machen. Doch aus ritualtheoretischer Perspektive verändert die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe die Situation weiter und bietet noch mehr Potenzial für Krisen: Die Reproduktionsmedizin fragmentiert die einzelnen Schritte zwischen Kinderwunsch und Elternwerdung weiter und schafft so neue, zusätzliche liminale Stadien. In einen ersten spezifischen Zustand der Liminalität begeben sich Wunscheltern, wenn sie beschliessen, ihren Körper einer biomedizinischen Abklärung zu unterziehen. In der Regel dauert es eine gewisse Zeit, bis eine Diagnose vorliegt; manchmal kann auch gar keine Diagnose gestellt werden. Währenddessen verweilen Betroffene in der liminalen Phase, in der sie »noch nicht diagnostiziert«, aber auch »nicht mehr untätig« sind. Sie bemühen sich um Abklärungen und warten auf Testresultate. Wird dann eine künstliche Befruchtung veranschlagt, ist die Zeit nach der Eizellentnahme und deren Befruchtung ein weiterer liminaler Zustand: Der Nachwuchs existiert in einer bestimmten Form bereits, aber er ist fragmentiert von den Wunscheltern, also (noch) nicht physisch-körperlich mit ihnen verwoben. Kommt es schliesslich zu einem Transfer, müssen Wunscheltern zwei Wochen abwarten, um eine Antwort darauf zu erhalten, ob sich der Embryo erfolgreich eingenistet hat oder nicht. In dieser Wartezeit sind sie gewissermassen »nicht mehr unschwanger«, denn sie wissen, dass sich in ihrer Gebärmutter ein Embryo aufhält – gleichzeitig sind sie aber eben auch »noch nicht schwanger«. Erst der positive Schwangerschaftstest befreit sie aus dieser liminalen Phase, indem er die Einnistung bestätigt und die Frau als »objektiv messbar schwanger« deklariert.

Auch *Communitas* erfährt hier eine potenziell hervorgehobene Bedeutung. Dies geschieht häufig zu einem Zeitpunkt, zu welchem sich Wunscheltern mit den Unsicherheiten konfrontiert sehen, welche die reproduktionsmedizinischen Behandlungen so häufig auslösen. So suchen viele von ihnen aktiv nach anderen Wunscheltern, die in derselben liminalen Phase verweilen (vgl. 11.4.2 und 12.1.3). Die Wunscheltern pflegen nicht-hierarchische Beziehungen zueinander und organisieren sich nicht selten in physischen

34 Vgl. z.B. <https://www.auswaertiges-amt.de/de/service/fragenkatalog-node/06-leihmutterchaft/606160>; <https://www.zh.ch/de/direktion-der-justiz-und-des-innern/gemeindeamt/jahresbericht-gemeindeamt-2023/leihmutterchaften--behoerden-im-dilemma.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

oder virtuellen »Kinderwunschgruppen«. Das Gemeinschaftsgefühl wird, wie das so typisch ist für diese Phase, ausgelöst durch eine gemeinsame Unterordnung unter eine »general authority of the ritual elders« (Turner 1969: 96). Die Figur des »ritual elders« wird hier verkörpert durch die biomedizinischen Autoritäten, denen zugeschrieben wird, den Übergang von Wunscheltern zu Eltern an ihnen zu vollziehen. Sobald dieser Übergang bei einem Mitglied der Gemeinschaft geschieht – sich also eine Schwangerschaft einstellt –, verlässt dieses die liminale Phase. Als (werdendes) Elternteil ist es nun auch nicht mehr Bestandteil einer nicht-hierarchischen, egalitären Gruppe und muss die Gemeinschaft der *passengers* verlassen – ob man will oder nicht, sie werden in die »fruchtbare Welt«³⁵ eingegliedert und gehören nicht mehr zu den Betroffenen. Bei Bianca beispielsweise hat sich ein so starkes Communitas-Gefühl eingestellt, dass es ihr schwerfiel, sich nicht mehr zugehörig zur Gemeinschaft der Wunscheltern zu zählen:

ich fühle mich immer noch zu denen angehörig [...], und ich möchte die Seite nicht wechseln irgendwie [...], und darum ist es halt auch manchmal irgendwie schwierig, dass es halt, dass man doch jetzt so, (1) irgendwie nicht mehr dazugehört, weil man ja jetzt ein Kind hat (Bianca)

Zurück bleiben diejenigen, bei denen die IVF-Behandlungen wiederholend erfolglos sind. Der therapeutische Imperativ führt dazu, dass der liminale Zustand zeitlich immer weiter ausgedehnt wird. Diese Wunscheltern sind »trapped in the liminal phase« (Tjørnhøj-Thomsen 2005: 77). Es gibt keine rituelle Logik, die ihnen dazu verhelfen könnte, die Schwellenphase zu verlassen, *ausser*, indem sie sich aktiv dafür entscheiden, das ganze Ritual abzubrechen und damit die Logik des therapeutischen Imperativs zu durchbrechen. Hiimäe (2017) argumentiert, dass das Beenden der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin und das Akzeptieren der Kinderlosigkeit die Wiedereingliederung in die Gesellschaft den letzten Teil des Übergangsrituals markiert (vgl. 32). Auch der Post-IVF-Körper kann so erklärt werden: Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dass sich für Wunscheltern, die durch die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin nicht zu Eltern geworden sind, nichts an ihrem sozialen Status geändert hat – sie sind ja »immer noch kinderlos«. Tatsächlich sind sie dies aber gerade nicht, denn sie verfügen jetzt über eine soziale Legitimation ihrer Kinderlosigkeit (s.o.) und haben die liminalen Phase zu einer permanenten werden lassen. In diesem Sinne war die IVF nicht nur ein Teil ihres *Doings*, sondern auch ein Mittel zum Zweck eines *Becomings*:³⁶ Sie wurden durch den Prozess der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin zu sozial legitimierten Kinderlosen. Als Ritual gedacht zeigt sich demnach der transformative Charakter einer (scheinbar) gescheiterten IVF. Gleichzeitig jedoch ist die Situation komplexer und ambivalenter: Dem »Austritt« aus dem liminalen Zustand wird nicht mit einem feierlichen Abschluss begegnet, es gibt also keine klare Markierung, dass der Status jetzt abgeschlossen ist (vgl. Franklin 2002: 378). Entsprechend sind auch das Akzeptieren

35 Vgl. dazu die Ausführungen unter 12.1.3.

36 Vgl. zum Konzept des *Becomings* beispielsweise Hall (1990) allgemein in Bezug auf kulturelle Identitäten und als Fallbeispiele van der Toorn (2019) in Bezug auf jüdische Identität in der Diaspora sowie Sassatelli (2009) in Bezug auf das »Europäischsein«.

der Kinderlosigkeit sowie die Glaubwürdigkeit des Post-IVF-Körpers keine einmaligen Angelegenheiten. Die Interviews mit Personen, deren Kinderwunsch unerfüllt blieb, zeigen, dass es sich dabei um einen langen Prozess handelt, der stellenweise rückkehrende Phasen der Trauer implizieren kann – beispielsweise dann, wenn sie im Gegensatz zu ihren Altersgenoss:innen nicht Grosseltern werden. Ausserdem ist ein Post-IVF-Körper nichts Sichtbares. Unbeteiligte Dritte erkennen ihn nicht als solchen und können auch später noch mit Fragen zu Kinderwunsch und Zukunftsplanung an Betroffene herantreten. Die Ambivalenz ist ferner markiert durch die Bedeutungszuschreibung zu reproduktiven Verlusten zu sehen (vgl. 10.2). Die reproduktionsmedizinisch bedingten Fragmentierungen evozieren eine Vielzahl an Referenzobjekten, denen eine Bedeutung zugeschrieben und um die getrauert werden kann. Neben Fehlgeburten können im subjektiven Verständnis auch Embryoverluste oder Embryonen, die sich nicht normgemäss entwickelt haben, als »Kinder« gedeutet werden. Dieser Logik folgend sind die Betroffenen gleichzeitig »Eltern« wie auch »Nicht-Eltern«.

Die Betrachtung der Situation von Wunscheltern unter ritualtheoretischer Perspektive veranschaulicht zwei Aspekte. *Erstens* erklärt es ein wesentliches Charakteristikum der Reproduktionsmedizin: Deren Inanspruchnahme ist geprägt von liminalen – und damit krisenanfälligen – Phasen. Das empirische Material hat gezeigt, dass sich Wunscheltern dessen in der Regel im Voraus nicht bewusst sind. Die Inanspruchnahme biomedizinischer »Hilfe« wird als Mittel verstanden, welches sie aus dem gegenwärtigen und unliebsamen Schwellenzustand *herausbefördert* – stattdessen eröffnen sich durch die Fragmentierung des Reproduktionsvorgangs weitere Liminalitäten. *Zweitens* veranschaulicht es ein Forschungsdesiderat. Der unerfüllte Kinderwunsch stellt einen bisher unbeachteten ritualtheoretisch interessanten Gegenstand der Religionswissenschaft dar. Das bezieht sich zum einen darauf, dass die IVF mit den daran beteiligten Akteur:innen als Ritual verstanden werden kann: die Wunscheltern als rituelle Subjekte, die Ärzt:innen als rituelle Autoritäten, die gesellschaftlichen Verhältnisse als Verursacher der Dichotomie von »structure« bzw. »anti-structure«. Zum anderen lassen sich bei der Analyse des qualitativen Datenmaterials immer wieder Momente identifizieren, in denen Wunscheltern ihr Handeln individuell ritualisieren (d.h. ohne ein sozial ausgearbeitetes Skript und ohne Bezug auf ein etabliertes Angebot) – etwa wenn fehlgeborener Kinder gedacht wird, wenn der Embryotransfer rituell begleitet wird durch das Anzünden einer Kerze oder wenn der letzte Tag im Kinderwunschzentrum als »Jahrestodestag« zelebriert wird.³⁷

37 Diese Beispiele entstammen den sozialen Medien (Instagram-Accounts, die Trauer durch Fotos visualisieren) und Podcasts.